



PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATOLICA
DE VALPARAISO

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN.
ESCUELA DE PEDAGOGÍA.
EDUCACIÓN DIFERENCIAL.**

“PERCEPCIONES Y CREENCIAS IMPLÍCITAS DE LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN DIFERENCIAL PERTENECIENTES A ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES CON PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN DE ESCUELAS MUNICIPALES Y PARTICULARES SUBVENCIONADAS ACERCA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y SU INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS EDUCATIVOS”.

TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN EDUCACIÓN Y AL TÍTULO DE PROFESOR DE EDUCACIÓN DIFERENCIAL CON MENCIÓN EN TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE ESPECÍFICOS Y RETARDO MENTAL.

Profesor/a Guía: Patricia Ibáñez Polanco.

Profesor/a Corrector/a: Yanina Rubí.

Estudiantes: Bárbara Añazco Angulo.

Loreto Castro Salas.

Javiera Gajardo Villate.

Noemi Ibacache Vergara.

MAYO, 2016.

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar quisiéramos hacer mención especial a la profesora Patricia Ibáñez Polanco, quien como profesora guía se entregó y comprometió desde un inicio con nuestro trabajo de titulación, entregando sus conocimientos teóricos, prácticos y emocionales para poder cumplir con este proceso.

También, quisiéramos dar gracias a todos los participantes de esta investigación, quienes brindaron sin tapujos sus experiencias de su labor como educadores diferenciales, ya que sin ellos no se podría haber realizado todo este trabajo.

Quisiéramos agradecer a nuestras familias por su apoyo incondicional en todos estos años de formación profesional, quienes a pesar de la distancia y diversidad de circunstancias han estado siempre presentes en cada uno de nuestros momentos significativos de nuestra formación como educadoras. Así también, dar gracias a nuestro círculo cercano por la contención y amor entregado en todo este proceso.

Finalmente, quisiéramos agradecer y destacar el trabajo realizado en equipo, debido a que siempre hubo instancias de conversación, contención y apoyo durante todo este proceso, ya que sin duda, sin nuestro constante compañerismo nada de esto podría ser posible.

RESUMEN.

Los hallazgos presentados en esta investigación, provienen de un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue analizar las percepciones y creencias implícitas de los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos educacionales con programa de integración de Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas acerca del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad y su intervención en contextos educativos.

Se estructuró bajo una metodología cualitativa, a partir de un paradigma interpretativo, donde, se buscó comprender e interpretar un fenómeno de la realidad desde la perspectiva de los participantes, para luego triangular la información a partir de la teoría y la práctica de los docentes. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos, fueron una entrevista en profundidad, aplicada a docentes de educación diferencial acerca de las creencias implícitas y percepciones de los que mantenían acerca del TDAH y su intervención en contextos educativos.

Palabras claves: Creencias Implícitas, Percepciones, Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad, Educadores Diferenciales, Intervenciones Psicopedagógicas, Programa de Integración Escolar.

ABSTRACT.

The main purpose of the finding presented in this quantitative investigation is to analyze the perceptions and beliefs implied of teachers of special education belonging to educational establishments with program of integration of municipal and subsidized - private school about Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their intervention in educational contexts.

It was structured under a quantitative method, based on interpretative paradigm, where we sought understand and interpret the perspective of the participants, to then triangulate the information, based on theory and the practice of the teachers. The instruments used to collect data was a depth interview, applied to special educators about the perceptions and beliefs implied that they are keeping in their intervention in educational contexts.

Key words: Beliefs implied, Perceptions, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Special Educators, Psychopedagogy Interventions, School Integration Program.

ÍNDICE DE CONTENIDO.

