



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE POSGRADOS**

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

**“EL ENTORNO FAMILIAR Y ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN LA
PERCEPCIÓN DE LA GESTIÓN DIRECTIVA EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR
CON HIPERACTIVIDAD”.**

**Tema de Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar
el Grado de Magister en Educación Especial**

Autora: Janneth Elizabeth Calán Ortiz

Directora: MSc. Elka Vargas

Quito 2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, JANNETH ELIZABETH CALÁN ORTIZ, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido presentado para ningún grado o calificación profesional.

Además, de acuerdo a la Ley de propiedad intelectual, todos los derechos del Presente Trabajo de Grado, por su reglamento y normatividad institucional vigente, pertenecen a la Universidad Tecnológica Equinoccial.

Janneth Elizabeth Calán Ortiz

C.I. 0401125935

INFORME DE LA DIRECTORA

En mi calidad de Directora del Trabajo de Grado presentado por la señorita JANNETH ELIZABETH CALÁ ORTIZ, previo a la obtención del Grado de Magister en Educación Especial; Tema: **“EL ENTORNO FAMILIAR Y ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN LA PERCEPCIÓN DE LA GESTION DIRECTIVA EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR CON HIPERACTIVIDAD”**, considero que dicho Trabajo reúne los requisitos y disposiciones emitidas por la Universidad Tecnológica Equinoccial por medio de la Dirección General de Posgrados para ser sometido a la evaluación por parte del Tribunal examinador que se designe.

Quito, mayo de 2015.

MSc. Elka Vargas

17076608223

DEDICATORIA

En primer lugar dedico este trabajo a Dios Ser Todo Poderoso, por haber guiado mi trabajo, y darme la sabiduría necesaria para poder continuar día a día realizando lo que más amo.

En segundo lugar a mis padres Cornelio y Fabiola por estar todos los días impulsándome a seguir adelante, por estar siempre conmigo y seguir confiando en mí.

A mi hija Nasly Yalicsa por ser una persona muy importante en mi vida, por ser el ejemplo vivo de superación y más aún por sus palabras de aliento cuando más lo necesitaba.

A mi esposo David por su ayuda y su comprensión durante todo este tiempo, por ser esa persona incondicional, por guiarme, ayudarme y apoyarme cada día de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por sus bendiciones, por ser quien cada día me da la vida, la salud y ese ánimo incondicional para continuar con mi trabajo. Por su infinito amor misericordia, por darme esta gran a oportunidad de una mayor preparación para poder ayudar a quien más lo necesite.

Especial gracias a mis padres Cornelio y Fabiola, quienes me apoyaron infinitamente a continuar preparándome académicamente.

A mi hija Nasly por darme alegrías y esas ganas infinitas de sonreír día a día con sus ocurrencias.

Gracias a mi esposo por ese apoyo incondicional y total comprensión.

A mis amigas y amigos cercanos y lejanos que siempre están cerca de mí, A todos los que me han ayudado en estos años de formación, los tutores de la Universidad Tecnológica Equinoccial

A todas las personas que aportaron con la realización de esta investigación de la institución educativa donde laboro quienes me permitieron continuar con mi investigación.

Agradecimiento especial a mi Directora de Tesis MCs. Elka Vargas por su incondicional y apoyo total a cada momento.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| CAPÍTULO I..... | 9 |
| EL PROBLEMA..... | 9 |
| 1.1.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA..... | 9 |
| 1.2.- Formulación del Problema:..... | 9 |
| 1.3.- Sistematización del Problema o Interrogantes:..... | 9 |
| 1.4.- Objetivos de la Investigación:..... | 9 |
| 1.4.1.- Objetivo General:..... | 9 |
| 1.4.2.- Objetivos Específicos:..... | 10 |
| 1.5.- Justificación de la Investigación:..... | 10 |
| 1.6.- Alcance de la Investigación:..... | 11 |
| CAPITULO II..... | 13 |
| MARCO DE REFERENCIA..... | 13 |
| 2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 13 |
| 2.- Demoor (1901)..... | 14 |
| 3.- Bourneville 1987..... | 14 |
| 4.- Boncuor 1905 y Durot 1913..... | 14 |
| 5.- Douglas..... | 14 |
| 2.2.- MARCO TEÓRICO..... | 16 |
| 2.2.1 HISTORIA DEL TDAH..... | 16 |
| 2.2.2 DEFINICIÓN DE HIPERACTIVIDAD..... | 17 |
| 2.2.2.1 HIPERACTIVIDAD SEGÚN EL DSM V..... | 18 |
| 2.2.2.2 TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD SEGÚN EL CIE 10 (S.A., 1992)..... | 22 |
| 2.2.3 PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO SEGÚN EL CIE 10..... | 24 |
| 2.2.4 CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD..... | 25 |
| 2.2.5 ETIOLOGÍA..... | 26 |
| b) Factores Perinatales Y Prenatales..... | 27 |
| c) Influencias Ambientales..... | 27 |
| d) Influencias Psicosociales..... | 28 |

| | |
|--|----|
| 2.2.6 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EDAD PREESCOLAR..... | 28 |
| a) Inatención..... | 29 |
| b) Hiperactividad..... | 30 |
| c) Impulsividad..... | 31 |
| 2.2.7 COMO LOGRAR UN CAMBIO PARA MEJORAR LA IMPULSIVIDAD: | 33 |
| 2.2.8.-TRASTORNOS ASOCIADOS A LA HIPERACTIVIDAD..... | 34 |
| a) Hiperactividad y trastornos relacionados con la agresividad: | 34 |
| c) Hiperactividad y trastornos del lenguaje | 37 |
| d) Hiperactividad y dificultades de aprendizaje:..... | 37 |
| 2.7 DIAGNÓSTICO..... | 37 |
| 2.2.7.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TDAH | 39 |
| a) Problemas médicos | 40 |
| b) Trastornos del aprendizaje | 40 |
| c) Trastornos afectivos | 41 |
| d) Trastornos de conducta | 41 |
| e) Uso de fármacos..... | 42 |
| 2.2.8 TRATAMIENTO | 44 |
| 2.2.8.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | 45 |
| 2.2.8.2 INFORMACIÓN A LOS PADRES Y PROFESORES..... | 45 |
| 2.2.9 TDAH Y ESCOLARIDAD | 47 |
| 2.2.9.1 ESTRATEGIAS GENERALES UTILIZADAS (Vaello Orts, 2011) | 48 |
| a) Crear rutinas de inicio rápido en clase:..... | 48 |
| b) Empezar con actividades incompatibles con la distracción: | 48 |
| c) No empezar sin la atención de todos:..... | 48 |
| 2.2.9.2 ADAPTACIONES CURRICULARES..... | 49 |
| 2.2.9.3 BASES A SEGUIR EN LA REALIZACIÓN DE UNA ADAPTACIÓN CURRICULAR..... | 51 |
| 2.2.9.4 DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH EN LA EDAD PREESCOLAR | 52 |
| 2.2.9.5 LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA | 53 |
| 2.2.9.6 VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA EDAD PREESCOLAR..... | 55 |
| a) Control Inhibitorio:..... | 55 |

| | | |
|--|---|-----------|
| b) | Memoria de trabajo:..... | 55 |
| c) | Planificación:..... | 55 |
| d) | Flexibilidad cognitiva:..... | 56 |
| e) | Atención:..... | 56 |
| 2.2.9.8 | CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO MONTESSORI (Cadah, 2011) | 59 |
| 2.2.9.9 | DIFICULTADES ACADÉMICAS DE LOS NIÑOS CON TDAH EN LA ESCOLARIZACIÓN..... | 61 |
| 2.2.10 | COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DE UN NIÑO HIPERACTIVO | 63 |
| 2.2.11 | COMPETENCIA TECNOLÓGICA EN ALUMNOS CON TDAH | 65 |
| 2.2.12 | TDAH COMO TRASTORNO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS..... | 67 |
| CAPITULO III | | 69 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | | 69 |
| 3.1 | Diseño de la investigación | 69 |
| 3.2 | Técnicas definición | 70 |
| 3.3 | Instrumentos | 70 |
| 3.4 | Población y muestra. | 71 |
| 3.5 | Proceso de recolección de datos..... | 72 |
| CAPITULO IV | | 74 |
| RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | | 74 |
| 4.1 | DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO A QUINTO DE BÁSICA | 75 |
| 4.2 | ESTUDIANTES DIAGNOSTICADOS CON TDAH DE SEGUNDOS QUINTOS AÑOS DE EBG..... | 76 |
| 4.3 | DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CON TDAH..... | 76 |
| 4.4 | ESTUDIANTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y NEUROLÓGICO..... | 77 |
| 4.5 | ESTUDIANTES DIAGNOSTICADOS CON TDAH TIPO IMPULSIVO Y TIPO INATENTO | 79 |
| 4.6 | CUESTIONARIO 1 – DOCENTES..... | 80 |
| 4.6.1 | GESTIÓN DIRECTIVA..... | 80 |
| 4.8 | ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN REALIZADA | 90 |
| CAPITULO V | | 95 |

| | |
|---|-----|
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 95 |
| 5.1 Conclusiones | 95 |
| 5.2 Recomendaciones | 97 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 99 |
| ANEXOS..... | 101 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla N° 1 Primeras Explicaciones Médicas..... | 15 |
| Tabla N°2: Total de estudiantes de 2do a 5to EBG con TDAH | 74 |
| Tabla N°3: Total de niños y niñas de segundo a quinto de básica | 75 |
| Tabla N°4: Estudiantes Diagnosticados con TDAH..... | 76 |
| Tabla N° 5: Estudiantes con TDAH y Trastornos de Aprendizaje | 77 |
| Tabla N° 6: Niños con TDAH tipos: Impulsivo e Inatento | 79 |
| Tabla N° 7: Tendencia de percepción de la gestión directiva por parte de los docentes | 81 |
| Tabla N° 8: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 83 |
| Tabla N° 9: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 83 |
| Tabla N° 10: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 83 |
| Tabla N° 11: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 84 |
| Tabla N° 12: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 84 |
| Tabla N° 13: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 84 |
| Tabla N° 14: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 85 |
| Tabla N° 15: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 85 |
| Tabla N° 16: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 85 |
| Tabla N° 17: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 86 |

| | |
|--|----|
| Tabla N° 18: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 86 |
| Tabla N° 19: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 86 |
| Tabla N° 20: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 87 |
| Tabla N° 21: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA..... | 87 |
| Tabla N22: Gestión directiva Padres de Familia | 88 |
| Tabla N 23: Gestión directiva Padres de Familia | 88 |
| Tabla N 24: Gestión directiva Padres de Familia | 89 |
| Tabla N25: Gestión directiva Padres de Familia | 89 |
| Tabla N26: Gestión directiva Padres de Familia | 90 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico No. 1 Método Montessori..... | 60 |
| Gráfico N°2: Descripción de Estudiantes con TDAH..... | 76 |
| Gráfico N° 3 Niños y Niñas con TDAH asociados a un TEA | 78 |
| Gráfico No. 4 Niños con TDAH tipos: Impulsivo e Inatento | 80 |
| Gráfico N° 5: Gestión directiva de Escuelas para atención a estudiantes con TEA..... | 82 |

RESUMEN

Hoy en día la hiperactividad es un trastorno que está afectando a niños y niñas de toda edad, sin importar la condición social, etnia, nivel de educación, etc., a sus familias y centros educativos, estos como principal eje, encargados del desarrollo a nivel emocional, académico y personal del niño que posee este trastorno de hiperactividad.

Es por esta razón que baso mi investigación a niños y niñas de la Escuela Sucre N°1 de la ciudad de Tulcán en la provincia del Carchi, la cual consta con una población general de 1100 estudiantes, de los cuales se tomó como referente a una población de 462 estudiantes que conforman los 2dos, 3ros, 4tos, 5tos años de Educación Básica General, mediante técnicas utilizadas como son la observación directa e indirecta y recolección de datos de fuente directa se logró determinar a 5 estudiantes con TDAH.

Posteriormente se realiza una encuesta a 16 docentes que conforman los segundos a quintos años y a 30 padres de familia al azar incluidos los padres de niños con TDAH, con lo cual se obtiene una información acerca de la gestión directiva que se realiza dentro de la institución educativa para los estudiantes con discapacidad incluido el TDAH, esta información da a conocer si los docentes y padres de familia están al tanto de lo que es una inclusión educativa y de cómo realizarla positivamente para los estudiantes con N.E.E. (Necesidad Educativa Especial)

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, Inclusión Educativa, N.E.E., Gestión Directiva.

ABSTRACT

Today in day the hyperactivity is a dysfunction that is affecting children of all age, without caring the social condition, ethnos, education level and others to its families and educational centers, these as main axis, in charge from the development to the boy's emotional, academic and personal level that possesses this hyperactivity dysfunction.

For this reason that I base my investigation to children of the School Sucre N°1 of city Tulcán - Carchi, in this school there are 1100 students, of totally were took 462 students of the 2, 3, 4, 5 cours of Basic Education, by means of techniques used as they are the direct observation and insinuation and gathering of data of direct source was possible to determine 5 students with TDAH.

Later was took 16 teachers of the 2 to 5 cours and 30 parents to does a survey included the children with TDAH, with that which an information is obtained about the directive administration that is carried out inside the educational institution for the students with included discapacidad the TDAH, this information give to know if the educational ones and family parents are to the so much of what is an educational inclusion and of how to carry out it positively for the students with N.E.E. (Special Educational Necessity)

WORDS KEY: Dysfunction of Hyperactivity with Deficit of Attention, Educational Inclusion, N.E.E., Directive Administration.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación ha sido estructurado en varios capítulos. Tiene como sustento una amplia literatura sobre el tema de Hiperactividad, la Gestión Directiva y la inclusión que se puede realizar con estudiantes con Necesidades Educativas Especiales.

De esta forma el capítulo I despliega las Generalidades propias de una investigación: el planteamiento, la formulación y la sistematización del problema, los objetivos, la justificación y el alcance de la investigación.

El Capítulo II muestra el marco de referencia, el cual abarca los antecedentes disponibles, el marco teórico y conceptual en relación a las variables: la hiperactividad, las acciones que toman los docentes y los padres de familia para incluir a estos niños y niñas con TDAH.

En relación con el Capítulo III se puede constatar la metodología, ésta incluye el diseño de la investigación, la metodología utilizada, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, las fuentes de información, las técnicas de procesamiento y análisis de datos y la confiabilidad de validez de instrumentos

El Capítulo IV presenta los resultados de la investigación en los cuales se da a conocer como están siendo incluidos los niños con TDAH.

Finalmente el Capítulo V despliega las conclusiones y recomendaciones que emanan como fruto de esta investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente a nivel educativo se habla mucho de hiperactividad, de inquietud, de mal comportamiento dentro y fuera del aula, en casa, en lugares donde debe existir relación social, catalogando a estos niños y niñas como mal educados, vagos, irresponsables ya sea por parte de docentes de las instituciones educativas, hasta de padres de familia, tendiendo a volverse un ambiente totalmente desagradable para todos quienes los rodean. De esta manera se mira la necesidad de incluir a estos estudiantes primero mediante una investigación a docentes y autoridades que dirigen las instituciones educativas, a los padres de familia, lo cual generara métodos pedagógicos adecuados para un buen desarrollo a nivel educativo, familiar y personal.

1.2.- Formulación del Problema:

¿Cómo se percibe la gestión directiva en niños en edad escolar con hiperactividad que tienen padres de familia y docentes?

1.3.- Sistematización del Problema o Interrogantes:

- ¿Qué hacen los docentes para incluir a estos niños a sus aulas regulares y mejorar su calidad de vida?
- ¿Qué hacen las autoridades para incluir a estos niños a sus aulas regulares y mejorar su calidad de vida?

1.4.- Objetivos de la Investigación:

1.4.1.- Objetivo General:

Determinar percepción de la gestión directiva en niños en edad escolar con hiperactividad que tienen padres de familia y docentes

1.4.2.- Objetivos Específicos:

- Identificar acciones de los docentes para incluir a estos niños a sus aulas regulares.
- Identificar acciones de las autoridades para incluir a estos niños a sus aulas regulares.
- Investigar alternativas a utilizar para el mejoramiento de la gestión directiva de un niño con hiperactividad.(propuesta)

1.5.- Justificación de la Investigación:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha suscitado un gran interés social en la última década, debido principalmente a su elevada tasa de prevalencia, a su carácter crónico y al fuerte impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar; pero sin duda también ha contribuido a la explosión que ha experimentado la investigación sobre TDAH la frecuente asociación que tiene el trastorno con otras psicopatologías en general y con dificultades de aprendizaje en particular (Barkley, 1999 - 2002).

Durante la última década los estudios científicos han demostrado, por ejemplo, que el TDAH no es un trastorno principalmente de falta de atención, sino de autocontrol: como se controla a sí mismo en el ámbito del comportamiento social. Etiquetarlo como un trastorno de atención lo trivializa, dado que minimiza los problemas dramáticos y sustanciales que afrontan los niños en su vida diaria y las demandas crecientes de sus familias, escuela y sociedad para que se controlen a medida que maduran. (Barkley, 1999 - 2002)

Existe una gran preocupación en cuanto al desarrollo de estos niños y ver cómo afecta toda clase de estímulo ya sea para el positivo o negativo, las familias y la escuela en sí, aún no saben cómo tratar a estos niños, porque la mayoría los considera como fastidiosos, mal educados, y la verdad es que no entendemos el porqué de su comportamiento.

La relación en su escuela cada vez se va degenerando más y más porque tienden a ser agresivos y violentos, hasta llegar al extremo de sentirse aislados y abandonados.

Son niños que pueden estar fomentando un déficit de autoestima por su parte y por esta razón es imprescindible dar todas las oportunidades de integración a nivel de todos los contextos.

En efecto, numerosos trabajos señalan que uno de los factores del sistema familiar más relevantes en el desarrollo de los niños con TDAH es el estrés parental ocasionado por la crianza, entendido como una estructura multidimensional que incluye aspectos interactivos de la relación paterno-filial.

VARIABLES DE LOS PADRES COMO SU ESTILO DE CRIANZA, SUS PRÁCTICAS DE DISCIPLINA, JUNTO CON OTROS ASPECTOS INTERNOS, TALES COMO SUS SENTIMIENTOS DE COMPETENCIA Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA, AFECTAN AL NIÑO. DEL MISMO MODO, LAS CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO TAMBIÉN INFLUYEN EN LOS PADRES. EN DEFINITIVA, TODAS ESTAS VARIABLES DE LA CRIANZA SE INTERRELACIONAN ESTRECHAMENTE (HINSHAW, 2002) Y ESTÁN INFLUIDAS ADICIONALMENTE POR OTRAS DIMENSIONES PERSONALES ENTRE LAS QUE DESTACAN LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS PADRES (HARRISON Y SOFRONOFF, 2002).

Este trabajo puede beneficiar a maestros, padres, porque nos ayudaría cómo entender a estos niños que son tan juzgados y en ocasiones mal vistos por nuestra sociedad, se tratará de dar explicaciones importantes acerca de cómo se sienten ellos frente a esta sociedad consumista, lograr entender desde otros puntos de vista y tratar de encontrar soluciones más naturales frente a esta problemática.

1.6.- Alcance de la Investigación:

Este trabajo está relacionado en conocer cómo el niño con TDAH se siente frente a su familia y la escuela; identificar cuáles serían las posibles soluciones de reeducación en el medio que lo rodea y de cómo los docentes y padres de familia hacen de estos niños una inclusión positiva, para la investigación se toma en

cuenta a la población escolar de la Ciudad de Tulcán en la provincia del Carchi-Ecuador, exactamente la Escuela "SUCRE No "1 con una población de 1100 alumnos, entre los que se cuenta con niños con hiperactividad entre los 7 a 10 años, los cuales cursan los segundos a quintos años de E.B.G., también se pretende involucrar a padres y maestros, principales actores en la vida de los niños.

Lo que se espera lograr de esta investigación es aportar a la toma de conciencia de todas las personas que conformamos el entorno del niño con TDAH, favoreciendo la empatía, solidaridad y manifestaciones de afecto, y cómo los maestros pueden realizar su trabajo con diferentes estrategias de estudio, y aprendizaje mediante las adaptaciones curriculares conociendo primeramente cómo funciona la gestión directiva dentro de la institución, incluyendo a los padres también en esta gestión, lo cual ayudará a generar un ambiente de inclusión de estos niños con discapacidad incluidos los niños con TDAH.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) suele ser una de las problemáticas a nivel de salud, académico, tiene u desarrollo histórico el cual se aproxima a nuestra era, surgiendo total preocupación a comienzos del siglo XX, en donde tuvieron más poder los factores ideológicos antes que los clínicos o científicos, actualmente no es fácil convivir con este trastorno por su controversia a mayor escala desde sus orígenes.

Still describe la hiperactividad por primera vez, el cual manifiesta que es una necesidad primordial el tener que estar moviéndose constantemente y abandonan rápidamente una tarea para comenzar otra. El clásico manual de Leo Kanner en su última edición de 1957 no incluía esta patología como entidad diagnóstica. En la obra de Johnson y Medinnus del año 1969 el término aparece citado en solo dos de un total de 657 páginas. En el texto de Reese y Lipsitt del año 1970 no citó los déficits de atención, a pesar de que dedico un capítulo a los procesos atencionales.

Formalmente la primera referencia formal apareció con el nombre de Trastorno Hiperkinético en el Manual de Psiquiatría general de Hoff publicado en 1956. Entre los años de 1883 y 1890 en EE.UU ya se tenían antecedentes de la existencia de este problema gracias a James y Spearman,

1.- Heinrich Hoffman

Describió los síntomas típicos del TDAH en el año 1845, el cual reflejo sus pensamientos e ideas en la obra "Struwwelpeter", formada por 10 historias breves sobre diferentes problemas psiquiátricos correspondientes a la infancia y adolescencia.

La historia que los describe es "The Story of Fidgety Philip" en donde muestra al niño como inquieto, es decir que no puede quedarse quieto frente a las órdenes de sus padres y algunos de los síntomas están reflejados en la

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992)

2.- Demoor (1901)

Autor alemán, menciona en sus obras de educación infantil, dio el nombre de “Corea Mental” debido a las siguientes características que presentaban algunos niños y se nombra las siguientes:

- a) Cambios bruscos de ánimo
- b) Déficits en los mecanismos de inhibición conductual y atención sostenida
- c) Necesidad constante de movimiento y
- d) De cambios en su entorno inmediato.

3.- Bourneville 1987

Describió en su libro sobre tratamiento médico – pedagógico a un tipo de niños con déficits importantes a nivel cognitivo e intelectual, en donde manifiesta que se trata de niños con inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes, indisciplinados, aunque susceptibles a los cambios realizados por las personas de su entorno con las cuales mantenían relaciones de afecto.

4.- Boncuor 1905 y Durot 1913

Ambos franceses, en donde Boncuor describió al escolar como una persona inestable, con dificultades de aprendizaje debido a su incapacidad para fijar su atención para diversas actividades como: escuchar, responder y comprender. También incluyó el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos en donde manifiesta que pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras. Durot fue uno de los pioneros en diferenciar síntoma y síndrome, sostuvo firmemente que la hiperactividad es un síntoma propio de los niños con retraso mental, anemia, alteraciones digestivas, cardíacas, epilepsia y corea.

5.- Douglas

En la década de los 80 se asume los términos por el DSM III de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980) y es así como entramos en el período de desarrollo de los criterios de investigación y procedimientos de evaluación estandarizados.

En los años 90 el DSM-IV (APA, 1994/2000) solo utiliza la denominación “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” y con relación al predominio de síntomas distingue tres subtipos:

1. Subtipo predominante hiperactivo-impulsivo
2. Subtipo predominante inatento
3. Subtipo combinado

Actualmente se debería tomar muestras más amplias y de carácter clínico, así como la inclusión de criterios más delimitantes para la clasificación de dichos subtipos.

En resumen se puede presentar la siguiente tabla

Tabla N° 1 Primeras Explicaciones Médicas

| AÑO | AUTOR | REFERENCIA |
|---------------------------------------|----------------------------|--|
| PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS | | |
| 1902 | Still | Defecto del control moral |
| 1908 | Tredgold | Enfermedad neuropática |
| 1909 | Dupré | Manifestación de un desequilibrio motor congénito |
| 1922 | Hoffman | Secuelas de la encefalitis letárgica |
| 1936 | Blau | Lesiones en el lóbulo frontal |
| 1938 | Levin | Lesiones en el lóbulo frontal |
| 1957 | Laufer, Denhoff y Solomons | Déficit en el área talámic del SNC |
| TRASNORNO HIPERCINÉTICO | | |
| 1867 | Maudsley | Perturbaciones Conductuales |
| 1977 | Ireland | Perturbaciones Conductuales |
| 1897 | Bourneville | Inquietud Psicomotora, Inatención, Indisciplina |
| 1899 | Clouston | Perturbaciones Conductuales |
| 1901 | Demor | Corea Mental |
| 1905 | Boncour | Escolar Inestable |
| 1913 | Durot | Pionero en diferenciar síntoma y síndrome |
| 1914 | Heuyer | La hiperactividad como síndrome |
| 1923 | Vermeulen | Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo |
| 1930 | Kramer y Pollnow | Trastorno Hiperkinético |
| 1934 | Kahn y Cohen | Síndrome de impulsividad orgánica |

Fuente: Revista de Psicología, 2010, vol. 31
Elaborada por: Calán, J., 2015

2.2.- MARCO TEÓRICO

2.2.1 HISTORIA DEL TDAH

La historia registra al TDAH, en 1799, como pionero en el intento de educar a un “niño salvaje” hallado en la provincia de Aveyron, en Francia. Itard deseaba comprobar su teoría del determinismo ambiental. Los resultados de su labor marcaron logros con respecto a la adaptación del niño, aunque los avances en el desarrollo de su inteligencia y comprensión no cumplieron con las expectativas del científico. (Alicia, 2006)

El primero en mencionar las características de este síndrome, tal como se lo conoce hoy en día, ha sido el médico alemán H. Hoffmann, en su libro El pequeño Phill en 1844 describía a un niño con características similares al niño con SAH que hoy conocemos.

Ireland, en 1877, (tomado de Risueño, 2006 postula las causas del retardo mental desde la concepción genética, contribuyendo con sus observaciones a la descripción del comportamiento de un niño hiperactivo. El fin de siglo marca el comienzo de la diferenciación de los niños con retardo mental de aquellos con dificultades de aprendizaje. La hiperactividad también comienza a desprenderse de otros conceptos:

- D. Tuke, 1822 la define como un síntoma de enfermedad impulsiva.
- T. Clouston diez años más tarde lo define como estado de defectuosa inhibición relacionándola también con conductas impulsivas.
- Un siglo después se puede aseverar que estos niños tienen una inteligencia normal

Desde 1867, se discute en Gran Bretaña sobre déficit atencional. En 1902, el pediatra británico George Still publica un estudio sobre 20 niños, a quienes describió como apasionados, desafiantes, malévolos y sin voluntad inhibitoria. Sugirió que sospechaba de una lesión cerebral sutil. Su teoría se vio respaldada

durante el período comprendido entre 1917 y 1918, cuando se describió, por primera vez, el síndrome.

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH. Estos Autores proponen la disfunción tronco encefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales

Luego de todo este estudio realizado por el pediatra británico George Still el síndrome se denominó con el nombre de Hiperquinesis o simplemente como el Síndrome del Niño Hiperactivo. Las anormalidades en el comportamiento incluían inatención, distractibilidad, reacciones súbitas de coraje, hostilidad, inmadurez, relaciones conflictivas con sus compañeros, desafíos, desobediencia, problemas severos de conducta o delincuenciales, junto a la dislexia y otros problemas de aprendizaje

En 1980, en la publicación del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM III) de la Asociación Americana de Psiquiatría, se define, por primera vez, el síndrome. Se le denomina, como Trastorno por Déficit de Atención. Se señala que las características esenciales son signos de atención e impulsividad, percibidas como diferentes desde un punto de vista del desarrollo.

Aparte se agruparon otros problemas de comportamiento bajo la categoría de Trastornos de la Conducta (American Psychiatric Association, 1980).

2.2.2 DEFINICIÓN DE HIPERACTIVIDAD

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (1994) de la Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas APA), se denomina hiperactividad a un síndrome neurobiológico caracterizado por la presencia de un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la atención, la reflexividad y la actividad, es decir por la actividad excesiva y fuera de lo normal. Se trata de un trastorno de la conducta infantil que lleva al niño a no poder quedarse quieto.

Constituye una pauta de conducta persistente en situaciones específicas. Para Safer y Allen (1979) es “trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesivas y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Aparece entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia.

Su incidencia es alta en la población infantil, se estima que del 3% al 5% de los niños menores de diez años son hiperactivos. Cabe señalar que esta conducta es diez veces más frecuente en los niños que en las niñas.

El Trastorno por Déficit Atencional (TDA), es un trastorno de conducta que se presenta en las personas desde los primeros años de vida y puede durar incluso hasta la adultez y en niños con inteligencia normal o sobre lo normal, sin problemas neurológicos graves, sin alteraciones sensoriales, ni disturbios emocionales serios, pero cuya sintomatología acarrea problemas en el hogar y en las relaciones interpersonales. (Michael B. First, 2005)

Desde entonces hasta hoy la hiperactividad infantil ha recibido una gran variedad de nombres entre los que se destacan el de “Disfunción Cerebral Mínima”, “Síndrome hipercinético”, “Síndrome del niño hiperactivo”, “Reacción hipercinética de la infancia”.

2.2.2.1 HIPERACTIVIDAD SEGÚN EL DSM V

Denominado como Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

A.- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por 1 y/o 2

1. Inatención:

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad, se requiere un mínimo de cinco síntomas)

- (a) Con frecuencia falla en prestar la atención debida a detalles o por descuido durante otras actividades (p.ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión)
- (b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (p.ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- (c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente)
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p.ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos)
- (f) A menudo evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej., como trabajos escolares o domésticos, en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos)
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados)
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias (p.ej., hacer las tareas, hacer las diligencias, en adolescentes, mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas)

2. Hiperactividad-impulsividad:

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido por lo menos durante 6 meses con un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales.

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso Impulsividad
- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B.- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 12 años de edad.

C.- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos más contextos (p.ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades)

D.- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E.- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

F90.2 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: si se cumple el Criterio A1 (Inatención) pero no se cumple el criterio A2 (Hiperactividad-Impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación Predominante hiperactivo/impulsiva: si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (Inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre leve y grave.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado (314.01) F90.8

Esta categoría se amplía a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico” (p.ej. “con síntomas de inatención insuficiente”)

Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad no especificado 314.01 (90.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. (Morrison, 2015)

2.2.2.2 TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD SEGÚN EL CIE 10 (S.A., 1992)

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hiperkinéticos

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una

marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención (DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 2003). (Morrison, 2015)

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hiperkinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hiperkinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperkinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje (DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 2003)

2.2.3 PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO SEGÚN EL CIE 10

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hipercinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hipercinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).
- Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0).
- Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).
- Esquizofrenia (F20.-).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-), pero no se satisface el de F9L-(trastorno disocial).

Incluye:

- Trastorno de déficit de atención.
- Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

- Trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-) y el conjunto de pautas de trastorno disocial (F9L-).

F90.8 Otros trastornos hiperactivos

F90.9 Trastorno hiperactivo sin especificación

Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.-.

Incluye:

- Reacción hiperactiva de la infancia y adolescencia sin especificar.
- Síndrome hiperactivo de la infancia y adolescencia sin especificar.

2.2.4 CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD

Los médicos pueden clasificar los síntomas como diferentes tipos de Trastorno de hiperactividad:

- **Tipo combinado (no presta atención/ hiperactivo/ impulsivo):** Los niños/as que padecen este tipo de Trastorno de hiperactividad muestran

los tres síntomas. Esta es la forma más común de Trastorno de hiperactividad.

- **Tipo hiperactivo/impulsivo:** Estos niños/as muestran tanto el comportamiento hiperactivo como el impulsivo, pero son capaces de prestar atención.
- **Tipo que no presta atención (anteriormente conocido como trastorno por déficit de atención):** Estos niños/as no son demasiado activos. No interrumpen durante la clase o durante otras actividades, así que puede que sus síntomas pasen inadvertidos.

2.2.5 ETIOLOGÍA

a) Causas genéticas

Se destacan los estudios realizados comparando niños hiperactivos con sus familiares biológicos o con sus familiares adoptivos y las investigaciones llevadas a cabo con niños gemelos que habían sido diagnosticados como hiperactivos. Los investigadores trataron de discernir la influencia de la herencia genética en el origen de la hiperactividad, en ambos casos los especialistas hallaron que, en la práctica resultaba muy difícil aislar la influencia ambiental de la estrictamente genética.

Ciertamente los niños adoptados presentaban cierta similitud con sus familiares biológicos en los patrones generales de comportamiento, al menos mayor que con respecto a sus padres y hermanos adoptivos. Los investigadores han atribuido la causa de esta diferencia entre los niños y sus familiares adoptivos a los estrictos criterios de selección de padres adoptivos que suelen aplicarse y que los hacen muy diferentes del perfil medio de cualquier padre o madre en lo relativo a salud mental.

La conclusión que parece extraerse de este tipo de estudios es que los factores genéticos sí presentan responsabilidad en la determinación de la hiperactividad, pero siempre en interacción con las variables de naturaleza social, relacionadas por la familia, el ambiente social en general, el estilo educativo, etc.

b) Factores Perinatales Y Prenatales.

Las complicaciones prenatales y perinatales provocan una serie de consecuencias, entre las que se pueden mencionar las siguientes: retraso mental, crecimiento físico inferior a lo normal, retardo en el desarrollo de las pautas de conducta y destrezas motoras, problemas y retrasos en el desarrollo del lenguaje, dificultades y retrasos en el aprendizaje en general.

Se enumeran algunos factores prenatales y perinatales que pueden tener algún tipo de influencia sobre el comportamiento infantil y en algunos casos, sobre la hiperactividad:

- Tabaquismo durante el embarazo
- Trastornos o alteraciones en el ritmo cardíaco de la madre durante el embarazo.
- Ingesta de alcohol durante el embarazo
- Cualquier tipología de drogodependencia de la madre durante el embarazo.
- Anoxia durante el embarazo o el parto
- Hidrocefalias
- Hemorragias
- Nacimiento prematuro
- Estrés de la madre embarazada

Se debe tomar en cuenta que estos factores relacionados con la gestación y el nacimiento no son causas determinantes de la hiperactividad, pero sí parecen tener alguna influencia sobre la aparición de cualquiera de los síntomas de TDAH y sobre el síndrome en su conjunto.

c) Influencias Ambientales

Cabe tomar en cuenta un buen número de agentes o variables ambientales con posible influencia en la aparición de la hiperactividad, pero dos de ellos han

estado presentes en trabajos de investigación desarrolladas durante la década de los años setenta del pasado siglo:

- **El efecto del plomo ambiental:** se han desarrollado un buen número de investigación que tratan de determinar cuál podría ser la influencia del plomo presente en el ambiente sobre la hiperactividad, sin que haya resultado posible acreditar relación alguna.
- **El efecto de la dieta:** en este caso sí se puede hablar de sospechas razonables en cuanto a una posible influencia. En primer lugar, la relación parece poder establecerse entre los síntomas de la hiperactividad y la alergia a determinados alimentos.

d) Influencias Psicosociales

Se toma en cuenta que los comportamientos hiperactivos, se hallan relacionados con el contexto social y con todas las variables que éste lleva implícitas, entre las cuales se tiene:

- Nivel socioeconómico
- Características de la vivienda
- Ambiente socio familiar
- Nivel cultural de la familia
- Actividad laboral de los padres
- Condiciones de escolarización

Numerosos trabajos relacionan los bajos niveles socioeconómicos y culturales y las condiciones de vida precarias con la hiperactividad o con un grado más severo de ésta, en los casos que se diagnostica.

2.2.6 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EDAD PREESCOLAR

Antes de mencionar las características es importante hacer las siguientes advertencias:

- El niño hiperactivo no tiene un comportamiento extravagante, extraño o inusual durante la infancia. Las conductas que manifiesta el niño hiperactivo son conflictivas sólo por la frecuencia con que se presentan, su excesiva intensidad y la inoportunidad del momento en que suceden.
- Tienen más dificultades para controlar su conducta cuando están con otros niños que cuando están solos. Esto se debe a dificultades para mantener la atención y a la gran facilidad que tienen para distraerse. Cuando está solo, sin apenas quererlo, el niño se convierte en el centro de atención de la situación, siéndole más fácil prestar atención y estando para ello más motivado.
- No todos los niños hiperactivos manifiestan todas las características que a continuación se describen. Sin embargo las dificultades de atención, la impulsividad y la hiperactividad no suelen faltar aunque se manifiestan con un grado de severidad muy diferente en cada niño.

Se manifiesta por ejemplo que un niño hiperactivo puede tener un buen comportamiento en el colegio, pero en casa es mucho más difícil manejarlo o viceversa. Hay niños hiperactivos que tienen un rendimiento escolar suficiente mientras que otros muestran serias dificultades para el aprendizaje, estas dificultades escolares aparecen ya en los primeros años de escolarización, mientras otros no se hacen patentes hasta años de escolaridad más avanzados.

Dada esta variedad de características, el diagnóstico del niño hiperactivo es algunas veces y complejo. Las tres características de los niños con hiperactividad son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, las dos últimas se encuentran muy relacionadas entre sí.

a) Inatención

La Inatención es la poca capacidad del niño para mantenerse concentrado en una tarea específica, es más bien un trastorno en la duración, la intensidad y la elección de dicho contacto con la realidad.

Esto se pone de manifiesto en casa por la natural incapacidad del niño para seguir las indicaciones y las directrices que se le marcan y que en ocasiones puede dar la impresión de que no ha oído lo que se le ha dicho o simplemente que no estaba escuchando.

“En la actualidad, parece que la mayoría de los autores se inclinan por afirmar que los niños hiperactivos no tienen una menor capacidad de atención que los niños normales sino que estos niños difieren en la forma en que focalizan y dirigen su atención” (Orjales I. , 2012)

Se debe tener muy en claro que la conservación de la atención varía de acuerdo con el nivel de desarrollo: se considera que a los dos años se puede atender eficazmente hasta siete minutos, duplicándose a los 5 años esta estabilidad (Suito, 2005)

Los niños hiperactivos son incapaces de concentrarse en la realización de las tareas que duran un largo período de tiempo. Por eso pasa con frecuencia de una tarea a otra, sin concluir ninguna, pero también se dice que no todos los niños con Hiperactividad están totalmente distraídos y muchas veces pueden mantener su atención en estímulos y actividades que realmente sean de su interés como por ejemplo las computadoras y los televisores.

En la escuela sus cuadernos están sucios y descuidados, las actividades escolares las realiza de forma desorganizada e irreflexiva, en casa no tiene paciencia para seguir las reglas del juego y en consecuencia, no sabe jugar solo, no se entretiene con ningún juguete y constantemente pasa de una actividad a otra.

b) Hiperactividad

La hiperactividad es uno de los problemas más importantes de la psiquiatría infantil y juvenil y es el problema que más estudio, atención y preocupación ha generado en especialistas, educadores y padres.

Es un trastorno crónico, cuyos síntomas pueden cambiar desde la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta, que interfiere en muchas áreas del funcionamiento normal y que persiste en un 50-80% de los casos en las personas adultas.

La hiperactividad es responsable de un gran número de dificultades y desajustes que llegan a afectar, de forma severa, al desarrollo evolutivo, al aprendizaje escolar y a la vida socio familiar de los niños y adolescentes que lo padecen. (Orjales I. , DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD: MANUAL PARA PADRES Y EDUCADORES, 1999)

Señala que: Una de las características más llamativas del niño hiperactivo es, precisamente, la excesiva actividad que sobrepasa los límites normales para su edad y su nivel madurativo. Este exceso de actividad se manifiesta normalmente por una necesidad de moverse constantemente y por falta de autocontrol corporal y emocional.

Se debe tener muy en cuenta que el nivel de madurez en los niños es importante, ya que las diferentes etapas de desarrollo van a ir presentando un grado menor o mayor de actividad motora normal, lo cual no debemos confundir con Hiperactividad.

c) Impulsividad

A los niños hiperactivos se les considera espontáneos, lanzados y muchas veces maleducados, “La impulsividad se manifiesta como una impaciencia, como una dificultad para esperar turno, y como una tendencia a interrumpir a los otros y a contestar las preguntas antes que estas terminen de hacerse” (Orjales 1999:38) Al hablar de impulsividad es necesario tomar en cuenta dos significados:

- a) Se encuentra en la esfera comportamental y se refiere a la poca valoración de las consecuencias de sus acciones y la actuación centrada casi exclusivamente en la gratificación inmediata.
- b) Hace referencia al plano cognitivo, a la forma precipitada e inexacta de afrontar las tareas. (Orjales I. , DEFICIT DE ATENCION CON

HIPERACTIVIDAD: MANUAL PARA PADRES Y EDUCADORES, (1999)

Algunos autores defienden que el problema de la pobre inhibición impide la adquisición del lenguaje interno como mediador de la conducta y otros por el contrario, que la dificultad en hablarse a sí mismos, explica su pobre inhibición.