AGRADECIMIENTOS.	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.	9
ÍNDICE DE DIAGRAMAS:	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Conceptos de percepciones y creencias implícitas.....	17
2.1.1 Percepciones.....	17
2.1.2 Percepción social.....	20
2.1.3 Creencias implícitas.	21
2.2 Neurociencias y TDAH.....	23
2.2.1 Neurociencias.....	23
2.2.2 Neurociencias y Educación.....	25
2.2.3 Funcionamiento ejecutivo y TDAH.....	27
2.2.4 Funciones Ejecutivas y sus modelos explicativos:.....	31
2.3.5 Funcionamiento ejecutivo y lóbulos frontales.....	37
2.3 Modelos explicativos del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad. .	39
2.3.1 Modelo Clínico.....	40
2.3.1.1 Enfoque Neurobiológico de TDAH.....	41
2.3.1.2 Enfoque Neuropsicológico del TDAH.....	44
2.3.1.3 Enfoque Genético del TDAH.....	46
2.3.2 Modelo Psicoeducativo del TDAH.....	48
2.3.3 Modelo Integrado del TDAH.....	51
2.4 El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH).....	53
2.4.1 Evolución del concepto a lo largo de la historia.....	54
2.4.2 Concepto del TDAH.....	55

2.4.3	Sistemas de clasificación internacional de criterios diagnósticos para el TDAH. ...	57
2.4.4	Etiología del TDAH.	64
2.4.5	Comorbilidad con el TDAH.	66
2.4.6	Tratamiento para el TDAH.	68
2.4.6.1	Tratamiento farmacológico.	68
2.4.7	Intervenciones no farmacológicas.	71
2.5	Normativa educativa chilena sobre educación especial.	74
2.6	Intervención multidisciplinaria a estudiantes con TDAH.	83
2.6.1	Intervención del profesional de la salud:	83
2.6.1.1	Manejo Farmacológico:	85
2.6.1.2	Acciones sobre la autorregulación:	85
2.6.1.3	Acciones sobre el Funcionamiento Ejecutivo:	85
2.6.2	Intervención del fonoaudiólogo:	86
2.6.3	Intervención del educador diferencial:	86
2.6.3.1	Intervención del funcionamiento ejecutivo:	88
2.6.3.2	Intervención sobre el rendimiento académico:	89
2.6.3.3	Intervención área lectura:	89
2.6.3.4	Intervención área escritura:	90
2.6.3.5	Intervención área cálculo:	91
2.6.4	Intervención del profesor de aula:	91
2.6.4.1	Cambios en la metodología de la clase:	92
2.6.4.2	Cambios en los patrones de comunicación:	92
2.6.4.3	Cambios en el ambiente físico de la clase:	92
2.6.5	Intervención del psicólogo:	93
2.6.6	Intervención del terapeuta ocupacional:	93
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO.		95
3.1	Objetivos:	95
3.1.1	Objetivo General:	95
3.1.2	Objetivos Específicos:	95
3.2	Paradigma de investigación. Interpretativo:	96

3.3	Diseño de Investigación. Cualitativo:.....	98
3.4	Tipo de investigación. Exploratorio:	100
3.5	Análisis de datos:.....	101
3.5.1	Primer paso. Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación.	101
3.5.2	Segundo paso. Desarrollo del pre-análisis:.....	101
3.5.3	Tercer paso. La definición de las unidades de análisis:	102
3.5.4	Cuarto paso. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación:	102
3.5.5	Quinto paso. Desarrollo de categorías:	102
3.5.6	Sexto paso. La integración final de los hallazgos:	103
3.6	Recolección de datos, instrumentos, procedimientos y técnicas utilizadas:	103
3.6.1	Recolección de datos.	103
3.6.2	Recolección de la información:	104
3.6.3	Descripción de los informantes.	106
3.7	Criterios de Selección.....	107
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS:.....		108
4.1	Análisis Cualitativo:	108
4.2	Creencias implícitas acerca del TDAH.	109
4.2.1	Creencias implícitas acerca del diagnóstico.	112
4.2.2	Creencias implícitas acerca del sobre diagnóstico.	115
4.2.3	Creencias implícitas acerca del tratamiento farmacológico.	117
4.2.4	Creencias implícitas acerca de la intervención educativa del TDAH.	119
4.2.4.1	Intervención educativa cognitivo-conductual:.....	121
4.2.4.2	Intervención educativa afectiva:	123
4.3	Percepciones acerca del TDAH.....	125
4.4	La labor del educador diferencial en la intervención del TDAH.	127
4.4.1	Rol en la planificación de la entrega de apoyos:	129
4.4.2	Rol en la entrega de apoyos en aula común y aula de recursos.....	130
4.4.3	Estrategias utilizadas en la entrega de apoyos en aula común y aula de recursos.	136
4.4.4	Progresión de habilidades en la entrega de apoyos.	141
4.5	El Programa de Integración Escolar y su respuesta a los estudiantes con TDAH. ..	142