Y se sabe que las dos causas están relacionadas entre sí, los niños aprenden a hablarse a sí mismos como un medio de control de su conducta, y por tanto siendo menos impulsivos, esto les ayuda a inhibir sus impulsos iniciales, a la vez que les deja tiempo para pensar o reflexionar, por tanto poder controlar la propia conducta.

Estos niños se muestran muy inquietos cuando deben permanecer sentados, en algunas ocasiones corre sin parar por esto es que algunas madres tienen expresiones de “es como si estuviera impulsado por un motor y no hay nada que lo detenga”. Continuamente está hablando teniendo grandes dificultades para permanecer callado, puede presentar más agresividad, tienen mayor dificultad en establecer relaciones sociales debido a su carácter, la adolescencia puede ser problemática si no se trabaja los síntomas desde la infancia.

Se puede afirmar que los niños con déficit de atención se caracterizan por ser sumamente espontáneos, creativos, inquisitivos; es decir, que investigan, buscan; son cariñosos saben perdonar fácilmente, tienden a saber o que quieren, asumen riesgos, son ingeniosos, innovadores, leales, sinceros, llenos de energía e intuitivos, y gozan de un buen sentido del humor.

Y es desde ahí donde parte el reto de las maestras: saber el alto nivel de actividad, la mente curiosa y la naturaleza sensitiva de estos niños para poder ayudarlos a convertirse en niños y personas felices.

2.2.7 COMO LOGRAR UN CAMBIO PARA MEJORAR LA IMPULSIVIDAD:

Hay que definir normas en primer lugar:

- Definir y trabajar las normas de la clase y las consecuencias de su incumplimiento, dejando esta información a la vista de los alumnos (apoyándose en medios visuales, notas en su cuaderno, dinámicas de grupo.)
- Recordar las normas frecuentemente
- Definir y estructurar normas personalizadas, como permitirle que muestre sus tareas al profesor.
- Obligarle antes de cada situación (salir al recreo, prepararse para irse a casa) a que repita en voz alta las normas específicas a cada situación hasta que se convierta en un hábito para el niño.

Hay que favorecer el auto control:

- Fragmentar las tareas en objetivos más cortos y supervisar con más frecuencia su consecución, de forma que el tiempo en el que tienen que inhibir su respuesta sea menor, esto implica tiempos de atención más cortos, lo que favorece su aprendizaje al adaptarse a su capacidad atencional.
- Favorece el uso de las auto instrucciones para dirigir su conducta
- Desglosarles el futuro, advertirles de lo que llega a través de la realización de tareas presentes. No tanto hablarles de la meta sino de explicarles en pasos pequeños para que se establezcan en el aquí y ahora para guiarles en su actuación.

Premiar las conductas adecuadas e ignorar las inadecuadas

- Implantar un sistema de puntos en el que es premiado por la consecución de objetivos y con valor de respuesta ante el incumplimiento.
- Sistema de puntos en el que la clase es premiada por el cumplimiento de las normas.
- Ignorar las conductas inadecuadas como interrumpir, y en el caso de ser muy molesta utilizar el tiempo fuera.
- Reforzar las conductas adecuadas como ir despacio, terminar cada pequeño paso dado, la calidad frente a la cantidad.

2.2.8.-TRASTORNOS ASOCIADOS A LA HIPERACTIVIDAD

En la mayoría de los casos el TDAH aparece asociado con otros problemas, tales como dificultades de aprendizaje, comportamientos agresivos, trastornos de ansiedad y trastornos del lenguaje. Así tenemos:

a) Hiperactividad y trastornos relacionados con la agresividad:

La agresividad se encuentra como una de las características frecuentes asociadas con la hiperactividad, aunque esta no está incluida entre los rasgos concretos del TDAH. María Ferrer 1999:19 señala que el 3% de niños de Educación Primaria presentan comportamientos de agresividad y oposicionismo asociados a la Hiperactividad.

El mismo autora manifiesta que los comportamientos negativistas desafiantes son los más presentes en niños pequeños con TDAH y que las conductas disociales están más presentes en niños mayores, este trastorno se caracteriza por una cadena consecutiva de comportamiento negativista, desobediente y hostil, el cual lo dirige a figuras que representen autoridad y disciplina, estos niños son discutidores, irascibles y resentidos. Se enfadan con mucha facilidad y siempre desafían deliberadamente, posiblemente desarrollan estas conductas oposicionistas como consecuencia de la frustración que sufren debido al feedback negativo que reciben por sus conductas inapropiadas.

El comportamiento disocial se caracteriza en cambio por un recurrente abuso hacia los derechos de las demás personas incluyendo normas sociales, incluyendo también daño físico o amenazas hacia el mismo, otras personas y/o animales, comportamientos que causan pérdidas o daño a la propiedad, robo, violaciones graves de las normas.

La agresividad no está incluida entre los rasgos definitorios de TDAH, aunque sí entre las características frecuentemente asociadas con el mismo. En efecto existen niños de Educación Primaria presentan comportamientos de agresividad y oposicionismo asociados a la hiperactividad.

Los comportamientos Negativistas desafiantes son los que se encuentran con mayor frecuencia en niños pequeños con TDAH, mientras que las conductas disociales suelen ser más frecuentes en los niños hiperactivos más mayores. El “negativismo desafiante” se caracteriza por un patrón recurrente de comportamiento negativista, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad.

Estos niños son discutidores, irascibles y resentidos, se enfadan con mucha facilidad con los demás y los desafían molestándoles deliberadamente. No resulta extraño que un gran porcentaje de niños con TDAH desarrollen un patrón de conductas opositoras que pueden ser sencillamente consecuencia de la frustración que sufren debida al feedback negativo (reprimendas) que reciben por sus comportamientos inapropiados. Por su parte el comportamiento disocial se caracteriza por una violación repetida de los derechos básicos de los demás o de importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Estos niños pueden realizar comportamientos que causen daño físico o amenazar con él a otras personas o animales, comportamientos que causan pérdidas o daño a la propiedad, fraudes, robos y violaciones graves de las normas. Se trata de un problema grave, con repercusiones más importantes que el negativismo desafiante y en el que la agresividad, incluso física, es bastante frecuente.

El niño con un trastorno de conducta serio es destructivo y agresivo conscientemente y se implica en actividades que puedan causar daño a otras personas para obtener beneficio personal, mientras que en niños con un TDAH suelen encontrarse algunos criterios diagnósticos de un problema de comportamiento como las mentiras, las peleas físicas, pero esencialmente no tienen un carácter propositivo y planificado.

b) Hiperactividad y trastornos de ansiedad

María Ferrer 1999; 19 Manifiesta que los trastornos de ansiedad es mucho más elevada ya que la ansiedad excesiva, ansiedad de separación y fobias se producen en escolares hiperactivos sin remisión clínica (Ferrer, 1999)

La asociación del TDAH y los trastornos de ansiedad es mucho más elevada de lo que cabría esperar por puro azar. Además el mayor grado de solapamiento de psicopatologías como la ansiedad excesiva, ansiedad de separación y fobias, se produce, al menos en escolares hiperactivos sin remisión clínica, en el subtipo de hiperactivos agresivos. (Miranda, Rosello, & Soriano, 1998)

A veces, la ansiedad podría parecer similar a los comportamientos vistos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Por ejemplo, la falta de atención y las dificultades de concentración se ven frecuentemente en niños con TDAH y en niños que sufren de ansiedad. Por lo tanto, el niño puede sufrir de ansiedad y no de TDAH. El fracaso en identificar la ansiedad en forma precisa podría explicar por qué algunos niños no responden como se esperaba a los medicamentos prescritos para el TDAH. La edad del niño o niña cuando se observaron primero estos comportamientos puede ser un índice útil para determinar si la ansiedad o el TDAH están presentes.

Generalmente, los signos del TDAH se hacen aparentes a los cuatro o cinco años de edad, considerando que la ansiedad puede no ser vista en un nivel alto hasta el ingreso a la escuela, cuando los niños pueden responder a las demandas escolares con preocupación y necesidad de perfeccionismo. Una evaluación psicológica y educativa a fondo realizada por profesionales calificados ayudará a determinar si el problema es TDAH o ansiedad. Si se necesitara una evaluación o una consulta, la información sobre el desarrollo del problema será útil para el profesional.

c) Hiperactividad y trastornos del lenguaje

La combinación entre el déficit de atención y el funcionamiento lingüístico puede constituir un subtipo diferenciado el cual necesita intervenciones largas el cual puede dirigir a un pronóstico aún más negativo.

Existe la posibilidad de que el déficit de atención, cuando aparece en combinación con dificultades en el funcionamiento lingüístico, puede constituir un subtipo diferenciado que necesita intervenciones prolongadas en el tiempo y que tiene un pronóstico peor. La frecuencia con la que se presentan conjuntamente ambos trastornos no es trivial. Por otra parte, precisamente este subgrupo de hiperactivos sería probablemente el que presenta un mayor riesgo de desarrollar problemas en el aprendizaje, con lo cual esto sería un tema muy preocupante.

d) Hiperactividad y dificultades de aprendizaje:

Los niños con TDAH realizan sus tareas escolares en forma deficiente, en ocasiones las realizan peor que sus compañeros, lo que se evidencia por mas repeticiones de curso, peores notas y más asistencia a aulas de educación especial, esto continúa en la adolescencia produciendo un alto índice de fracaso y abandono escolar, pero no siempre estas dificultades poseen los niños con TDAH y pueden ser consideradas como trastornos de aprendizaje.

Pero parece claro que un deficiente rendimiento académico debido a la sintomatología propia del TDAH es diferente de lo que se denomina trastornos de aprendizaje, además aun cuando el bajo rendimiento es muy probable que acompañe al TDAH, los trastornos de aprendizaje en sentido estricto (dislexias, discalculias), son menos frecuentes.

2.7 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del TDAH es complejo y se basa especialmente en la información aportada por los padres y profesores del niño. El médico, que debe estar especializado en el reconocimiento y tratamiento de este trastorno, realiza

una evaluación basada en la observación del comportamiento del niño y en los datos que le han facilitado los familiares, el centro escolar, etcétera.

Es importante evaluar también el nivel intelectual del niño con test específicos, para descartar que la alteración de su conducta se deba a otros problemas de aprendizaje o a un bajo coeficiente intelectual.

El diagnóstico de TDAH es complicado y debe fundarse en una evaluación clínica realizada por un médico experto en el reconocimiento y tratamiento de este trastorno como, por ejemplo, un neuropediatra, un psiquiatra infantil, un psiquiatra o un neurólogo. La evaluación se consigue mediante la observación de la conducta del niño, y gracias a la información facilitada por los padres, los maestros, otros familiares, etc.

Es importante evaluar el nivel intelectual del niño con un test WISC, o en niños mayores de Raven, para asegurarse de que sus problemas de aprendizaje no se deban a un cociente intelectual bajo.

El encefalograma (EEG) solo estaría indicado en presencia de signos focales o ante la sospecha clínica de epilepsia o trastornos degenerativos.

En conclusión, el diagnóstico es clínico, mediante la entrevista con los padres y el niño, evaluación de información de los profesores, examen físico y pruebas complementarias para descartar otros problemas. Las pruebas médicas y los exámenes psicológicos se emplean para eliminar otras posibles causas de hiperactividad y falta de atención diferentes del TDAH y para ayudar al diagnóstico del mismo, pero no hay pruebas definitivas.

Para que se diagnostique el trastorno, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4ª edición DSM-IV), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría requiere que aparezcan seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido por lo menos durante seis meses. Los síntomas descritos han de ser más frecuentes y graves que los observados en personas de un desarrollo similar.

Además, han de aparecer antes de los siete años y se han de presentar al menos en dos ambientes diferentes (hogar, escuela o trabajo, etcétera).

Los síntomas no podrán ser explicados por la presencia de otro trastorno mental ni manifestarse en el transcurso de este, aunque frecuentemente el TDAH aparece asociado a otros problemas de la conducta como el trastorno negativista desafiante o el trastorno disocial. No obstante, la combinación del TDAH con estos comportamientos perturbadores suele estar relacionado más estrechamente con las conductas antisociales de los padres, con conflictos matrimoniales, con estrés materno, y con la comunicación negativa entre padre e hijo.

La mayoría de las personas con TDAH tienen síntomas, tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, pero en algunas prevalece uno u otro de estos patrones.

A los tres síntomas básicos (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad) se le pueden asociar otros:

- Trastornos de conducta.
- Dificultades de aprendizaje.
- Problemas de relación social.
- Bajo nivel de autoestima.
- Alteraciones emocionales.

2.2.7.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TDAH

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (corretear, levantarse de la silla, actuar ruidosamente, etc.)

Numerosos trastornos o problemas médicos pueden manifestarse por síntomas presentes o nucleares del TDAH lo que dificulta la correcta identificación del trastorno. Esta dificultad aumenta cuando algunos de estos trastornos están

asociados o son comórbidos al propio TDAH (trastornos de ansiedad, problemas de sueño, estrés ambiental, inquietud, inmadurez cognitiva, etc.)

La dificultad principal a la hora de identificar el TDAH correctamente parte del desconocimiento del trastorno cuando no existe información de las características del trastorno y sus manifestaciones desde las familias o los centros escolares.

También la identificación del trastorno a menudo resulta difícil a los profesionales de la salud debido a la posible presencia de otros problemas o alternaciones:

a) Problemas médicos

Existen una gran variedad de problemas médicos y psiquiátricos que pueden parecerse al TDAH. Causas médicas o físicas incluyen problemas de audición, problemas de atención, epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, enfermedad médica aguda o crónica, malnutrición, alteraciones de la visión, síndrome de piernas inquietas, trastornos de memoria, trastorno del sueño, problemas tiroideos, problemas ambientales, etc. **(Martínez Martín, 2011)**

b) Trastornos del aprendizaje

En ocasiones algunos niños/as con distintos grados de retraso mental leve y capacidad intelectual en el límite con el retraso mental, pueden ser confundidos con el TDAH. Cuando nos encontramos con un niño/a con un cociente intelectual (CI) bajo que acude a un centro académico que no toma en consideración esa dificultad y desajuste del ritmo a su capacidad, es frecuente que aparezcan síntomas de inatención, desmotivación y pérdida de interés que no tienen por qué corresponder a un trastorno de déficit de atención. También puede observarse desatención en el aula cuando niños/as de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes.

Los niños/as con problemas académicos de lecto-escritura, cálculo, comprensión, a menudo son confundidos con niños con déficit de atención, ya que las dificultades y errores académicos de estos niños concurren a veces con las dificultades que se aprecian en los sujetos con TDAH, y es por tanto necesario realizar evaluaciones específicas y pruebas de tamizaje.

c) Trastornos afectivos

Respecto a la hiperactividad, algunos niños en la parte alta del espectro normal de actividad pueden parecerse a niños con TDAH, o niños con un temperamento difícil. También el trastorno bipolar de comienzo temprano se puede parecer al TDAH. Los trastornos de ansiedad, las fobias, la depresión, o las secuelas de abuso o abandono de las necesidades del niño pueden interferir con la atención y la concentración, estados de agitación, etc. (Soutullo, 2008)

d) Trastornos de conducta

Los sujetos con comportamientos negativistas pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuncia a aceptar las exigencias y normas de otros. En este caso el diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunos sujetos con TDAH presentan de forma secundaria actitudes negativistas y opositoras hacia el estudio o las diferentes responsabilidades.

Los ambientes excesivamente permisivos también dan lugar a conductas desorganizadas, falta de hábitos y rechazo a las normas y responsabilidad en las tareas. Los sujetos con trastornos disocial y problemas graves de conducta (conductas ilícitas, ausencia de respeto por las normas, destrucción de la propiedad, comportamientos disruptivos y/o agresivos, etc.) También pueden confundirse con sintomatología propia del TDAH, especialmente en la adolescencia.

e) Uso de fármacos

Con respecto a los fármacos y sustancias psicoactivas, existen algunos medicamentos como fenobarbital o carbamacepina, y drogas como el alcohol, el cannabis, la cocaína, o los inhalantes volátiles, que pueden disminuir la capacidad de la atención y concentración, desorganizar el pensamiento, provocar desajustes en los hábitos y la organización del tiempo, problemas de memoria, falta de motivación e interés, etc.

En el ámbito familiar el ambiente puede no ser favorecedor cuando no existe una buena relación entre padres, hermanos, y su ambiente es de agresión física, psicológica, verbal, lo cual va afectando a gran escala el desenvolvimiento social y por ende el aspecto académico, haciendo de esta manera que el niño con TDAH genere ansiedad y un posible estrés frente a todas estas circunstancias desfavorables, llevando consigo un retraso y descenso en aspectos fundamentales para el desarrollo efectivo para el niño o niña involucrados.

f) La Importancia De La Sensibilización Y La Formación En El Tdah

Los signos clínicos del TDAH y su impacto suponen un deterioro grave del estado del afectado y su entorno próximo. Pero la detección, evaluación y diagnóstico del TDAH es un proceso largo hasta su culminación, que se inicia desde los primeros años del niño/a y a menudo no se identifica hasta la etapa primaria e incluso la secundaria, acarreando problemas de tipo emocional, conductual, fracaso escolar, aislamiento y rechazo social, problemas familiares, incompreensión social, etiquetaje, tratamientos médicos inadecuados, etc., si no se llega a un diagnóstico certero a tiempo.

Cuando existe una formación básica sobre TDAH en las instituciones educativas, es el personal y el equipo docente quienes a menudo ponen en relieve las señales de alerta y plantean la sospecha inicial. En otros casos desde los hogares los padres identifican y reconocen estas señales de alarma que ponen en conocimiento del pediatra o médico de cabecera quien inicia los protocolos de diagnóstico y evaluación.

Pero para reconocer estas señales es necesario que exista un conocimiento del trastorno, de sus manifestaciones y su sintomatología.

g) El Camino Hacia El Diagnóstico Exitoso

Dada la aparentemente falta de formación específica y completa en muchos ámbitos, se recomiendan una serie de acciones con el fin de asegurar que las personas con TDAH se diagnostiquen a tiempo y de forma exacta, combatiendo de este modo los errores diagnósticos, los tratamientos erróneos, los falsos positivos y la no identificación del trastorno a lo largo de las diferentes etapas vitales y por tanto atender correctamente al origen del problema y el malestar físico y psíquico del afectado.

Las posibles recomendaciones son las siguientes:

a) Acciones en los colegios y centros escolares

- Alentar a los colegios en el uso de herramientas de evaluación de cribado o tamizaje estándar disponibles para que la utilice el personal docente en preescolar, primaria y secundaria.
- Desarrollar protocolos de actuación para orientar al personal docente de la evaluación y derivación de niños que pudieran tener TDAH.
- Formar al personal docente sobre los trastornos del neuro-desarrollo y especialmente aquellos con alta prevalencia como el TDAH.
- Realizar inclusión de manera positiva a todos los estudiantes que posean TDAH, mediante adaptaciones curriculares de acuerdo al nivel de afectación y dependiendo también de los años lectivos en el que estos se encuentren.

b) Acciones en los servicios de salud mental

- Incluir de forma constante la formación en TDAH como componente esencial en el currículum de formación y académico de los profesionales de salud mental.

- Promover el tamizado de TDAH en niños, adolescentes y adultos con otros problemas de salud mental (trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, depresión, trastornos de personalidad, etc.)

c) Acciones en el entorno laboral

- Desarrollar políticas laborales específicas para TDAH y protocolos de derivación para agencias de empleo y servicios de salud mental.

2.2.8 TRATAMIENTO

El tratamiento de los niños y jóvenes con TDAH siempre conlleva a lo siguiente:

- Una información adecuada a los padres de lo que es este síndrome y facilitar el entorno para sacarlos adelante.
- Hacer conocer que nadie tiene la culpa, ni los padres ni el niño o niña que lo padece es el culpable del cuadro de Hiperactividad
- Que este síndrome persistirá siempre y lo largo de su vida, pero eso no significa que las personas que la padecen continúen con su vida normal.
- Que las mejores medicinas para ellos son: la paciencia, la comprensión, la ayuda y la firmeza en cuanto a reglas y normas.
- No mostrar debilidad con ellos, sin utilizar la fuerza física, exceptuando si hay que defenderse.
- Hay que motivarlos siempre en actividades físicas en donde se involucren a otros niños y deportes en equipo.
- Medicarlos con fármacos que puedan ayudarlos a estar mas tranquilos y menos obsesivos. Actualmente los productos farmacológicos se encuentran estandarizados y la mayoría de ellos son costosos, lo que imposibilita el acceso para todas las familias que tengan un hijo con Hiperactividad.
- También es importante ayuda y apoyo a nivel psicológico, para todos los miembros de la familia.
- La ayuda en la escuela y colegio con las materias que tengan más dificultades, en especial las de tipo razonado.

2.2.8.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como se sabe que las sustancias estimulantes suelen calmar a los sujetos y los tranquilizantes los ponen más nerviosos, por lo tanto no hay inconveniente en recomendar bebidas que contengan cafeína, además de los fármacos estimulantes como el metilfenidato de liberación rápida o de liberación lenta, también resultan muy eficaces las sustancias antiobsesivas, tipo risperidona. Todas estas sustancias presentan su utilidad y también efectos colaterales y desencadenar en alguna patología (glaucoma, crisis epilépticas, tics) por esta razón es recomendable siempre empezar por dosis pequeñas lo cual servirá para comprobar su tolerancia, y se va incrementando poco a poco hasta la que se da como óptima terapéuticamente. (Ramos, 2007)

2.2.8.2 INFORMACIÓN A LOS PADRES Y PROFESORES

Es necesario que los padres estén totalmente informados acerca de este Trastorno de Hiperactividad, los cuales deben comprender y apoyar en su totalidad a sus hijos, de establecer normas y reglas que no vayan a ser ni muy blandas ni muy fuertes, también comprender y ayudar a los docentes en el ámbito educativo y pedagógico.

La asistencia al médico tratante debe ser constante para que el niño o niña que la padezca este en constante revisión médica y como padres estar atentos a las indicaciones que hace el médico.

De la paciencia, interés y colaboración de los profesores va a depender también el futuro, al menos en el campo escolar, profesional y personal, no se recomienda que trabajen bajo presión y siempre con el apoyo de su círculo familiar y de quienes lo rodean dentro de la institución educativa, como profesores y compañeros de aula.

Algunas de las maneras en cómo trabajar con los niños y niñas hiperactivas pueden ser: disminuir su atención en las conductas negativas,

centrándose siempre en las positivas, dando algún tipo de recompensa que ayude a subir su autoestima, como salir a jugar, darle un juguete, hacerle alguna comida que le guste, regulando esto paulatinamente este tipo de recompensas lo cual hará que el niño no haga las cosas en espera de este tipo de premios, al contrario será el mismo quien sea capaz de ir viendo aquellas actitudes que son mejores para él.

Es necesario que los padres de hijos hiperactivos, mantengan una comunicación frecuente con los profesores y personal del colegio para llegar a los objetivos y metas propuestas, teniendo en cuenta que cada niño es distinto y se manifestará de manera particular.

Por lo tanto deben:

- Acudir a profesionales especializados en Necesidades Educativas Especiales lo antes posible.
- Brindar espacios de conversación con los padres acerca de lo que sienten en diferentes situaciones.
- Desarrollar actividades al aire libre (bicicleta, natación).
- Tener una rutina en casa en la que existan horarios sobre sus actividades diarias (para las tareas, hora de dormir, hora de jugar, para ver tv, hora de comer, etc.)
- En la escuela que la profesora le brinde “responsabilidades” en las que esté activo dentro de clases pero respetando normas y orden (repartir las hojas o los cuadernos, pedir su opinión si lo nota distraído).
- Hacer observaciones positivas al trabajo que realizan.
- Se le debe señalar lo que necesita mejorar. Hay que buscar sus fortalezas y elogiarlo.
- Las órdenes o consignas que se les dé deben ser pocas, sencillas y claras.
- Darle las instrucciones lo más cortas, claras y concretas posibles, sin permitirle que empiece una actividad sin escuchar la instrucción.
- Siempre debe estar cerca del maestro para que atienda el mayor tiempo posible, por momentos ofrecerle atención individualizada según las recomendaciones hechas por la profesional encargada del DECE de cada institución educativa

- Se le puede asignar un tutor o amigo de trabajo para que monitoree que copie la materia, la agenda, que guarde las hojas que le dan. Debe participar en grupos de estudio y tratar de no trabajar en solitario.
- El maestro frente a un niño hiperactivo no debe exigirle todo a la vez, le debe explicar cada detalle, indicar en pequeños pasos lo que debe realizar.
- Se debe tener concesiones como darle más tiempo para los exámenes, indicarle cuando se está equivocando, darle ánimo como una sonrisa por el esfuerzo o una palmada en el hombro.
- Limitar los distractores en casa y escuela, especialmente en el momento de hacer deberes, reducir ruidos, evitar llamadas telefónicas o pararse cada momento para realizar cualquier actividad. (Santurde del Arco, 2011)

2.2.9 TDAH Y ESCOLARIDAD

Ya que la atención es un proceso sumamente complejo y que está relacionado con actividades de seleccionar información importante, el mantener la atención durante tiempos prolongados o realizar actividades sin distractores.

El déficit de atención no implica una total incapacidad para mantener la atención, los niños con TDAH pueden mantener la atención bajo determinadas circunstancias, es decir, en actividades que a ellos les llame la atención, pero en actividades que generen una estimulación lenta y monótona siempre serán con mayor esfuerzo y les producirá una mayor fatiga en relación con los demás alumnos, lo cual se refleja en:

- Buen rendimiento inicial seguido del abandono de la tarea.
- Rendimiento inconstante (conecta y desconecta en la tarea).
- Una dedicación prolongada pero con múltiples errores producto de la fatiga.
- Trabajo adecuado pero extremadamente lento.

Para todos los docentes siempre es importante captar y mantener la atención de todos los alumnos durante sus horas clase y así mismo deben prestar atención a

todos por igual para que el trabajo sea positivo y más aún de los estudiantes con TDAH.

2.2.9.1 ESTRATEGIAS GENERALES UTILIZADAS (Vaello Orts, 2011)

a) Crear rutinas de inicio rápido en clase:

Conviene planificar la forma de iniciar las clases y practicarla hasta hacer de ella un hábito para el profesor y para los alumnos. Es necesario habituarlos desde principios del año lectivo a un inicio rápido, posponiendo las rutinas distractoras (pasar lista, hacer comentarios, reflexiones..) a otros momentos, poniendo especial énfasis en cumplir y hacer cumplir todo lo referente a puntualidad, preparación previa del material que se va a utilizar y obtención de un clima de atención generalizada como requisito para empezar.

b) Empezar con actividades incompatibles con la distracción:

Una forma de acelerar la concentración y evitar la distracción es empezar con actividades incompatibles con la distracción (preguntas sobre lo tratado el día anterior o interrogantes que provoquen curiosidad e interés.

c) No empezar sin la atención de todos:

Hay que asegurar la atención concentrada de todos los alumnos sin excepción como requisito previo imprescindible, si se empieza permitiendo que algunos alumnos prosigan con sus distracciones, se estará transmitiendo la idea implícitamente de que se puede continuar charlando/estando distraído mientras el profesor se esfuerza por arrancar.

Si se distrae, podemos utilizar apoyo visual para realizar explicaciones frente al tema tratado, manejar el tono de voz es indispensable, plantearle preguntas frecuentes y realizar una retroalimentación, lo cual nos ayudara a mantenerle activo y lo más importante es controlar los estímulos

distractores para que no haya un despiste de actividades escolares, para esto es necesario también sentar al estudiante cerca del profesor y de compañeros que sirvan como modelo positivo, los cuales les van a generar confianza y seguridad.

2.2.9.2 ADAPTACIONES CURRICULARES

Como se conoce una adaptación curricular es una estrategia educativa utilizada de forma positiva, la cual va dirigida a alumnos con Necesidades Educativas Especiales, en donde se va hacer un cambio y adecuación del currículo correspondientes a las áreas que recibe dentro del año lectivo, el objetivo de estas adaptaciones es que los contenidos sean más aptos y accesibles o al contrario eliminar aquellos elementos que se les haga imposible alcanzar durante el estudio y más aún frente a las dificultades que se les presente. Hay que tomar en cuenta varios aspectos a la hora de planificar la metodología, los contenidos y sobre todo la evaluación a realizarla.

Las adaptaciones a realizar van a ir de acuerdo a lo siguiente:

- Al nivel de currículo que maneje cada región o área
- De las características que posea cada alumno.
- De las materias que se reciba cada año lectivo.

Y las personas encargadas de la elaboración de estas adaptaciones curriculares son los docentes, tutores y coordinadores de los DECE de cada institución educativa.

Existen dos tipos de adaptaciones curriculares y tenemos:

No significativas: aquí se modifican elementos no básicos del currículo, las cuales se realizan en:

- La metodología
- La organización

- El ambiente.
- Se puede modificar ligeramente los contenidos, sin existir un desfase curricular de más de dos años lectivos.

Significativas: aquí se prioriza, modifica o elimina contenidos, objetivos centrales del currículo y criterios de evaluación, se afecta las siguientes sub-áreas:

- Los objetivos
- Los contenidos
- Los criterios de evaluación.

Se toma en cuenta y como punto principal las siguientes acciones:

- Adecuar los objetivos, contenidos y criterios de evaluación.
- Se prioriza determinados objetivos, contenidos y criterios de evaluación.
- Introduce contenidos,, objetivos y criterios de evaluación de niveles anteriores.

Para realizar una adaptación curricular significativa hay que partir de una Evaluación Inicial para tener claro de dónde vamos a partir, siempre tomando en cuenta las posibilidades reales del alumno con su avance sobre sus conocimientos anteriores, siempre estar atentos en cuanto a lo que necesita y lo que puede aprender y el cómo va a aprender, todos estos aspectos nos ayudarán a establecer los objetivos y contenidos adecuados con los materiales y procedimientos correctos, para de manera específica y clara del cómo se va a valorar todo su progreso. (Samuel, 2010)

A continuación se expondrá una serie de adaptaciones curriculares posibles para estudiantes con TDAH:

- Tener una relación positiva entre alumno y profesor lo cual nos ayuda a comprenderle y ayudarlo.
- Hacerle participar en clase
- Mostrar interés cuando él o la estudiante está trabajando
- Preguntarles constantemente, que respondan preguntas, así lograremos que este más atento.

- Fragmentar la tarea, que esta no sea muy extensa
- Captar su atención mediante la búsqueda de estrategias como son el contacto físico y visual.
- Siempre anticipar, prevenir situaciones que puedan representar problemas.
- Para las evaluaciones darles más tiempo, y preferiblemente que estos sean de manera oral si es necesario.
- Las tareas deben ser simples y claras.
- Es mejor darles fotocopias, aún en los exámenes.
- Es necesario realizar entrevistas individuales, seguimiento y motivación.

2.2.9.3 BASES A SEGUIR EN LA REALIZACIÓN DE UNA ADAPTACIÓN CURRICULAR

Se pretende dar siempre respuestas educativas necesarias para los estudiantes, para lo cual se toma en cuenta los siguientes principios (Orjales Villa, I., Déficit de atención con hiperactividad. (Orjales I. , 2012)

- a) Principio de Normalización: es donde se pretende alcanzar los objetivos mediante un proceso educativo normalizado.
- b) Principio Ecológico: Adaptar y adecuar las necesidades educativas de los estudiantes al contexto más próximo por ejemplo: centro educativo, entorno de grupo de alumnos, etc.
- c) Principio de Significatividad: es realizar una adaptación de lo más primordial a lo menos significativo, es decir aplicar un cambio a los elementos básicos del currículo: evaluaciones, metodologías, tareas, trabajos, proyectos, etc.
- d) Principio de realidad: siempre será necesario realizar las adaptaciones de una manera que se enfoque a la realidad del momento, observando los medios de los que disponemos y a donde queremos llegar con los objetivos propuestos para realizar la respectiva adaptación.
- e) Principio de Participación e Implicación: será responsabilidad directa del tutor, de los docentes y del resto de profesionales que estén involucrados de manera directa en el trabajo de alumnos con Necesidades Educativas

Especiales, en donde se tomaran en cuenta las decisiones de manera consensuada para la elaboración de la respectiva adaptación curricular.

- f) Las personas que están implicadas de manera directa, como se mencionó anteriormente son los Tutores, profesores de área, familia, orientador.
- g) Tutor o profesor de Área: ya que es el mejor conocedor de los aprendizajes que su estudiante ha adquirido, sus aptitudes, sus falencias, lo positivo y lo negativo que él tiene y posee.
- h) Familia: son los encargados del control y estimulación fuera de la institución educativa, son el eje primordial en el desarrollo y por ende su apoyo debe ser incondicional.
- i) Orientador: es la persona encargada de coordinar y canalizar el trabajo de adaptación curricular.

2.2.9.4 DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH EN LA EDAD PREESCOLAR

Los manuales de diagnóstico fijan como edad para determinar la Hiperactividad a los siete años de edad, ya que manifiestan que a los 6 años sus patrones de conducta no son fijos, todo esto debido a las diferentes variables que dependen del entorno en donde se desarrollan.

Los niños entre los cuatro y seis años de edad se les complica la aceptación de normas, rabietas frecuentes, conflictos con sus compañeros, su impulsividad, siempre tienden a pedir las cosas con insistencia, poseen una gran actividad motora por esta razón no pueden ver el peligro, todas estas alteraciones conductuales van a repercutir en el ámbito social e incluso familiar.

Los TDAH preescolares inatentos pasan más desapercibidos porque no son tan conflictivos, van a su aire y hacen poco caso a los demás, sacan los juguetes de su sitio pero luego no les hacen caso y en clase no siguen el ritmo de los demás, se olvidan de sus tareas y organizan peor sus actividades (Mulas, 2011)

Los signos (según orden jerárquico) que caracterizan a los preescolares con TDAH son: (Vaquerizo Madrid, 2005)

- Pobre disposición para el juego social con otros niños.
- Exceso preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
- Actitud desmontadora ante los juguetes, y pobre interés sostenido por el juego.
- Retraso del lenguaje.
- Retraso y torpeza en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa.
- Dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras.
- Dificultades para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana.
- Inmadurez emocional para su edad correspondiente.
- Constantes rabietas y más accidentes aunque leves en el hogar o en el parvulario.

A pesar de mostrar estas evidencias, desde el punto de vista clínico la precisión diagnóstica no es fácil. El TDAH en edad preescolar se manifiesta en un 50% menos que en la edad escolar, lo que supone alrededor de un 3% de los niños, debido las hay dificultades en la estandarización de los criterios diagnósticos.

No existen criterios clínicos predictivos en el caso de los preescolares (menores de 6 años) aunque pueden ser útiles los correspondientes al DSM-IV para TDAH infantil a la hora de estimar un diagnóstico diferencial de un TDAH frente a conductas de sobreactividad, distractibilidad o alteración de las normas por encima de la media de los criterios de normalidad (Viser et al., 2007.) tomado de (Cadah, 2011)

2.2.9.5 LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

La información remitida tanto por los centros de educación como de la familia, es importante ya que esto ayudara a recopilar la información adecuada sobre el comportamiento del niño o niña frente a las diversas situaciones de su entorno, la adaptabilidad y funcionalidad, mediante esto se podrá dar un diagnóstico temprano de TDAH.

En caso de sospecha lo primero que se debe hacer es asistir a un médico especializado para que nos ayude con las evaluaciones correspondientes, mediante un análisis exhaustivo (evaluación pediátrica, evaluación neurológica, psicopedagógica) esto nos permitirá realizar un previo plan para mejorar conductas, comportamientos, su impulsividad mejorando el autocontrol y autorregulación que conducirá a canalizar su hiperactividad mediante actividades que involucren actividades físicas y lúdicas, las cuales también sirven como herramienta para el desarrollo intelectual, cognitivo, emocional y social.

El juego va a favorecer el aprendizaje de todas las áreas del desarrollo infantil, ya que tiene una influencia tan directa sobre el desarrollo cerebral y madurativo infantil, entre las áreas se menciona las siguientes:

- Área Sensorial: sentidos y percepción
- Área Motriz: motricidad fina, gruesa y propiocepción.
- Área Cognitivo: memoria, atención, cognición, procesamiento lógico.
- Área comunicativa: lenguaje, expresión, interacción, diálogos, rituales.
- Área afectiva: superación de miedos, angustias, fobias.
- Área social: roles, competencia, resuelve conflictos.

Según (Mulas, 2011), los profesores también juegan un papel fundamental en la intervención con los niños/as preescolares con TDAH, pues al situar al alumno "problemático" cerca de ellos pueden interactuar con mayor frecuencia, preguntarles cosas cuando ven que se despistan, facilitarles la labor e incluso darles más tiempo en las evaluaciones académicas cuando son mayores, con la idea de que mejore su rendimiento académico y con ello la autoestima del alumno procurando un mejor pronóstico.

Por lo tanto estas detecciones tempranas son un paso importante ya que a vida futura del niño o niña con TDAH, mejorando sus conductas y debido a que conlleva diversos puntos como son: lo académico, conductual, familiar y social.

2.2.9.6 VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA EDAD PREESCOLAR

La valoración neuropsicológica en la mayoría de los casos va a representar dificultad debida a la colaboración del niño o niña evaluada, por eso es necesario realizar en primer lugar una valoración de las habilidades de autorregulación e inhibición de los comportamientos impulsivos. Por lo tanto es una gran oportunidad para examinar las habilidades cognitivas antes de la escolarización formal y para la identificación de habilidades.

A continuación se enumeran una serie de pruebas que pueden ser útiles para una valoración adecuada a temprana edad:

a) Control Inhibitorio:

Test Stroop SOL – LUNA: El niño debe inhibir una respuesta que surge automáticamente ante la presencia de un estímulo visual. Debe responder con la palabra día cuando se le presenta una lámina con el dibujo de la luna y la palabra noche cuando se le presenta el dibujo del sol.

b) Memoria de trabajo:

Sub-test de Frases de la escala WPPSI: El niño debe repetir al pie de la letra las frases presentadas de manera oral. *Test de figura compleja de REY*: Se valora la capacidad de organización y resolución de problemas así como su capacidad viso-constructiva. La ejecución de este test consiste en solicitar al sujeto que copie una figura compleja a mano y sin límite de tiempo.

c) Planificación:

Torre de Londres: El sujeto debe determinar el orden de los movimientos, de dos a cinco, que se deben de realizar con tres bolas de distintos colores que hay que introducir en unas varillas para reproducir una serie de modelos que van siendo cada vez más complejos.

d) Flexibilidad cognitiva:

Test de figuras enmascaradas (CEFT): El niño debe localizar, dentro de un contexto complejo y significativo (un reloj, un barco?) una figura simple de forma triangular en la serie "tienda" y una figura en forma de casa en la serie "casa"

e) Atención:

Cancelación de rombos: Exige que el niño localice y señale todos los rombos que aparecen aleatoriamente entre 140 formas geométricas.

Cancelación de números: El sujeto debe marcar (tachar o encerrar en un círculo), los elementos que se le indican.

CPT Test de Ejecución Continua.: Consiste en la presentación de una serie de letras. Se pide al niño que presione una tecla del ordenador cada vez que aparece una X y más adelante cada vez aparece una X después de la A; así se crea una situación en la que, siendo muy simple la tarea perceptiva visual, se pone a prueba la atención selectiva, la atención sostenida y el control inhibitorio de respuestas impulsivas.

Sub-prueba de integración visual de ITPA (Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas): El niño tiene que identificar objetos familiares (peces, martillo-serruchos) que parecen visibles en parte y que están inmersos en un fondo distractor

Sub-prueba de memoria secuencial auditiva de ITPA: La tarea consiste en observar y reproducir inmediatamente los dibujos geométricos que se van mostrando en tarjetas, los cuales contiene series cada vez más largas de elementos (línea horizontal, vertical, círculo).

2.2.9.7 EL MÉTODO MONTESSORI COMO AYUDA EN EL AULA PARA NIÑOS CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN

El método Montessori es un método educativo que fue diseñado por María Montessori. Se basa principalmente en la observación objetiva del comportamiento del niño con los materiales que se le proporcionan para su

diseño. Este método otorga al niño la libertad necesaria para que se produzca su desarrollo en las condiciones más naturales posibles, de forma que pueda alcanzar la independencia y el autocontrol necesario para un aprendizaje continuo, gradual y adaptado a su evolución personal. Un aspecto clave del método es lo que María llamaba `ambiente preparado`, en el cual el niño toma las riendas de su aprendizaje, lo que le permite lograr un buen auto concepto y autoestima a la vez que va desarrollando su autonomía. (Cadah, 2011)

Consta de tres aspectos fundamentales: la Guía, el Niño y el Material.