4.5.1 Facilitadores del Programa de Integración para dar respuesta a los estudiantes con Trastorno por Déficit Atencional.....	149
4.5.2 Barreras del Programa de Integración para dar respuesta a los estudiantes con Trastorno por Déficit Atencional.....	154
4.6 Perfil del estudiante con TDAH según el educador diferencial.....	160
4.6.1 Perfil conductual del estudiante con TDAH.....	161
4.6.2 Habilidades cognitivas en los estudiantes con TDAH.....	163
4.6.3 Habilidades instrumentales en estudiantes con TDAH.....	165
4.6.4 Perfil psicológico del estudiante con TDAH.....	166
4.6.5 Funcionamiento ejecutivo en estudiantes con TDAH.....	167
4.7 Síntesis global del análisis.....	171
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES:	178
5.1 Limitaciones de la investigación.....	184
5.2 Proyecciones de la investigación.....	185
CAPÍTULO 6. BIBLIOGRAFÍA:.....	187

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1: Criterios de Diagnóstico DSM-IV-TR.....	58
Tabla 2: Criterios de Diagnóstico DSM-V.....	60
Tabla 3: Criterios de Diagnósticos CIE- 10.....	62
Tabla 4: Condiciones que pueden ser comorbilidad.....	66
Tabla 5: Códigos de los participantes y establecimientos.....	107

ÍNDICE DE DIAGRAMAS:

Diagrama 1: Diagrama de Categorías.....108

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el contexto educativo chileno, existen diversas respuestas educativas en función a las características específicas de cada estudiante, dentro de las cuales se encuentra la educación formal o regular y educación especial. La primera, según lo que establece la Ley General de Educación N° 20.370/09 define la enseñanza formal o regular como aquella que está estructurada y es entregada de manera sistemática y secuencial, la que se constituye por niveles y modalidades que aseguran la unidad del proceso educativo y facilita la continuidad del mismo a lo largo de la vida de las personas. La segunda es definida por Bravo (2009), como una rama de la educación general, que tiene por finalidad educar a niños que presentan características de aprendizaje diversas y a su vez, entregar los apoyos específicos que requieren éstos, dentro del sistema educacional, ya sea regular o especial (Bravo, 2009).

En el contexto de políticas públicas de la educación en Chile, encontramos Decretos y Leyes que establecen normas para regular la entrega de apoyos específicos a estudiantes que presenten Necesidades Educativas Especiales (en adelante NEE), las cuales implican que cualquier alumnado que presente una dificultad para progresar en relación con los aprendizajes escolares, fuese cual sea su origen, debe recibir ayudas y recursos especiales según lo requiera, ya sea de forma temporal o permanente, siendo esta última su clasificación por Necesidades Educativas Transitorias (en adelante NEET) y Permanentes (en adelante NEEP), dentro de un contexto educativo lo más normalizado posible (Comisión de Expertos de Educación Especial, 2004). Con respecto a lo anterior, dentro de los establecimientos regulares existen los Programas de Integración Escolar (en adelante PIE), los cuales son representados por una estrategia inclusiva del sistema escolar, que tiene como propósito entregar apoyos adicionales a los estudiantes que presentan NEE, sean permanentes o transitorias, siendo las primeras establecidas como barreras que se presentan durante toda la escolaridad del estudiante, que dificultan el aprendizaje y la participación, siendo consecuencias de un déficit o trastorno asociado a una discapacidad. En

contraposición, las últimas se refieren a los apoyos y recursos que se les entregan a los estudiantes en un periodo determinado de su escolaridad (MINEDUC, 2013).