- La Guía: desempeña la función de construir un ambiente vivo, en donde los materiales representen necesariamente las cosas que debemos aprender. El papel fundamental que desempeña es el de modelo: muestra el material de una manera singular que representen tranquilidad, serenidad, comprensión, etc.
- El niño: este tiene la necesidad de aprender, es natural e involuntario y no puede simular un ritmo de aprendizaje, por eso este depende del ritmo del niño, no viene preestablecido por una etapa marcada y se puede frustrar si intentamos acelerarlo o todo lo contrario ralentizarlo. De esta manera cuando se respeta su ritmo no se genera competencia entre pares y se desarrolla la ayuda entre grupos de diferentes edades. Este aprendizaje por sí mismo le genera satisfacción interna que le va a motivar siempre.
- El material sensorial: gran parte del aprendizaje se debe a las características de este material el cual es manipulativo y fue creado por María Montessori y como se menciona anteriormente nos ayuda a generar aspectos de la vida diaria como poner la mesa, cuidar las plantas, etc. La mayoría del material proporciona al niño autocorrección sobre sus propios errores sin necesidad de que el guía lleve a una corrección externa lo cual favorece a la motivación y no busca la aceptación ni el agrado de nadie externo.

A continuación se va a ver de qué manera se puede ajustar el método Montessori a las diferentes dificultades que suelen presentar los niños con TDAH.

- Relacionadas con la falta de autocontrol y la impulsividad.
- Se levantan con frecuencia.
- Molestan o interrumpen a los compañeros.
- Corre por el centro escolar.
- No termina la tarea propuesta.
- Presentan dificultades a la hora de consolidar aprendizajes que sean más teóricos que experimentales.
- Relacionadas con la atención y la memoria de trabajo.
- Parece no escuchar.
- Problemas para mantener la atención.
- Distracción.
- Errores académicos por falta de atención.
- Dificultad para consolidar aprendizajes.
- Relacionadas con la tolerancia a la frustración y el deseo de reconocimiento.
- Temor al fracaso.
- Dependencia emocional.
- Dificultad para automotivarse.
- Dificultad para analizar los propios sentimientos.
- Relacionadas con la capacidad organizativa y de la planificación.
- Olvida tareas, material escolar y fechas de exámenes.
- Desorganización de su mesa.
- No respeta márgenes y espacios.
- Olvida preguntas en los exámenes.
- Pobres habilidades organizativas.
- Relacionadas con los compañeros.
- Se enfadan debido a la baja tolerancia a la frustración.
- Dificultad para acatar normas.

2.2.9.8 CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO MONTESSORI (Cadah, 2011)

Este método como bien se manifiesta anteriormente es una nueva técnica el cual nos ayudará en mejorar el comportamiento del niño, mediante actividades nuevas que hacen que el niño o la niña se adapten a los nuevos roles sociales, ya sean dentro o fuera de casa y de la escuela. Por esta razón se da las características que hacen de este método algo novedoso y práctico.

En primer lugar el ambiente debe ser acorde a las características físicas del niño y estar apto para la motivación y realización de actividades de desarrollo. Es decir que el mobiliario, sea adecuado a la estatura del niño y en cual él pueda ir adquiriendo independencia de forma gradual.

También apoya el sentido de que con “el orden externo” se forma el “orden interno” por esta razón todos los material tienen su lugar y orden específicos y debe ser vuelto a su lugar después de haberlo ocupado, de esta manera se va fomentando el orden y va generando responsabilidades cotidianamente.

En el método Montessori, habitualmente el trabajo se realiza en el suelo, lo cual nos da lugar al movimiento involuntario de los niños con TDAH, esto va a generar un trabajo diferente sin competencias entre pares lo cual reduce la ansiedad, las explicaciones de las tareas son cortas y el guía emplea en ellas el material manipulativo, por lo que el niño está “obligado” a mantener el contacto visual con lo que se reducen los estímulos de distracción.

No hay amenaza por terminar rápido las tareas y no siente esa presión respecto a sus compañeros, poco a poco va ganando agilidad en la ejecución de las tareas con lo que va mejorando sus tiempos y reduciendo los errores.

En sí, el objetivo de todo esto es que los niños vayan desarrollando poco a poco sus habilidades que les van a ir generando seguridad y confianza en sí mismos para que así se formen como niños más autónomos e independientes, lo que va de la mano el ser objetivos y empáticos con el medio en el que viven.

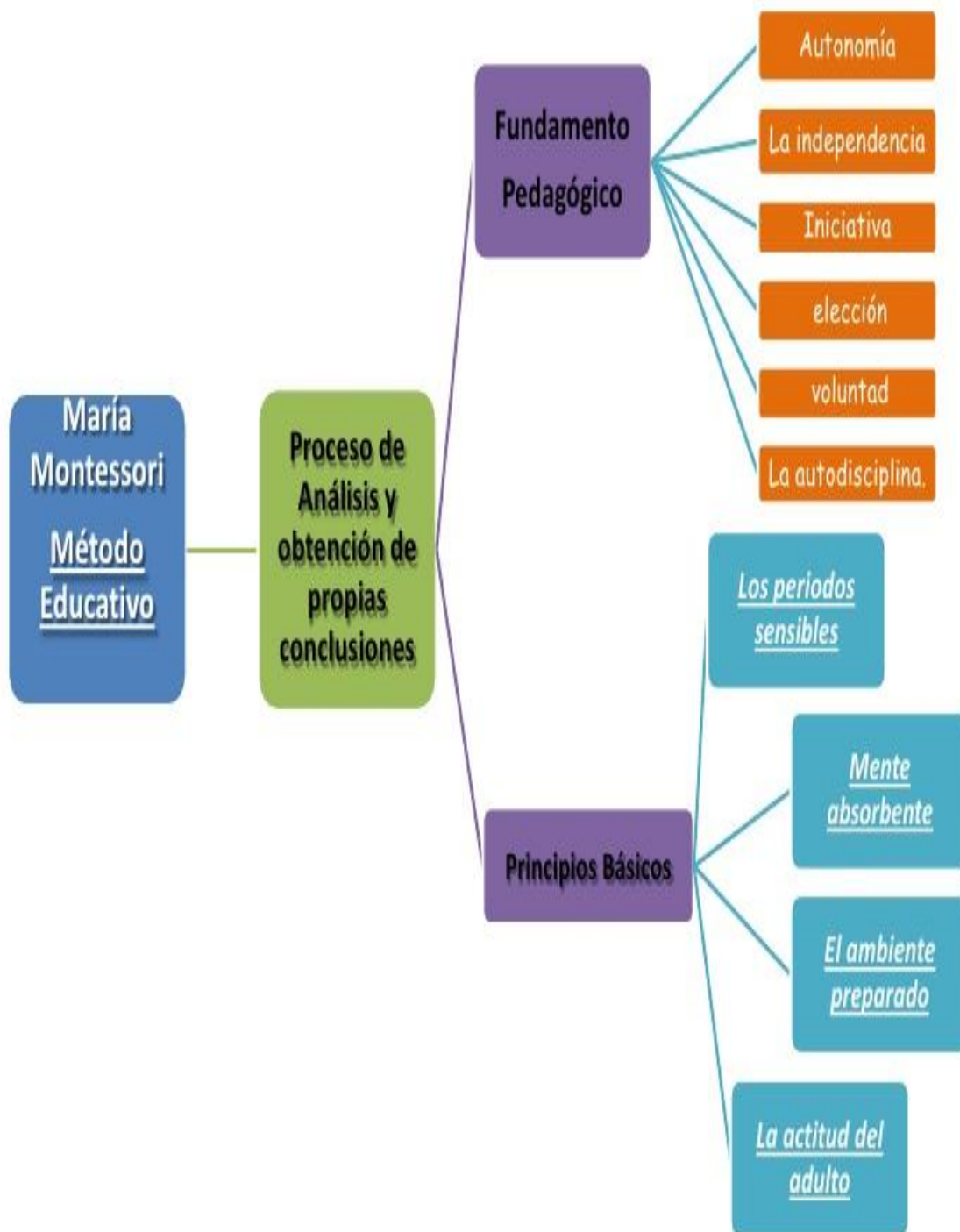


Gráfico No. 1 Método Montessori
Fuente: www.google.com.ec/metodo-montessori/ imágenes

2.2.9.9 DIFICULTADES ACADÉMICAS DE LOS NIÑOS CON TDAH EN LA ESCOLARIZACIÓN.

Tomado de (Cadah, 2011) Los alumnos con dicho trastorno pueden experimentar a lo largo de su escolarización diferentes dificultades académicas, lo que puede generar en retrasos significativos en su aprendizaje aunque su capacidad y nivel cognitivo sean normales.

En términos generales, las dificultades académicas que puede presentar un alumno con TDAH se las puede resumir en los siguientes apartados:

- Dificultades para la planificación del tiempo, tanto a nivel escolar, social y familiar.
- Dificultades para la organización: de su material escolar, de tareas o trabajos, etc.
- Presentan inhibición respecto a los estímulos irrelevantes para la tarea que están desarrollando en un momento determinado.
- Precipitación en la tarea a realizar.
- Memorización fallida debido a una lectura precipitada.
- Mala reflexión y casi inexistente repaso de las tareas.
- Falta de estrategias para organizar la información.
- Dificultades para seguir las instrucciones del profesor.
- Dificultad para mantener el nivel de atención en aceptable, sobre todo en tareas de larga duración.

Toda esta clase de dificultades que se presentan en el aspecto académico van a interferir en áreas determinadas como son el cálculo, la lectura o la escritura, lo que puede desencadenar en Trastornos de Aprendizaje (Discalculia, Disgrafía, Disortografía y otros relacionados a la lectura).

Claramente van a existir diferencias en cuanto a las dificultades que presentan estos niños con TDAH, no son las mismas en todas las fases de la escolarización, por lo que se describe a continuación las principales en cada etapa educativa.

- Educación Infantil: en los niños con TDAH en preescolar en relación al resto de sus compañeros sin TDAH una de las diferencias es el juego, ya que presentan un juego más inmaduro, menos social y constructivo, uso más monótono de los materiales, no suele cooperar con sus compañeros de grupo y su comunicación es de una manera muy disminuida. Se recomienda actualmente una pronta intervención sobre los síntomas que presentan los niños con TDAH. Aun así, no hay que olvidar que en algunos casos hay niños que son tachados de hiperactivos cuando no presentan más que el normal movimiento asociado a su edad (Campbel y col, 1984).
- Educación Primaria: conforme los niños crecen, también lo hacen sus dificultades y aspectos negativos que prevalecen durante el ámbito académico y sobre sus comportamientos. Es esta etapa donde se ponen en más evidencia la incapacidad de los niños con TDAH que les imposibilita a enfrentarse a los retos que se les presenta a nivel educativo. En esta etapa ya se puede distinguir claramente entre los alumnos que son hiperactivos y en los que predomina el déficit de atención, ya que sus características son más notorias, también es notoria dificultad que presentan los alumnos en cuanto a su memoria, a pesar de tener un buen coeficiente, no logran alcanzar los aprendizajes propuestos para el año lectivo que cursan. Por lo general son muy desorganizados tanto en material como su espacio, tiempo, no se adaptan de manera general a las ordenes grupales; el problema que tiene la mayoría de docentes es que tratan de buscar la atención constante, volviéndose en ocasiones algo desesperante y no saben cómo actuar con el alumno.
- Educación Secundaria: aquí son más numerosos los cambios que se presentan, ya que por ser una etapa difícil para los alumnos, por su transición de la niñez a la adolescencia, el hecho de que pueden ir a un centro escolar nuevo donde hay nuevas personas, mayor número de docentes que van a dictar diferentes asignaturas e incluido todo el grupo social que lo envuelve (rector, vicerrector, inspectores, psicólogos, secretarias, médico, odontólogo, etc.) hace que requiera de una mayor atención tanto de los docentes como de padres de familia, para que su cambio o transición sea lo más positiva posible

y por ende su adaptación sea más satisfactoria. Tomado de (Martínez, 2012)

2.2.10 COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DE UN NIÑO HIPERACTIVO

Como es visto y necesariamente que la familia y la escuela deben siempre compartir planteamientos y trabajar en la misma dirección, los padres siempre deben estar atentos a los comportamientos que tienen sus hijos en la escuela, que hace, como se relaciona y a que dedica su tiempo. Los docentes deben conocer que cada niño también es diferente y que son producto de un entorno familiar específico, que tiene rutinas, costumbres y hábitos que son propios e intransferibles y que sus familias no son iguales.

Entre las funciones de los docentes y más aún del tutor, siempre acompañados de los profesionales de los DECE, es asegurarse de que la familia y la escuela se mantengan coordinadas en cuanto a la educación de sus hijos. La mejor manera de hacer que se relacionen es favorecer la participación e implicación de los padres, es muy común que los docentes encuentren muchas dificultades en el trabajo con sus alumnos los cuales se pueden resolver siempre y cuando exista la colaboración de los principales implicados como es la familia.

Comúnmente los padres reciben la orientación por parte de los docentes y los responsables de los DECE a través de un trabajo mancomunado y se la realiza a través de las entrevistas familiares, en donde se reúnen los padres, el profesorado y el psicólogo u orientador vocacional, esta entrevista debe buscar objetivos claros entre la familia y los docentes para tener como meta la búsqueda conjunta de soluciones.

Durante los intercambios de información con los padres (ya se trate de entrevistas personales, informes escritos, comunicaciones telefónicas, etc.), el docente debe seguir una serie de reglas básicas (Sáinz Gutiérrez, 2011.)

Para todo esto es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Cuidar las condiciones ambientales: es importante tomar en cuenta muchos aspectos, como es el horario de las familias, ya que la mayoría de

ellas trabajan, el lugar debe ser acogedor, cómodo y apropiado, la hora y el día deben ser anticipados con anterioridad para poder organizarse.

- b) Contar con la presencia de los padres: es totalmente importante que los dos progenitores estén presentes, ya que como es de costumbre los padres son los que mayormente se ausentan y las que toman toda la responsabilidad son las madres, de esta manera los padres pierden un tiempo importante al conocer cómo está el desarrollo de su hijo y por ende rompiendo ese vínculo y ese recurso de figura paterna. Para los niños y niñas con TDAH es importante que vean que sus padres forman un buen equipo, que se encuentran totalmente unidos y trabajan en conjunto que es lo más importante.
- c) Facilitar un ambiente de tranquilidad: es aquí donde la familia tiene la oportunidad de hablar, dialogar sin temor alguno, dejando de lado la culpa y al contrario potenciar lo mejor de cada uno de ellos. El tutor o el orientador debe ser empático para fomentar la interacción.
- d) Respetar la privacidad: es necesario guardar discreción en cuanto a la vida de pareja, no tiene ningún sentido inmiscuirse en la vida privada ya que no aportan en realidad ninguna información significativa para la educación de los niños.
- e) Buen Comunicador: Los docentes deben ser el modelo adecuado como un buen comunicador, siempre se debe evitar las conjeturas, simplificaciones, se debe tomar en cuenta que para los padres los hijos son muy importantes y por este motivo cualquier palabra, juicio o dato relacionado con ellos va a ser fundamental, se debe tomar en cuenta los comentarios, las apreciaciones que se puedan emitir de manera negativa hacia ellas. El tono que se debe ocupar debe ser adecuado para que el ambiente sea tranquilo y la comunicación fluya de manera que ambas partes se puedan beneficiar al momento de dar aportaciones. Previo a esto los profesores deberán prepararse para establecer un diálogo en el que los padres se sientan escuchados y puedan emitir sus dudas y que el docente sea quien

de manera segura les responda.

También es necesario que se desarrolle ciertas habilidades como la escucha, liberarse de prejuicios, valorar los intentos de cambios, no culpabilizar.

- f) Los tecnicismos: evitar el formalismo sería lo más adecuado, para evitar el distanciamiento entre padres y profesores, ya que si se utiliza un lenguaje técnico en ocasiones no se puede llegar a una conclusión adecuada y que pueda favorecer a una comprensión mutua.
- g) La situación familiar: siempre hay que estar atentos a las dificultades que la vida familiar conlleva, ya que esta debe afrontar estrés, crisis, cambios que influyen en cada uno de sus miembros.
- h) Evitar las comparaciones y ser positivos: Es necesario evitar las comparaciones que pueden surgir con otros niños, al contrario el profesorado debe transmitir tranquilidad, aumentar los pensamientos y conductas positivas encaminándolas de mejor manera, e inclusive dentro de la familia evitar de manera posible comparar con sus hermanos, primos, etc.

2.2.11 COMPETENCIA TECNOLÓGICA EN ALUMNOS CON TDAH

Según Rose y Meyer (2002) señalan que los medios digitales son elementos clave para favorecer el proceso de enseñanza aprendizaje debido a su flexibilidad (en Zubillaga, 2005). Los alumnos con TDAH muestran una gran variabilidad en los ritmos de trabajo y concentración a causa de diversos factores (cansancio acumulado, estímulos distractores, escasa motivación, frustración) que los profesores deben tener en cuenta para impartir las clases. Por tanto, la utilización de los medios digitales en los casos de TDAH les beneficia porque la flexibilidad va a permitir que los profesores puedan adecuar la práctica educativa a sus ritmos de trabajo y concentración. (Santurde del Arco, 2011)

Como es sabido los alumnos con TDAH encuentran grandes dificultades

para concentrarse en el aula y poder mantener la atención ante las tareas que tienen que desarrollar. La utilización del computador va a conseguir mejoras en el rendimiento de los alumnos ya que proporciona diversos estímulos que van a captar su atención y le ayudan a no distraerse.

Otra característica de los alumnos con TDAH es la impulsividad. La utilización del ordenador por medio de reforzadores basado en los criterios de tiempo extra y economía de fichas pueden ayudarles a la reducción de su impulsividad. (Cadah, 2011)

El profesor también puede utilizar un software que les de indicaciones o instrucciones de manera auditiva y visual para que estos puedan realizar actividades, existen programas que ayudan con la evaluación de los progresos de los alumnos.

Son muchos los beneficios que puede aportar en el trabajo que se realiza en el aula. Pasamos a destacarlos a continuación:

- En la corrección de los escritos del alumno. Es habitual que no recuerden la escritura correcta de las palabras debido a su déficit en la memoria secuencial auditiva y visual. Con la ayuda del computador pueden observarlo visualmente, lo cual le va a facilitar la retención de la escritura correcta. Los alumnos cometen muchos errores ortográficos, pero no pueden saber cuáles han sido hasta que el profesor no le entrega el escrito corregido. Con la utilización de este recurso didáctico el alumno podría disponer de un constante feedback en el instante en el que escribe la palabra. Le proporcionará a su vez una mayor seguridad para enfrentarse a sus limitaciones.
- En la presentación de sus escritos. Porque tienen dificultades para escribir los escritos con orden y limpieza. La claridad de la información le va a facilitar retener visualmente la información y posteriormente recordar la información en los exámenes. La realización de esquemas, puesto que te

proporciona la posibilidad de utilizar plantillas específicas. Lo cual le va a suponer menor cansancio en la ejecución.

No solamente debemos centrarnos en los beneficios de la utilización de los recurso materiales que nos brindan las nuevas tecnologías, a su vez podemos analizar cómo podemos eliminar las clases expositivas y desarrollar metodologías más activas en el aula .Estas metodologías aportan motivación y flexibilidad.

En el caso de los sujetos con TDAH la motivación primordial para que se pueda producir un rendimiento óptimo. Además, la flexibilidad se constata porque el grupo que realiza la actividad adquiere el ritmo que necesita en cada momento.

Se debe buscar programas que tengan gráficos atractivos, con actividades lúdicas para evitar la monotonía, pero evitando cierta clase de animaciones para evitar que se distraiga, que no inciten al movimiento y se concentren en las actividades y responsabilidades que les corresponda.

2.2.12 TDAH COMO TRASTORNO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Según el Dr. Barkley (Barkley, 1999 - 2002) el TDAH es un fallo en el sistema ejecutivo del cerebro y por lo tanto un trastorno de las capacidades ejecutivas de éste y más concretamente un fallo en su sistema de inhibición. Este fallo en la inhibición afecta a cuatro capacidades ejecutivas:

- **Capacidad visual:** mirar hacia atrás y ver o rescatar información visual de acciones pasadas y sus consecuencias.
- **Lenguaje interno:** voz en nuestro cerebro que nos permite hablarnos a nosotros mismos.
- **Capacidad emocional:** controlar las emociones, ajustarlas y moderarlas, lo que les hace no tener control de las frustraciones y de las emociones
- **La Capacidad de innovación** dirigida a un objetivo, planificar una respuesta y elegir la más conveniente, enfrentarnos a problemas, planear nuestra vida y pensar en el futuro.

Barkley 1990 apunta a que el TDAH retrasa el Lenguaje interno, que el cerebro de los afectados madura y crece de entre 2 y 3 años de retraso y su capacidad funcional es inferior a lo normal.

Esto hace encontrarnos que niños con TDAH no consiguen inhibir a los 5 años, que a los 7 no se hablen a sí mismos, a los 9 no puedan aún controlar sus emociones y que a los 12 años no consiguen planificarse.

Esto les hace ser impulsivos, y su falta de capacidad visual les hace no cooperar, no compartir, no interactuar en grupo, no imitar y no tener sentido del tiempo.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la investigación

En este capítulo se describirá la manera en que se llevó a cabo la investigación, donde el proceso inicia con la búsqueda de información, recolección de datos y finalmente con la interpretación de los datos arrojados.

La metodología tiene un enfoque: descriptivo cuantitativo.

La metodología descriptiva facilitara la recolección de datos mediante la exposición de datos, con la que se busca especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

Por otro lado, la presente investigación es cuantitativa, ya que mediante la utilización de encuestas realizadas a padres de familia y docentes de la Institución Educativa como muestra cuidadosamente seleccionada se pretende descubrir sistemáticamente el desarrollo de las actividades que la Escuela Sucre N°1 de la ciudad de Tulcán realiza para la Inclusión de los Estudiantes con TDAH, como bien lo dice Hernández, Fernández & Baptista “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”, por lo tanto el interés de esta investigación es representar cómo la comunidad educativa realiza el proceso de inclusión a través de las diferentes dimensiones de la gestión escolar de los estudiantes con TDAH. (Hernandez, 2006)

Este estudio permite dar cuenta de que a pesar de las existentes ayudas y decretos que existen en el país, aún hay falencias, vacíos respecto a cómo los docentes trabajan, actúan, ayudan y colaboran en el aprendizaje diario de estos estudiante en Tulcán en la Escuela Sucre N°1, específicamente la muestra

aunque no es grande en relación con otros trastornos, se presenta la exclusión de estos niños.

3.2 Técnicas definición

- **Encuesta:** es una técnica basada en entrevistas, a un número considerable de personas, utilizando cuestionarios, que mediante preguntas, efectuadas en forma personal, telefónica o correo, permiten indagar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos, y calidad de vida, situación ocupacional, cultural dentro de una comunidad. **(DeConceptos.com, 2015)**
- **Observación:** se utilizó la observación Directa, la cual es una técnica de recogida de información en la que el observados se pone en contacto directo y personalmente con el fenómeno a observar. De esta forma se obtiene información de primera mano, y también se utilizó la observación indirecta la cual supone la recogida de información de datos proporcionada por otros sujetos. Puede tratarse de información que no puede ser observada directamente o que resultaría muy costosa realizar, como rutinas personales. **(Significados.com, 2013 - 2015)**
- **Entrevista libre:** es una charla de carácter informal, que permite la obtención de datos subjetivos acerca de la persona que se necesita la información. **(Significados.com, 2013 - 2015)**

3.3 Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó 2 instrumentos:

- Cuestionario para docentes que recoge información acerca de la gestión directiva que se despliegan dentro de la institución educativa para la inclusión de estudiantes con discapacidad en general, especialmente de la inclusión de los estudiantes con TDAH (Anexo 1)

- Cuestionario para padres cuyo propósito fue evaluar el conocimiento que tienen sobre gestión directiva para la inclusión de estudiantes con discapacidad en general, especialmente de la inclusión de los estudiantes con TDAH (Anexo 2)

Estos cuestionarios tienen descriptores, que se valoran en una escala de Likert, la cual sugiere las claves y consejos a tomar en cuenta al momento de evaluar siempre, casi siempre, algunas veces, no sé y no se hace.

3.4 Población y muestra.

Esta investigación utilizó datos generales en relación a todos los Estudiantes de la Escuela Sucre N°1 de la ciudad de Tulcán con una cantidad de 1100 estudiantes desde Primero de Básica hasta 10 de Básica, como población universo.

Ya que el estudio se lo va a realizar con estudiantes comprendidos entre los 7 y 10 años de edad, equivalente a los años escolares de Segundo a Quinto de Básica, se obtuvo el siguiente dato.

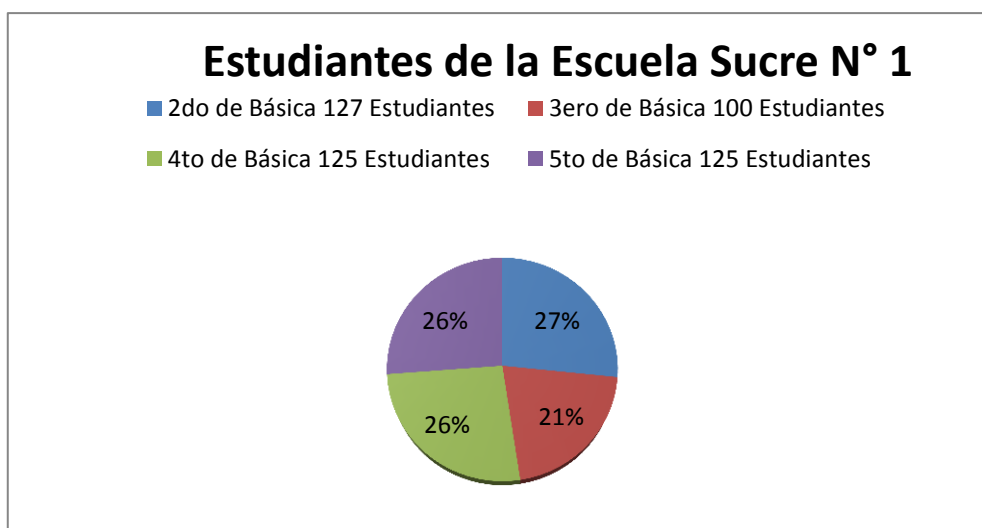


Gráfico N° 2: Estudiantes de la escuela sucre N°1 de 2do a 5tos años de básica
 Fuente: datos de distrito de educación zonal 1 San Pedro de Huaca Tulcán
 Elaborado por: Calán, J; 2015

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta los datos ingresados al Distrito al momento de matrículas escolares del año lectivo 2014 – 2015. Para definir la muestra se definieron criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Niños matriculados Escuela Sucre N°1 de la ciudad de Tulcán en el período académico 2014-2015
- Niños de 2dos a 5tos años de básica
- Niños con diagnóstico de TDAH

Criterios de exclusión:

- Niños no matriculados Escuela Sucre N°1 de la ciudad de Tulcán en el período académico 2014-2015
- Niños de 1ros, 6tos , 7mos, 8vos, 9nos y 10mos años de básica
- Niños sin diagnóstico de TDAH

Por tanto, la muestra de estudiantes y docentes que cumplen los criterios de inclusión se redujo a 5; y el número de docentes que trabajan con esos niños fueron 16. Adicionalmente, se valoró importante aplicar la encuesta a los padres de familia de los niños del estudio y otros, en muestreo aleatorio intencional, para considerar su opinión sobre la gestión directiva pro inclusión de niños con TDAH.

3.5 Proceso de recolección de datos

Se realizó la aplicación de los cuestionarios a 16 docentes y 30 padres de familia indistintamente y se obtuvo la confiabilidad de los datos mediante el método de consistencia interna en el Alfa de Cronbach (1972), el cual “permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica”. Esto se lo hizo para evitar que el reducido número de casos ponga en riesgo la investigación.

3.6 Procedimiento de análisis de información

El procedimiento de análisis fue en base a los datos obtenidos de las encuestas que se tomó indistintamente a padres de familia docentes de la Escuela Sucre N° 1 de la ciudad de Tulcán, haciendo un proceso de revisión y calificación correspondiente, también con todos los datos obtenidos de fuente directa como son las historias psicológicas que permanecen en los archivos del DECE de la Institución

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La información abajo detallada se refiere a la población universo con el fin de conocer la cantidad de niños y niñas que conforman los Segundos, Terceros, Cuartos y Quintos años de Educación Básica General, incluidos en esta lista los niños y niñas con TDAH.

Tabla N°2: Total de estudiantes de 2do a 5to EBG con TDAH

| SEGUNDOS AÑOS BÁSICOS | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| PARALELOS | NIÑOS | NIÑAS | NIÑOS CON TDAH | NIÑAS CON TDAH | TOTAL |
| A | 16 | 15 | 1 | | 32 |
| B | 14 | 17 | | | 31 |
| C | 15 | 17 | | | 32 |
| D | 12 | 20 | | | 32 |
| TOTAL | 57 | 69 | 1 | | 127 |
| TERCEROS AÑOS BÁSICOS | | | | | |
| PARALELOS | NIÑOS | NIÑAS | NIÑOS CON TDAH | NIÑAS CON TDAH | TOTAL |
| A | 14 | 9 | | | 23 |
| B | 17 | 8 | | | 25 |
| C | 15 | 12 | | | 27 |
| D | 8 | 17 | | | 25 |
| TOTAL | 54 | 46 | | | 100 |
| CUARTOS AÑOS BÁSICOS | | | | | |
| PARALELOS | NIÑOS | NIÑAS | NIÑOS CON TDAH | NIÑAS CON TDAH | TOTAL |
| A | 14 | 14 | | | 28 |
| B | 15 | 13 | | | 28 |
| C | 12 | 12 | 1 | | 25 |
| D | 12 | 17 | | | 29 |
| TOTAL | 53 | 56 | 1 | | 110 |
| QUINTOS AÑOS BÁSICOS | | | | | |
| PARALELOS | NIÑOS | NIÑAS | NIÑOS CON TDAH | NIÑAS CON TDAH | TOTAL |
| A | 14 | 14 | 1 | | 29 |
| B | 15 | 13 | | 1 | 29 |
| C | 16 | 13 | 1 | | 30 |
| D | 20 | 17 | | | 37 |
| TOTAL | 65 | 57 | 2 | 1 | 125 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

4.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO A QUINTO DE BÁSICA

De los 462 estudiantes investigados correspondientes a los años de Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto de Básica, solo 5 tienen estudiantes con TDAH, entre los cuales 4 son niños y 1 una niña los cuales corresponden a Segundos, Cuartos y Quintos de EBG, y en los Terceros de EBG no se encontró niños con TDAH

Tabla N°3: Total de niños y niñas de segundo a quinto de básica

| Nivel | Total estudiantes | Niños | Niñas | Niños con Tdah | % niños total | Niñas con TDAH | % niñas total | Total |
|----------|-------------------|-------|-------|----------------|---------------|----------------|---------------|-------|
| SEGUNDOS | 127 | 57 | 69 | 1 | 45,66 | | 54,33 | 100 |
| TERCEROS | 100 | 54 | 46 | | 54 | | 46 | 100 |
| CUARTOS | 110 | 53 | 56 | 1 | 49,09 | | 50,90 | 100 |
| QUINTOS | 125 | 65 | 57 | 2 | 53,6 | 1 | 45,6 | 99,2 |
| TOTAL | 462 | 229 | 228 | 4 | | | | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

De la totalidad de estudiantes (462), 5 estudiantes son diagnosticados con hiperactividad que equivale al 1.08%, incluyen también estudiantes regulares es decir que no son estudiantes con TDAH y que corresponde al 46.2 %. Así la distribución es de la siguiente manera en segundos años hay 127 estudiantes de los cuales 58 son niños lo que equivale al 45.7 % y 69 niñas equivale al 54.3 %.

En tercer año tenemos un total de 100 estudiantes de los cuales 54 son niños lo que equivale al 54 % y 46 niñas lo que equivale al 46%. En cuarto año tenemos un total de 110 estudiantes de los cuales 54 son niño y equivale al 49.09% y 56 niñas que equivale al 50.90 %. En quinto año tenemos un total de 125 estudiantes de los cuales 67 son niños y equivale al 53.6% y 58 niñas que equivale al 45.6 %.

4.2 ESTUDIANTES DIAGNOSTICADOS CON TDAH DE SEGUNDOS QUINTOS AÑOS DE EBG.

De los 462 estudiantes, solo 5 Estudiantes son diagnosticados con TDAH están incluidos, 4 niños y 1 niña con, representando el % 1.08. El siguiente cuadro mostrará el porcentaje por paralelos de acuerdo a la cantidad de estudiantes.

Tabla N°4: Estudiantes Diagnosticados con TDAH

| | TOTAL ESTUDIANTES | NIÑOS CON TDAH | % NIÑOS TOTAL | NIÑAS CON TDAH | % NIÑAS TOTAL | TOTAL |
|----------|-------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|--------|
| SEGUNDOS | 127 | 1 | 0,78 | | | 0,787 |
| TERCEROS | 100 | | | | | |
| CUARTOS | 110 | 1 | 0,90 | | | 0,9091 |
| QUINTOS | 125 | 2 | 1,6 | 1 | 0,8 | 2,4 |
| TOTAL | 462 | 4 | 3.29 | | 0.8 | 4.3 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

4.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CON TDAH.

En la escuela que se investigó con un total de 1100 estudiantes, de los cuales se tomó a los estudiantes de segundo a quinto año de básica se encontró 5 Estudiantes con TDAH y que corresponde al 1.08 %; 3.29% niños y 0,8 % niñas. La cual se las representará en el siguiente gráfico.

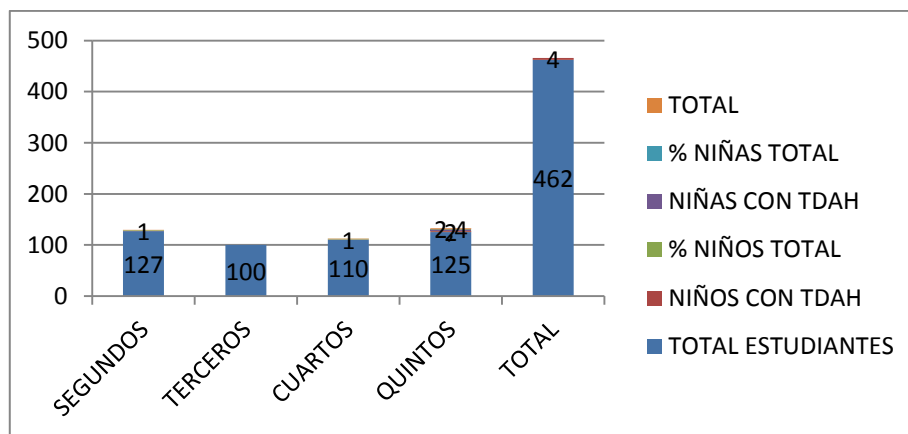


Gráfico N°2: Descripción de Estudiantes con TDAH
Elaborado por: Calán, J., 2015

4.4 ESTUDIANTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y NEUROLÓGICO

De los 462 estudiantes, solo 5 Estudiantes son diagnosticados con TDAH están incluidos, 4 niños y 1 niña, representando el % 1.08. La información obtenida fue mediante observación directa con el estudiante, ya que se pudo comprobar mediante asistencia a clases en donde se realizó un trabajo directo con ellos. Y también mediante una búsqueda de fuente directa en los archivos del DECE,

El siguiente cuadro mostrará el porcentaje de estudiantes que están asistiendo a tratamiento psicológico y neurológico. Se dará a conocer en el siguiente cuadro.

Tabla N° 5: Estudiantes con TDAH y Trastornos de Aprendizaje

| | SEGUNDOS | TERCEROS | CUARTOS | QUINTOS |
|-----------------------|----------|----------|---------|---------|
| DISLEXIA | X | | X | X |
| DISCALCULIA | | | X | X |
| DISORTROGRAFIA | | | | X |

Elaborado por: Calán, J., 2015

En el cual nos indica que los niños con TDAH tienden a poseer un trastorno de aprendizaje como son: Dislexia, Discalculia y Disortografía, siendo que el niño de Segundo año tiene Dislexia, el cual se encuentra en tratamiento psicológico y de psicorrehabilitación, el estudiante de cuarto año tiene Dislexia y Discalculia, al cual se le dificulta el área de Matemática, invirtiendo los números y haciendo de forma desordenada las operaciones básicas, este estudiante se encuentra en un proceso de rehabilitación con Psicología y en ocasiones sus padres le llevan al neurólogo.

Los 2 niños y 1 niña de quintos años poseen una discalculia marcada, teniendo dificultades en el área de matemática, poseen una dificultad en la lectura lo que les imposibilita tener una buena ortografía y por ende dislexia al momento de escribir y de leer, uno de los niños asiste a terapias psicológicas y tratamiento

con el neurólogo, mientras la niña asiste solo a tratamiento con el neurólogo, el otro niño no asiste a ninguna de las dos, ya que sus padres manifiestan que su situación económica no es buena debido a la falta de trabajo y por la presencia de más hermanos.

Toda esta información se logró obtener mediante una observación directa la cual dio a conocer estos datos, y por la obtención de fuente directa como se menciona anteriormente gracias a los archivos que posan en el Departamento de Consejería Estudiantil. (DECE) Aquí también se realizó la entrevista personal con los padres de familia para corroborar los datos de que los niños asisten a terapias y a tratamiento psicológico y neurológico.

Claramente se puede definir ciertas circunstancias que les imposibilita a los padres de familia asistir a terapias y tratamientos, ya que su posición económica no es tan favorable para que sus hijos asistan a los respectivos tratamientos.

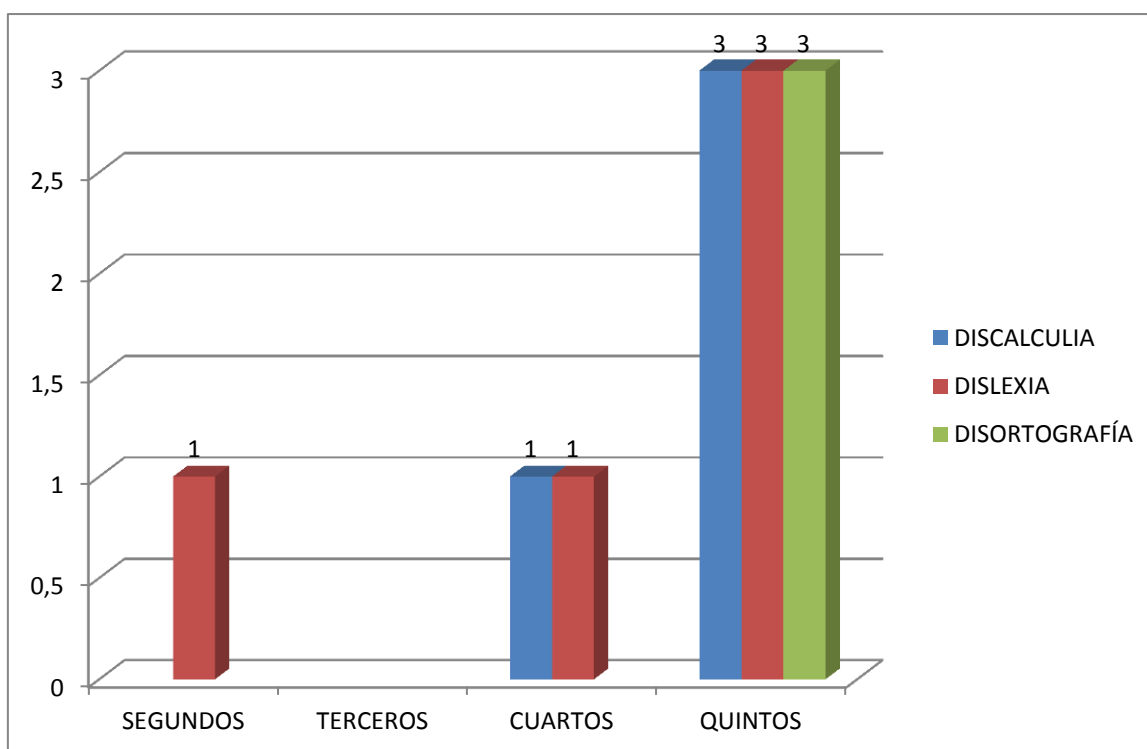


Gráfico N° 3 Niños y Niñas con TDAH asociados a un TEA
Elaborado por: Calán, J., 2015

4.5 ESTUDIANTES DIAGNOSTICADOS CON TDAH TIPO IMPULSIVO Y TIPO INATENTO

Como es sabido y se conoce, los niños con TDAH son de tipo impulsivo y de tipo inatento, por esa razón en esta investigación, de todos los niños que conformaron la investigación que corresponde a 462 estudiantes 5 de ellos tienen Hiperactividad. Y su clasificación la veremos en el siguiente cuadro.