En la realidad educativa chilena, se encuentran leyes y decretos que regulan y legislan la adecuada respuesta educativa hacia la diversidad. En base a lo anterior, el Decreto Supremo N° 1/1998 hace alusión a la integración social de las personas con discapacidad. A su vez, a nivel educativo, la Ley 20.201/2007 está encargada de otorgar la subvención del Estado a los establecimientos educativos que tengan estudiantes con NEE, la que actualmente rige su cumplimiento a través del Decreto Supremo N° 170/2009, donde se fijan las normas para determinar los alumnos con NEE que serán beneficiados de la subvenciones para educación especial, además de determinar profesionales idóneos y competentes para la evaluación, diagnóstico e intervención de aquellos estudiantes que requieran de apoyos específicos.

En relación a lo anterior, los PIE cuentan con un equipo multidisciplinario, especializado para atender necesidades específicas de cada estudiante, dentro de éstos se encuentra el educador diferencial, el cual, pretende equiparar igualdad oportunidades en los alumnos que presentan NEE, centrandose su objetivo en realizar acciones que promuevan la atención a la diversidad y aceptación de las diferencias individuales que se encuentran en el sistema educativo regular, recurriendo a un equipo multidisciplinario, material determinado y recursos financieros para que los alumnos reciban los apoyos específicos, de manera temporal o permanente, asegurando así su acceso, progreso y permanencia en el sistema escolar (MINEDUC, 2005).

Dentro de la labor principal del educador diferencial, se encuentra la intervención psicopedagógica, la cual se refiere a un conjunto de actividades que contribuyen a dar solución a determinadas dificultades, prevenir la aparición de otras, y a su vez, colaborar con las instituciones para que las labores de enseñanza y educación sean cada vez mas dirigidas a las necesidades de los alumnos y la sociedad en general (Henao, Ramírez y Ramírez, 2006). Es aquí, en donde se generan actividades concretas para la entrega de

apoyos específicos, atendiendo a las necesidades de los estudiantes, mediante objetivos y metas pertinentes al ciclo vital de cada educando.

De acuerdo con lo que se ha mencionado anteriormente, con respecto a la educación chilena, es que la problematización de la presente investigación estará cursada por la relación que se desarrolla a partir de las percepciones y creencias implícitas de los educadores diferenciales y las respuestas educativas, entregadas bajo un PIE hacia estudiantes que presentan Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (en adelante TDAH), en donde, tiene “una prevalencia que fluctúa entre un 6 % a un 9 % de la población escolar y alrededor de un 2 % en adultos” (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2011, p. 4). El cual, se define según la Guía de Consultas de Criterios Diagnósticos del DSM-V como: “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 86). Por lo que, el problema está centrado en cómo se desarrolla la atención psicopedagógica a aquellos estudiantes que presentan TDAH, en cómo se evidencia el trabajo en el aula regular y aula de recursos, cuáles son sus percepciones, creencias, valoraciones y expectativas con respecto al alumnado y cómo todo lo anterior se relaciona con la literatura existente y guías emanadas por el Ministerio de Educación (en adelante MINEDUC).