Tabla N° 6: Niños con TDAH tipos: Impulsivo e Inatento

| PARALELO | TOTAL | NIÑO CON TDAH | NIÑA CON TDAH | IMPULSIVO | INATENTO |
|----------|---------|---------------|---------------|-----------|----------|
| SEGUNDO | 1 27 | 1 | | X | |
| TERCERO | 1 00 | 0 | | | |
| CUARTO | 1 10 | 1 | | X | |
| QUINTO | 1 25 | 2 | 1 | X | X |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Como se puede determinar en esta tabla se puede observar claramente que de los 4 niños y 1 niña con TDAH se puede decir que:

En segundo año hay un niño con un TDAH tipo impulsivo, en cuarto año un niño con un TDAH tipo impulsivo, en quinto año un niño con TDAH tipo impulsivo, en quinto año 2 niños y una niña de los cuales un niño con TDAH tipo impulsivo, la niña con un TDAH tipo inatento y el tercer niño con un TDAH tipo inatento.

En conclusión puedo decir que hay 3 niños con un TDAH tipo impulsivo y 2 niños con un TDAH tipo inatento

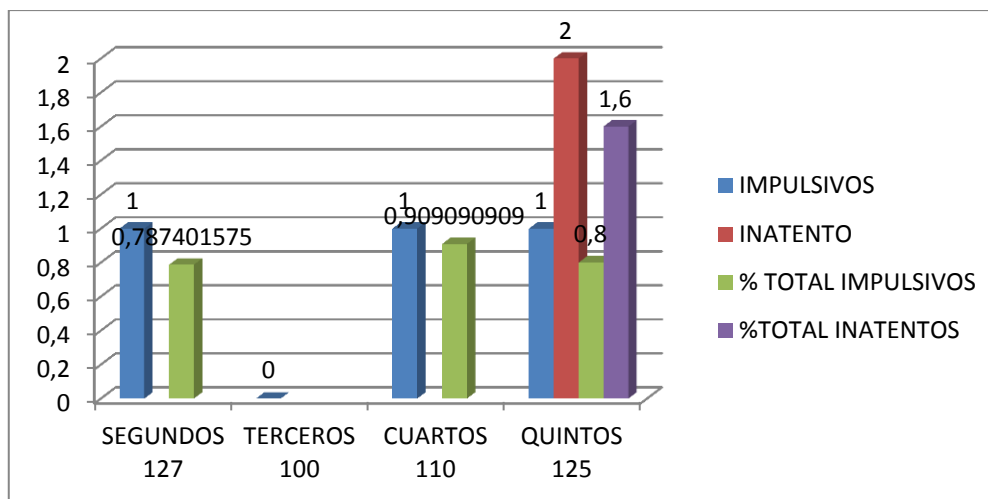


Gráfico No. 4 Niños con TDAH tipos: Impulsivo e Inatento
Elaborado por: Calán, J., 2015

Como podemos darnos cuenta en el siguiente cuadro de un total de 462 estudiantes son 5 niños con TDAH lo cual corresponde al 1.08%. Niños con un TDHA tipo impulsivo son 3 lo que equivale al 2.50% y el total de 2 (niño y niña) con un TDAH tipo inatento equivale al 1.6%.

4.6 CUESTIONARIO 1 – DOCENTES

4.6.1 GESTIÓN DIRECTIVA

Se aplica un cuestionario a los docentes que conforman los segundos, terceros, cuartos y quintos años de EBG, con un total de 16 docentes de 26 que conforman toda la escuela, lo que equivale al 61.53% del total.

El cuestionario se basa en respuestas de Siempre, Casi Siempre, A veces, No sé, No se hace, No contesta; con un total de 25 preguntas su representación se da a continuación en la siguiente tabla.

A continuación se presentan los resultados globales de la encuesta a docentes respecto a la gestión directiva

En el gráfico se puede observar que el 78.12 % contestan la alternativa siempre, el 8.17 % contestan casi siempre; el 3,88% algunas veces; el 5,36 % no

sé; el 2.38% responde no se hace y el 2.06% no contesta, arrojando la información de que la mayoría de los docentes tiene conocimientos sobre las obligaciones y responsabilidades del área directiva en cuanto a la gestión a realizarse para la inclusión de los Estudiantes con TEA en especial los estudiantes con TDAH.

Tabla N° 7: Tendencia de percepción de la gestión directiva por parte de los docentes

| CUESTIONARIO DOCENTE | TOTAL | PORCENTAJE |
|-----------------------------|--------------|-------------------|
| SIEMPRE | 2031,25 | 78,125 |
| CASI SIEMPRE | 212,5 | 8,17 |
| A VECES | 101 | 3,88 |
| NO SÉ | 139,5 | 5,36 |
| NO SE HACE | 62 | 2,38 |
| NO CONTESTA | 53,75 | 2,06 |
| PORCENTAJE TOTAL | 2600 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Al contestar siempre se está refiriendo a que los docentes tienen en cuenta las necesidades de los estudiantes con alguna clase de trastorno (Hiperactividad y también de Aprendizaje), saben sus funciones que tienen que cumplir a cabalidad.

Al contestar casi siempre y con un porcentaje de 8.17% se refiere a que los docentes cumplen su trabajo y conocen las necesidades de los estudiantes a medida que van adaptando los requerimientos de los alumnos, al responder a veces y con un porcentaje de 3.88% significa que son pocos los docentes que no realizan a satisfacción su trabajo.

En cuanto a las adaptaciones curriculares, el manejo de los estudiantes y como incluirlos dentro del grupo, al responder no sé y con un 5.36 % significa que en algunas veces el docente desconoce el cómo se maneja a estos estudiantes y como es el trabajo de ellos como tal, y con un 2.06 % los cuales no contestan ya que no pudieron haber entendido la pregunta.



Gráfico N° 5: Gestión directiva de Escuelas para atención a estudiantes con TEA
Elaborado por: Calán, J., 2015

A continuación se presentan por separado los resultados de la encuesta a docentes respecto a la gestión directiva

Tabla N° 8: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N°1: La institución educativa matricula a niños/as en edad escolar sin importar, condición socioeconómica, | | | PREGUNTA N°2: La institución educativa matricula a niños/as en edad escolar sin importar su condición de discapacidad | | |
|--|-------|------|--|-------|-------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 14 | 87,5 | Siempre | 10 | 62,5 |
| Casi siempre | 1 | 6,25 | Casi siempre | 1 | 6,25 |
| A veces | 1 | 6,25 | A veces | 2 | 12,5 |
| No sé | | | No sé | 3 | 18,75 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 9: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 3: La institución desarrolla actividades centradas en el respeto a la diferencia, al otro | | | PREGUNTA N°4: La institución desarrolla actividades que faciliten el aprendizaje de los estudiantes | | |
|--|-------|-------|--|-------|-----|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | TOTAL | % |
| Siempre | 11 | 68,75 | Siempre | 16 | 100 |
| Casi siempre | 1 | 6,25 | Casi siempre | | |
| A veces | 1 | 6,25 | A veces | | |
| No sé | 2 | 12,5 | No sé | | |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | 1 | 6,25 | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 10: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 5: La institución desarrolla actividades que faciliten la participación activa del estudiante | | | PREGUNTA N° 6: La institución desarrolla actividades que faciliten la convivencia de toda la comunidad educativa | | |
|--|-------|-------|---|-------|------|
| CUESTIONARIO DOCENTE | TOTAL | % | CUESTIONARIO DOCENTE | TOTAL | % |
| SIEMPRE | 13 | 81,25 | SIEMPRE | 14 | 87,5 |
| CASI SIEMPRE | 3 | 18,75 | CASI SIEMPRE | 1 | 6,25 |
| A VECES | | | A VECES | 1 | 6,25 |
| NO SÉ | | | NO SÉ | | |
| NO SE HACE | | | NO SE HACE | | |
| NO CONTESTA | | | NO CONTESTA | | |
| TOTAL | 16 | 100 | TOTAL | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 11: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 7: La institución toma en cuenta en su Proyecto Educativo Institucional la atención educativa a los estudiantes con discapacidad | | | PREGUNTA N° 8: La institución educativa satisface las necesidades de aprendizaje de los estudiantes con discapacidad | | |
|---|-------|-----|---|-------|-----|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 16 | 100 | Siempre | 16 | 100 |
| Casi siempre | | | Casi siempre | | |
| A veces | | | A veces | | |
| No sé | | | No sé | | |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 12: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 9: La institución educativa utiliza los resultados de la autoevaluación para realizar acciones de mejoramiento, tomando en cuenta la atención educativa a los estudiantes con discapacidad | | | PREGUNTA N° 10: El Consejo Ejecutivo de la institución establece las políticas de atención a los estudiantes con discapacidad | | |
|---|-------|------|--|-------|------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 14 | 87,5 | Siempre | 10 | 62,5 |
| Casi siempre | 1 | 6,25 | Casi siempre | 2 | 12,5 |
| A veces | 1 | 6,25 | A veces | 1 | 6,25 |
| No sé | | | No sé | 1 | 6,25 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | 2 | 12,5 |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 13: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 11: El Consejo Ejecutivo de la institución socializa las políticas de atención a los estudiantes con discapacidad. | | | PREGUNTA N° 12: El Consejo Ejecutivo de la institución exige el cumplimiento de las políticas de atención a los estudiantes con discapacidad | | |
|---|-------|------|---|-------|-------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 10 | 62,5 | Siempre | 13 | 81,25 |
| Casi siempre | 2 | 12,5 | Casi siempre | 3 | 18,75 |
| A veces | 1 | 6,25 | A veces | | |
| No sé | 1 | 6,25 | No sé | | |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | 2 | 12,5 | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 14: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 13: La Junta Académica de la institución orienta la implementación de modelos educativos que permitan el acceso al currículo de estudiantes con discapacidad | | | PREGUNTA N° 14: En la institución se desarrolla el proceso de evaluación y promoción flexible según las características del estudiante. | | |
|---|-------|------|--|-------|-----|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 14 | 87,5 | Siempre | 16 | 100 |
| Casi siempre | 2 | 12,5 | Casi siempre | | |
| A veces | | | A veces | | |
| No sé | | | No sé | | |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 15: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 15: En la institución educativa se realiza la elección del Consejo Estudiantil con la participación de todos los estudiantes sin discriminación alguna. | | | PREGUNTA N° 16: La institución educativa utiliza medios de comunicación accesible y comprensible para toda la comunidad educativa con el fin de dar a conocer sus procesos de gestión. | | |
|--|-------|-----|---|-------|-------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 16 | 100 | Siempre | 9 | 56,25 |
| Casi siempre | | | Casi siempre | | |
| A veces | | | A veces | | |
| No sé | | | No sé | 3 | 18,75 |
| No se hace | | | No se hace | 3 | 18,75 |
| No contesta | | | No contesta | 1 | 6,25 |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 16: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 17: La comunidad educativa colabora para facilitar el aprendizaje, la participación y la convivencia de todos. | | | PREGUNTA N° 18: La institución implementa políticas de reconocimiento y estímulos a los miembros de la comunidad educativa que lideren acciones innovadoras e incluyentes para la atención a los estudiantes con discapacidad. | | |
|---|-------|------|---|-------|------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 10 | 62,5 | Siempre | | |
| Casi siempre | | | Casi siempre | | |
| A veces | 4 | 25 | A veces | | |
| No sé | 2 | 12,5 | No sé | 10 | 62,5 |
| No se hace | | | No se hace | 6 | 37,5 |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 17: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 19: La institución educativa prevé el acceso físico a todas sus instalaciones. | | | PREGUNTA N° 20: La institución educativa difunde y explica su misión y visión, funcionamiento y normas de convivencia a los estudiantes y familia | | |
|---|-------|-------|--|-------|------------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | Porcentaje |
| Siempre | 13 | 81,25 | Siempre | 16 | 100 |
| Casi siempre | 1 | 6,25 | Casi siempre | | |
| A veces | 2 | 12,5 | A veces | | |
| No sé | | | No sé | | |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 18: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

| PREGUNTA N° 21: En la institución educativa se orienta y promueve el respeto y valoración a los estudiantes con discapacidad. | | | PREGUNTA N° 22: Los estudiantes con discapacidad tienen la oportunidad de participar en actividades complementarias y extracurriculares que posibilitan el desarrollo de habilidades e intereses | | |
|--|-------|------|---|-------|------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 14 | 87,5 | Siempre | 12 | 75 |
| Casi siempre | 2 | 12,5 | Casi siempre | 2 | 12,5 |
| A veces | | | A veces | 2 | 12,5 |
| No sé | | | No sé | | |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 19: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA

| PREGUNTA N° 23: En la institución educativa los servicios complementarios de bienestar estudiantil se ofrecen a los estudiantes que más lo requieren | | | PREGUNTA N° 24: En la institución educativa se realiza la mediación de conflictos para solucionarlos. | | |
|---|-------|-----|--|-------|-------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario Docente | Total | % |
| Siempre | 16 | 100 | Siempre | 13 | 81,25 |
| Casi siempre | | | Casi siempre | 1 | 6,25 |
| A veces | | | A veces | 1 | 6,25 |
| No sé | | | No sé | 1 | 6,25 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 16 | 100 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N° 20: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA

| PREGUNTA N° 25: La institución educativa desarrolla estrategias para conocer el entorno familiar de los estudiantes con discapacidad a fin de apoyarlos en la eliminación de barreras para el aprendizaje. | | | PREGUNTA N° 26: La institución educativa intercambia recursos y servicios con otras instituciones para fortalecer el desarrollo de acciones inclusivas | | |
|---|-------|------|---|-------|------|
| Cuestionario docente | Total | % | Cuestionario docente | Total | % |
| Siempre | 15 | | Siempre | | |
| Casi siempre | 1 | 6,25 | Casi siempre | 10 | 62,5 |
| A veces | | | A veces | 2 | 12,5 |
| No sé | | | No sé | | |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | 4 | 25 |
| Total | 16 | 6,25 | Total | 16 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Como lo determinan las estas tablas se puede apreciar claramente que los docentes en su mayoría están al tanto de la situación de sus estudiantes que tienen una dificultad de aprendizaje a nivel general incluidos los estudiantes con Trastorno de Hiperactividad.

4.7 GESTIÓN DIRECTIVA PADRES DE FAMILIA.

Se realiza un cuestionario a padres de familia indistintamente con un total de 30 personas, el cual está conformado por 10 preguntas, las responden de la siguiente manera: siempre, casi siempre, a veces, no sé, no se hace, no contesta. El respectivo cuadro será de la siguiente manera.

Tabla N° 21: Gestión directiva de las escuelas para atención de estudiantes con TEA.

Padres de Familia

| CUESTIONARIO PADRES DE FAMILIA | | |
|--------------------------------|--------|--------|
| Siempre | 454 | 45,404 |
| Casi siempre | 240,2 | 24,02 |
| A veces | 150,3 | 15,03 |
| No sé | 119,96 | 11,996 |
| No se hace | 0 | 0 |
| No contesta | 35,5 | 3,55 |
| Porcentaje total | 999,96 | 100 |

Elaborada por: Calán, J; 2015

Lo que da como resultado que los padres de familia conocen como se realiza el trabajo dentro de la institución, para la inclusión académica de sus hijos y de los niños que tienen dificultades en el aprendizaje, indistintamente del tipo de trastorno o discapacidades. Así tenemos:

Que un 45.40% de padres respondieron siempre, 24.02% casi siempre, 15.03 % a veces, 11.99 % no sabe, un 0% no respondieron a no se hace, y un 3.55% no contesto a las preguntas

Tabla N22: Gestión directiva Padres de Familia

| PREGUNTA N° 1: Sabe Ud si la Institución Educativa recibe niños con NEE | | | PREGUNTA N° 2: La institución desarrolla actividades que tienen que ver con la inclusión | | |
|--|-------|------|---|-------|-----|
| Cuestionario padres de familia | Total | % | Cuestionario padres de familia | Total | % |
| Siempre | 15 | 50 | Siempre | 13 | 43 |
| Casi siempre | 8 | 26,7 | Casi siempre | 5 | 17 |
| A veces | 5 | 16,7 | A veces | 8 | 27 |
| No sé | 2 | 6,66 | No sé | 1 | 3,3 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 | Total | 30 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N 23: Gestión directiva Padres de Familia

| PREGUNTA N° 3: La institución realiza actividades pedagógicas para el beneficio de los estudiantes | | | PREGUNTA N° 4: La institución satisface los aprendizaje de los estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad | | |
|---|-------|-------|---|-------|-------|
| Cuestionario padres de familia | Total | % | Cuestionario padres de familia | Total | % |
| Siempre | 16 | 53,33 | Siempre | 16 | 53,33 |
| Casi siempre | 10 | 33,33 | Casi siempre | 8 | 26,66 |
| A veces | 4 | 13,33 | A veces | | |
| No sé | | | No sé | 6 | 20 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 30 | 100 | Total | 30 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N 24: Gestión directiva Padres de Familia

| PREGUNTA N° 5: La institución realiza reuniones periódicas con los padres de familia con el fin de manifestarles su desempeño | | | PREGUNTA N° 6: la institución educativa realiza adaptaciones curriculares para los estudiantes con NEE | | |
|---|-------|-------|--|-------|-------|
| Cuestionario padres de familia | Total | % | Cuestionario padres de familia | Total | % |
| Siempre | 28 | 93,33 | Siempre | 15 | 50 |
| Casi siempre | 2 | 6,66 | Casi siempre | 5 | 16,66 |
| A veces | | | A veces | 5 | 16,66 |
| No sé | | | No sé | 5 | 16,66 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 30 | 100 | Total | 30 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N25: Gestión directiva Padres de Familia

| PREGUNTA N° 7: La institución informa a los padres sobre los modelos educativos para estudiantes con discapacidad | | | PREGUNTA N° 8: La institución informa a los padres sobre el proceso de evaluación y promoción flexible según las características del estudiante. | | |
|---|-------|-------|--|-------|--------|
| Cuestionario padres de familia | Total | % | Cuestionario padres de familia | Total | % |
| Siempre | 20 | 66,66 | Siempre | | |
| Casi siempre | | | Casi siempre | 10 | 33,33 |
| A veces | | | A veces | 8 | 26,666 |
| No sé | 8 | 26,66 | No sé | 8 | 26,66 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | 2 | 6,66 | No contesta | 4 | 13,33 |
| Total | 30 | 100 | Total | 30 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

Tabla N26: Gestión directiva Padres de Familia

| PREGUNTA N° 9: Los profesores, padres de familia y estudiantes colaboran para facilitar el aprendizaje, la participación y la convivencia de todos. | | | PREGUNTA N° 10: En la institución educativa se realiza la mediación de conflictos para solucionarlos | | |
|---|-------|--------|--|-------|-------|
| Cuestionario padres de familia | Total | % | Cuestionario padres de familia | Total | % |
| Siempre | 12 | 40 | Siempre | 10 | 33,33 |
| Casi siempre | 10 | 33,33 | Casi siempre | 12 | 40 |
| A veces | 4 | 13,33 | A veces | 6 | 20 |
| No sé | 4 | 13,333 | No sé | 2 | 6,66 |
| No se hace | | | No se hace | | |
| No contesta | | | No contesta | | |
| Total | 30 | 100 | Total | 30 | 100 |

Elaborado por: Calán, J., 2015

4.8 ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN REALIZADA

En las la escuela se realizó también una observación para ver la manera de trato de los maestros hacia los niños, la motivación que ellos realizan con los estudiantes especialmente con los estudiantes con TDAH, sobre el espacio físico, la interacción entre los compañeros, como hacen y preparan sus clases, las adaptaciones que realizan al momento de una clase nueva y al momento de ser evaluados, etc.

Se pudo constatar que los docentes visitados que tienen estudiantes con TDAH, reciben apoyo terapéutico por parte del DECE el cual brinda atención no solo al docente, sino al estudiante y a su familia siendo ellos los principales beneficiarios.

Por otro lado en entrevista directa con los docentes se concluye que para la inclusión de este conglomerado encuentran dificultades en los siguientes puntos: apoyo de los padres de familia, ya que todos no colaboran de la manera en que ellos deberían estar inmersos frente a la problemática y necesidad de su hijo, el espacio físico, ya que las aulas son pequeñas y no cuentan con el material adecuado para realizar un trabajo perfecto, exceso de estudiantes en los grados

donde están estos niños, la ausencia de un espacio físico donde funcione el DECE y la falta de material en el mismo para que la Coordinadora realice un trabajo de psicorrehabilitación adecuado con estos estudiantes..