Actualmente en los PIE, el TDAH se atiende como una necesidad educativa especial de tipo transitoria. La necesidad de investigar en torno a la relación de estos tres elementos, surge a partir de la escasa información que se encuentra disponible con respecto a los lineamientos de intervención educativa que se presentan para la atención de TDAH, por ende, se pretende conocer, describir y analizar las percepciones y creencias de los docentes, con respecto a su entrega de apoyos en un estudiante que presenta TDAH a partir de sus propias experiencias es que surgen las valoraciones, perspectivas, ideologías, metodologías y modalidad de trabajo que utilizan para la intervención psicopedagógica referida a la labor del educador diferencial. Bajo este marco es que se plantea el siguiente objetivo de investigación, el cual es: analizar las percepciones y creencias implícitas de los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos educacionales con proyecto

de integración de Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas acerca del TDAH y su intervención en contextos educativos.

Desde lo que se ha podido vivenciar en los últimos 10 años, países Europeos como España, han publicado investigaciones en la evaluación e intervención del TDAH desde un abordaje social y pedagógico, incluyendo también a las comunidades de padres, lo cual ha permitido un trabajo coordinado entre familias, escuelas y especialistas, pudiendo así generar mejores aportes para el abordaje de niños, jóvenes e incluso adultos con TDAH (Servera, 2011). De acuerdo a lo mencionado anteriormente, la información que se encuentra al alcance de cualquier usuario en internet sobre la intervención del TDAH en Chile, refiere directamente a guías didácticas de trabajo en aula que considera diversos enfoques y posturas para abordar este trastorno considerando la importancia de una perspectiva cognitiva, socio-emocional, conductual y cognitivo-conductual, además de adaptaciones en el aula y formación específicas para docentes, entregando acciones concretas para atender a las necesidades de cada uno de los educandos. Además, existen fundaciones de personas interesadas en la necesidad de difusión de información para que la población que convive con este diagnóstico: hijos, padres, especialistas, profesores, entre otros, los cuales pueden tener un apoyo suficiente para abordar y atender el TDAH, de las que se pueden mencionar: Fundación CADAH, ADANA, además de un instituto de tecnología educativa de educación, cultura y deporte del Gobierno de España.

En contraposición con la realidad descrita anteriormente, nuestro país cuenta con un acceso de información por parte de la escuela, que se limita a tres guías instructivas, que sirven como apoyo técnico pedagógico para conocer y trabajar en el aula con estudiantes que presenten una necesidad educativa derivada de TDAH. Estas guías, se encuentran para nivel de educación parvularia, básica y media, las cuales se centran en aspectos cognitivo-conductuales para el abordaje de ésta necesidad, no considerando totalmente aspectos importantes del trabajo socio-emocional propios del alumno y para la familia. A su vez, Alza (2013) señala que el trabajo conductual y cognitivo-conductual forma parte del labor del psicólogo, dejando al profesor como rezagado de esta tarea, aún cuando el material dispuesto para el trabajo en aula, dispone al docente como eje central del desarrollo de

prácticas conductuales para la intervención de niños con TDAH (Alza, 2013). Aún así, Pizarro (2003) indica que los entrenamientos educacionales dentro de un tratamiento para el TDAH, consisten principalmente en la dirección académica en el aula y en las mejoras de los ambientes de aprendizaje, además combinando el asesoramiento a profesores, enseñanza a los niños de técnicas de autorregulación, habilidades sociales y la solución de conflictos (Pizarro, 2003).

En base a lo expuesto por Pizarro (2003), Alza (2013), Fundación CADAH y ADANA, se evidencia una contradicción en nuestro país entre lo que necesita un estudiante que presenta TDAH y el material disponible para intervenir de manera eficaz a favor de su aprendizaje y participación dentro del contexto educativo, puesto que se contraponen una perspectiva y metodología de trabajo que en las aulas chilenas solo se centra en aspectos conductuales, proponiendo acciones concretas en la sala de clases para este ámbito, dejando de lado la importancia de los elementos mencionados por estos autores, además de instaurar un trabajo coordinado con otros especialistas y las familias.