En cuanto a lo que se observó directamente se pudo comprobar lo siguiente: En general la actitud de los docentes frente a los estudiantes con TDAH fue un tanto complicada ya que a pesar de su aceptación existen vacíos con respecto a la elaboración de las adaptaciones curriculares que ellos deben realizar y el cómo poder trabajar con ellos sin dejar de despreocuparse por los otros estudiantes ya que esto genera malestar al resto de compañeros. Se dio el caso de que en los quintos de básica en un paralelo específicamente existía una mala distribución ya que existen dos niños con TDAH asociado a un trastorno de aprendizaje, incluidos también otros estudiantes que tienen dificultades en el aprendizaje, de esta manera negativamente indisponer al docente y a los estudiantes frente a las actividades escolares, debido a una mala distribución al inicio del año lectivo, y frente a las recomendaciones por parte del DECE hacia las autoridades los cuales están siempre alertas a esta clase de inconvenientes ocasionados. Se pudo constatar que de los 16 docentes que fueron entrevistados 4 de ellos fueron maestros en los años anteriores, por lo que conocen perfectamente cómo trabajan los estudiantes con TDAH y lo que se ha logrado investigar es que uno de ellos realizó un trabajo incompleto, ya que reconoce que no le prestó la atención necesaria y al final lo pasó de año con vacíos y buenas calificaciones. Los otros docentes que trabajaron directamente con los estudiantes con TDAH si motivaban a sus estudiantes con TDAH a la participación de las actividades escolares; incluyendo a que estos participen de manera directa en actividades de recreación, al momento de participar en una obra y como ayudante de clase, motivándolo a seguir adelante.

Se pudo observar que los niños de quinto año apoyan a sus compañeros con TDAH, mientras que en el resto de grados debido a la inmadurez de los niños regulares no les prestaban atención y simplemente pensaban que eran niños que les gusta jugar demasiado, mas no conocían directamente la necesidad que presentaba el estudiante con TDAH.

Conclusión: aunque la Escuela Sucre N°1 de la ciudad de Tulcán ha incluido a estudiantes con TDAH, se pudo constatar que la inclusión beneficia enormemente tanto al estudiante con TDAH como a sus compañeros ya que anteriormente estos niños eran olvidados y simplemente eran tachados de vagos, irresponsables, malcriados, dejados, actualmente existe una información tanto a nivel médico como psicológico hacia los docentes, en donde se logró sensibilizar a estos para que puedan realizar un trabajo adecuado y con el tiempo ir mejorando su rendimiento y sacando a flote sus aptitudes positivas para que estos sean entes tangibles para la sociedad.

4.9 DISCUSIÓN

A través de esta investigación, se puede inferir que la gestión directiva para la atención de los estudiantes con TDAH es de tipo regular, siendo esto reflejado por los instrumentos utilizados, encuestas, cuestionarios y las observaciones realizadas. Es muy evidente la falta de formación de la comunidad educativa en cuanto a este trastorno y en cuanto a la gestión escolar en las diferentes dimensiones para la inclusión de estos estudiantes, además se puede observar la brecha entre las leyes vigentes que favorecen la inclusión de estos estudiantes y la praxis de las mismas.

Según la investigación, se infiere que los docentes en relación a las diferentes funciones, reflejan lo siguiente:

Frente a la gestión directiva, los educadores tienen cierta formación sobre los procesos educativos a realizar para la inclusión de los estudiantes con TDAH no obstante el proceso de inclusión educativa no es el resultado en sí del estudiante en particular sino del esfuerzo colaborativo de toda una comunidad educativa, directores, educadores, padres de familia, etc.

También se logró llegar a que se puede prever dificultades en cuanto a ejecución de cierto trabajo mancomunado, es decir orientar, motivar, promover la calidad educativa, la implementación, apropiación de la visión institucional y la

articulación de los planes, programas y proyectos de la institución para la inclusión de los estudiantes con TDAH

Frente a la situación académica, la investigación expone múltiples déficits, se pudo observar que aun existen vacíos frente a como enseñar a estos niños, como trabajar su atención, su impulsividad, por esta razón es de mucha importancia para el logro del aprendizaje de los estudiantes y se potencialicen las capacidades de los niños, trabajar mancomunadamente con toda la comunidad educativa para realizar un buen trabajo y que estos estudiantes obtengan una educación de calidad.

Se puede observar que existe un compromiso para aprender a elaborar evaluaciones, planificaciones y las respectivas adaptaciones curriculares que estos niños necesitan para un buen trabajo escolar. Se ve un déficit en cuanto a la adaptación curricular a pesar de que existe ese compromiso y atiende las necesidades educativas de los estudiantes con TDAH, la aplicación de las estrategias pedagógicas, además de proveer los diferentes recursos apropiados para la inclusión de estos estudiantes.

Desde el punto de vista de la familia la inclusión educativa de los Estudiantes con TDAH y con TEA en general no se da totalmente por la falta de compromiso de todos para la inclusión, ellos notan que existen vacíos aun en algunas dimensiones como lo es la inclusión, algunos padres de familia al momento de realizar el cuestionario supieron manifestar que aún se dan los malos tratos a los estudiantes por parte de los docentes lo que genera un ambiente de sobra frente al trato que puedan recibir sus hijos. Por otro lado muestran que si hay una gestión directiva buena que los docentes si se preocupan por sus estudiantes

Finalmente y partiendo desde el punto de vista tanto de los docentes como de la familia, desde la gestión directiva y con la comunidad en general entra en un rango de regular, debido a muchos factores, se puede evidenciar la falta de formación en cuanto al TDAH y al cómo atender sus necesidades, falta de responsabilidad y corresponsabilidad, falta de trabajo en equipo en la tarea mancomunada para la inclusión de estos estudiantes. Todo esto me permite

inferir que los docentes y la escuela no está lo suficientemente preparada para la inclusión de los estudiantes con TDAH, generando la exclusión de estos niños del sistema regular. Por el motivo de que no se sabe que les espera para el año lectivo siguiente y posteriormente para la secundaria.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La razón de esta investigación fue la de analizar los procesos para la inclusión de los estudiantes con TDAH, el cómo los padres y docentes aceptan a estos niños y de cómo ellos se sienten en el campo escolar logrando muchos resultados. Primero, a través del uso de la literatura se recopiló la información necesaria para la mayor comprensión de sus necesidades, el conocimiento más a fondo de este Trastorno de Hiperactividad, para luego descubrir los beneficios de la inclusión a la escuela regular, conjuntamente con el análisis del proceso que se debe realizar y finalmente a través de la observación directa, descubrir la aplicación de las políticas inclusivas en cuanto a gestión directiva en sus diversas dimensiones en las escuelas.

Logrando las siguientes conclusiones derivados de la literatura. Ningún estudiante con TDAH son iguales entre sí, todos van a ser totalmente diferentes, pero la peculiaridad de este trastorno es que como lo expone el DSMV, todos presentan: déficits en la atención, concentración para realizar tareas, la falta de seriedad en sus trabajos, el despiste dentro y fuera de clase, y la comunicación que suele verse interrumpida en hora de clase por estos niños, la disrupción que suele haber en el ámbito escolar y familiar, ya que algunas ocasiones suelen verse rechazados por parte de sus compañeros, los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés o actividades

El proceso para la inclusión de un estudiante con TDAH a la escuela, juega un papel importante para facilitar la educación y ayudarles en sus necesidades. No es tarea de una persona, es de toda la comunidad educativa incluirles de manera positiva, generando en ellos actitudes y aptitudes positivas que vayan en bien de su desarrollo tanto académico.

A través de la inclusión educativa los estudiantes con TDAH lograrán muchos beneficios tanto en el aspecto académico y familiar, además sus compañeros serán beneficiados porque aprenderán a convivir con personas con NEE y a no verlos diferente para que no exista una segregación negativa hacia estos estudiantes.

De la investigación se logró los siguientes datos:

Que en la escuela Sucre N°1 de la Ciudad de Tulcán de los años básicos propuestos: segundos, terceros, cuartos y quintos, con un total de 462 estudiantes 5 de ellos tienen TDAH, siendo este en un porcentaje de 1.08% del total.

Respecto a la situación familiar también se llegó a la conclusión de que los padres de familia desconocen en cierta parte el protocolo de atención, brindado por la Institución Educativa hacia los estudiantes con TDAH y estudiantes con Discapacidades Físicas, Psicológicas,

La investigación muestra múltiples déficits en cuanto a la brecha existente entre las políticas y prácticas educativas siendo este una barrera para la inclusión de los estudiantes con TEA.

Partiendo de la visión de los docentes como de la familia, la escuela no está lo suficientemente preparada para incluir estudiantes con TDHA debido a la cantidad de estudiantes presentes en toda la comunidad educativa.

A través de la investigación se puede identificar la falta de formación de toda la comunidad educativa sobre este trastorno y sobre cómo atender las necesidades propias de este conglomerado social.

El TDAH se ubica en el niño, se rotula al niño, a pesar de que las características también son aplicables al entorno familiar, es decir, es un niño que en palabras de los padres no tiene límites, pero además existen padres que al interior del hogar no son capaces de sostener un cierto ordenamiento, de esta

forma, la autoridad no emerge y no se hace cargo de las inquietudes que pueden presentar estos niños.

En la actualidad, al interior de las escuelas, la cantidad de niños que están diagnosticados con TDAH es mayor, en relación a los años anteriores y que como tratamiento se contempla la implementación de medicina sugerida por los Neurólogos, esto por el simple hecho de ser inquieto, sin que en ningún momento se cuestionen las dificultades que desde la escuela y los profesores puedan existir para contener, educar y estimular al niño. De esta manera, se entiende que el niño, es el único actor responsable en el proceso de aprendizaje.

Dada las condiciones de vida actual, una cultura ligada a la inmediatez, sin un mayor involucramiento por parte de los padres a lo que sucede con sus hijos; niños que viven solos durante gran parte del día, padres con jornadas laborales extensas que hacen delegar los cuidados del niño en otros, dan cuenta de la manera en que estos niños son atendidos a diario por sus familias quienes son los principales autores del crecimiento a nivel social, educativo, y emocional.

5.2 Recomendaciones

Existen varios factores que contribuyen a la inclusión escolar de los estudiantes con TDHA y por ende mejorar la calidad de educación y la calidad de vida de este conglomerado. Las siguientes recomendaciones pueden ser útiles:

- 1) Inversión capital en la formación de toda la comunidad educativa para que puedan atender de manera efectiva las necesidades de los estudiantes con TDHA. Formación en cuanto al TDHA, inclusión, el trabajo en ambientes menos restrictivos, adaptaciones curriculares, etc.
- 2) Crear cultura inclusiva a través de la sensibilización. Para la inclusión escolar es importante que esta se convierta en política educativa, no solo en la buena voluntad de los docentes.
- 3) Desempeñar el rol esencial que el compromiso y la corresponsabilidad juega en la gestión escolar en todas sus dimensiones para eliminar la brecha entre la teoría de la inclusión y las prácticas reales de la inclusión,

dando lugar a que la escuelas se conviertan en ambientes de aprendizajes de los estudiantes con TEA, donde alcancen un desarrollo holístico y no solo ellos se sientan beneficiados sino toda la comunidad educativa.

- 4) A que estos estudiantes sean incluidos de manera positiva dentro del ambiente escolar, generando en ellos un sentido de pertenencia y positivismo en que lo puede hacer.
- 5) Evitar el tacharles de malcriados, mal educados ya que en ellos genera un caos a nivel interno que le provoca inseguridad, temor y miedos al futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Alicia, R. (2006). *Mitos y Realidades del Síndrome Atencional con Hiperactividad*. Buenos Aires: Bonum.
- Barkley, R. (1999 - 2002). *Niños Hiperactivos, Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Nueva York: Paidós, Ibérica.
- Bonilla, E. &. (2000). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Cadah, F. (2011). *Fundacioncadah.org*. Recuperado el 10 de 5 de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/printPDF.php?idweb=1&account=j289e ghfd7511986&contenido=dificultad-en-el-diagnostico-del-tdah-en-la-edad-preescolar>
- DeConceptos.com. (SD de SF de 2015). *DeConceptos.com*. Recuperado el 18 de 5 de 2015, de www.deconceptos.com/ciencias
- Ferrer, J. M. (1999). *Aplicación Didáctica dels jocs a l'educació física*. Castelló: Universidad de la Jaume.
- Hernandez, F. y. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- Martínez Martín, M. A. (2011). *Todo Sobre TDAH. Guía para la vida diaria: Avances y mejoras como labor de Equipo*. SC: Altaria.
- Martínez, R. M. (2012). *CADAH*. Recuperado el 1 de Mayo de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/dificultades-academicas-de-los-ninos-con-tdah-a-lo-largo-de-la-escolarizacion-.html>
- Michael B. First, A. F. (2005). *DSM-IV-TR Guía de uso: Complemento del DSM-IV-TR Manual diagnóstico*. Barcelona- España: Masson.
- Miranda, A., Rosello, B., & Soriano, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia: Promolibro.
- Morrison, J. (2015). *DSM 5, Manual de Diagnóstico Clínico*. México: El Manual Moderno.
- Mulas, F. (2011). *Diagnóstico e intervención terapéutica*. Valencia: Impresiones.
- Orjales, I. (1999). *DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD: MANUAL PARA PADRES Y EDUCADORES*. CEPE: España.
- Orjales, I. (2012). *TDAH: ELEGIR EL COLEGIO, AFRONTAR LOS DEBERES Y PREVENIR EL FRACASO SOCIAL*. España: Pirámide.
- Orjales, I., & Polaino, L. (2010). *PROGRAMAS DE INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD*. España: CEPE.
- Ramos, M. (2007). *Tratamiento de la hiperactividad: Un acercamiento a los Trastornos de Déficit de Atencion Con Hiperactividad*. España: Ideas Propias.
- S.A. (1992). *CIE- 10*. Madrid: Meditor.
- Sáinz Gutiérrez, N. y. (2011.). Entrevista familiar en la escuela. *Revista de Psicología*, 35 - 37.
- Samuel, G. P. (2010). *Diseño y ejecución de planes, proyectos y adaptaciones curriculares para el tratamiento educativo de la diversidad*. Madrid: Librería Uned.

- Santurde del Arco, E. (2011). *CADAH*. Recuperado el 2 de Mayo de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/educacion-mediatica-y-adquisicion-de-competencia-digital-en-alumnos-con-tdah.html>
- Significados.com. (2013 - 2015). *Significados.com*. Recuperado el 19 de 5 de 2015, de [www.significados.com/tipos de observacion/](http://www.significados.com/tipos-de-observacion/)
- Soutullo, E. C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con TDAH*. Buenos Aires: Panamericana.
- Suito, C. C.-P. (2005). *El Déficit de Atención con Hiperactividad en el aula Preescolar*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vaello Orts, J. (2011). *Cómo dar clase a los que no quieren*. SC: Grao.
- Vaquerizo Madrid, J. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 83 - 89.

ANEXOS

Anexo1



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA DIRECCIÓN DE POSTGADOS

CUESTIONARIO Nº 1

ESCUELA:

FECHA:

Por favor, ponga una cruz en cualquiera de los grupos que se presentan a continuación indicando su relación con la institución educativa: Conteste las preguntas conforme a su criterio. Recuerde que la prueba es anónima.

Directivo docente administrativo personal de servicio Otros

GESTION DIRECTIVA

| CUESTIONARIO | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | No sé | No sé 0 hace |
|---|---------|--------------|---------------|-------|--------------|
| 1. La institución educativa matricula a niños/as en edad escolar sin importar, condición socioeconómica, | | | | | |
| 2. La institución educativa matricula a niños/as en edad escolar sin importar su condición de discapacidad | | | | | |
| 3. La institución desarrolla actividades centradas en el respeto a la diferencia, al otro. | | | | | |
| 4. La institución desarrolla actividades que faciliten el aprendizaje de los estudiantes | | | | | |
| 5. La institución desarrolla actividades que faciliten la participación activa del estudiante | | | | | |
| 6. La institución desarrolla actividades que faciliten la convivencia de toda la comunidad educativa | | | | | |
| 7. La institución toma en cuenta en su Proyecto Educativo Institucional la atención educativa a los estudiantes con discapacidad | | | | | |
| 8. La institución educativa satisface las necesidades de aprendizaje de los estudiantes con discapacidad | | | | | |
| 9. La institución educativa utiliza los resultados de la autoevaluación para realizar acciones de mejoramiento, tomando en cuenta la atención educativa a los estudiantes con discapacidad. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 10. El Consejo Ejecutivo de la institución establece las políticas de atención a los estudiantes con discapacidad. | | | | | |
| 11. El Consejo Ejecutivo de la institución socializa las políticas de atención a los estudiantes con discapacidad. | | | | | |
| 12. El Consejo Ejecutivo de la institución exige el cumplimiento de las políticas de atención a los estudiantes con discapacidad. | | | | | |
| 13. La Junta Académica de la institución orienta la implementación de modelos educativos que permitan el acceso al currículo de estudiantes con discapacidad | | | | | |
| 14. En la institución se desarrolla el proceso de evaluación y promoción flexible según las características del estudiante. | | | | | |
| 15. En la institución educativa se realiza la elección del Consejo Estudiantil con la participación de todos los estudiantes sin discriminación alguna. | | | | | |
| 16. La institución educativa utiliza medios de comunicación accesible y comprensible para toda la comunidad educativa con el fin de dar a conocer sus procesos de gestión. | | | | | |
| 17. La comunidad educativa colabora para facilitar el aprendizaje, la participación y la convivencia de todos. | | | | | |
| 18. La institución implementa políticas de reconocimiento y estímulos a los miembros de la comunidad educativa que lideren acciones innovadoras e incluyentes para la atención a los estudiantes con discapacidad. | | | | | |
| 19. La institución educativa prevé el acceso físico a todas sus instalaciones. | | | | | |
| 20. La institución educativa difunde y explica su misión y visión, funcionamiento y normas de convivencia a los estudiantes y familia. | | | | | |
| 21. En la institución educativa se orienta y promueve el respeto y valoración a los estudiantes con discapacidad. | | | | | |
| 22. Los estudiantes con discapacidad tienen la oportunidad de participar en actividades complementarias y extracurriculares que posibilitan el desarrollo de habilidades e intereses | | | | | |
| 23. En la institución educativa los servicios complementarios de bienestar estudiantil se ofrecen a los estudiantes que más lo requieren | | | | | |
| 24. En la institución educativa se realiza la mediación de conflictos para solucionarlos. | | | | | |
| 25. La institución educativa desarrolla estrategias para conocer el entorno familiar de los estudiantes con discapacidad a fin de apoyarlos en la eliminación de barreras para el aprendizaje. | | | | | |
| 26. La institución educativa intercambia recursos y servicios con otras instituciones para fortalecer el desarrollo de acciones inclusivas. | | | | | |

Anexo 2


UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL
**INVESTIGACION Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA
DIRECCION DE POSTGADOS**
CUESTIONARIO N° 2 - FAMILIA

ESCUELA:

FECHA:

Por favor, ponga una cruz en el grado en el que usted tiene un/a hijo/a en esta escuela

Educación Básica

 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10°
**CUESTIONARIO
GESTION DIRECTIVA**
CONTESTE CON UNA X LA RESPUESTA QUE UD. CREA ADECUADA.

1. Sabe Ud si la Institución Educativa recibe niños con NEE

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | No sé | No se hace |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. La institución desarrolla actividades que tienen que ver con la inclusión

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas vece | No sé | No se hace |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. La institución realiza actividades pedagógicas para el beneficio de los estudiantes

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | No sé | No se hace |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. La institución satisface los aprendizaje de los estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | No sé | No se hace |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. La institución realiza reuniones periódicas con los padres de familia con el fin de manifestarles su desempeño

Siempre **Casi siempre** **Algunas veces** **No sé** **No se hace**

6. la institución educativa realiza adaptaciones curriculares para los estudiantes con NEE

Siempre **Casi siempre** **Algunas veces** **No sé** **No se hace**

7. La institución informa a los padres sobre los modelos educativos para estudiantes con discapacidad.

Siempre **Casi siempre** **Algunas veces** **No sé** **No se hace**

8. La institución informa a los padres sobre el proceso de evaluación y promoción flexible según las características del estudiante.

Siempre **Casi siempre** **Algunas veces** **No sé** **No se hace**

9. Los profesores, padres de familia y estudiantes colaboran para facilitar el aprendizaje, la participación y la convivencia de todos.

Siempre **Casi siempre** **Algunas veces** **No sé** **No se hace**

10. En la institución educativa se realiza la mediación de conflictos para solucionarlos

Siempre **Casi siempre** **Algunas veces** **No sé** **No se hace**