Como se mencionó anteriormente, “la prevalencia del TDAH en escolares fluctúa entre un 6 % a un 9 %” (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2011, p. 4), la cual, en contextos de programas de integración escolar es atendida por un equipo multidisciplinario, siendo éste apoyado por medio de diversos recursos materiales emitidos por el Ministerio de Educación (en adelante MINEDUC), los que se encuentran orientados a los aprendizajes vivenciados en cada nivel educativo, para así, ser una guía en la cual el proceso de intervención educativa para escolares con TDAH, se centre en dar respuesta y considerar sus necesidades específicas. Aún cuando los profesionales de este equipo multidisciplinario, como los educadores diferenciales, puedan contar con esta entrega de apoyos y lineamientos para orientar su quehacer en función de la intervención para el aprendizaje de estos estudiantes, actualmente no hay documentos generados que avalen que el proceso de intervención que se está llevando a cabo sea pertinente, tomando en cuenta la diversidad de estilos de aprendizajes que enriquecen la sala de clases. Respecto a lo anterior, nace la necesidad de investigar: **¿Cuáles son las percepciones y creencias implícitas de los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos**

educacionales con programa de integración escolar de escuelas municipales y colegios particulares subvencionadas acerca del TDAH y su intervención en contextos educativos?

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.

Con respecto al marco teórico, se presentan las definiciones de cada uno de los constructos que guían el trabajo de investigación. Por un lado, se comenzará con conceptos de percepciones y creencias, en dónde se explicitará cómo ha evolucionado el término a través de los años, por otro lado, la contextualización acerca del TDAH, en cuanto a la definición del constructo, la evolución del concepto a lo largo de la historia, su etiología y sus distintas formas de abordar según el enfoque que posea el tratamiento. En base a lo anterior, se relacionará el TDAH con las neurociencias y el funcionamiento ejecutivo, en dónde, se señalará la importancia y relación de éstos constructos. Luego, se aborda la normativa educativa chilena sobre educación especial, por lo que, se definen los lineamientos en cuanto a leyes y decretos para abordar el trastorno. Finalmente, se darán a conocer los distintos modelos de intervención y el rol que cumple la educación especial junto con los educadores diferenciales y el rol de otros profesionales para entregar los apoyos a los estudiantes con TDAH.

2.1 Conceptos de percepciones y creencias implícitas.

2.1.1 Percepciones.

A lo largo de la historia, el concepto de percepciones ha ido evolucionando constantemente, según el enfoque en el cual se posicionan los diversos autores. A continuación, se presentarán las diversas definiciones del constructo, para llegar a una más reciente, la cual guiará la presente investigación.

El estudio de los procesos que subyacen a la percepción ha sido caracterizado a través de tres enfoques científicos: el primero es el de neuroimagen funcional (Lavados y Slachevsky, 2013), la cual tiene como objetivo ayudar a comprender cómo se organizan y distribuyen los circuitos neuronales que almacenan las representaciones de diversos objetos; el segundo, tuvo su origen en el siglo XIX y es el anatomoclínico (Lavados y Slachevsky, 2013), el que menciona que se encuentra una gran variedad de campos de estudios entre ellos el déficit de ciertos procesos visuales llamados periféricos en los que se observan los déficit de la percepción propiamente dicha, sin alteración de las funciones visuales básicas, y el déficit de los procesos centrales en los que se ven deteriorados los procesos de reconocimiento del objeto debido a la alteración de etapas más tardías en el procesamiento de la información, ya que, la alteración de la percepción es leve; por último el tercer enfoque es el de la psicología cognitiva (Lavados y Slachevsky, 2013), que ha influenciado tanto en la comprensión de los datos clínicos como en el cambio y avance de la descripción a la teorización. Desde un enfoque cognitivo, la corriente psicológica Gestalt coincide en que la percepción se plantea como un proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales, además señala que es un estado subjetivo a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo a hechos relevantes (Oviedo, 2004). Coincidiendo con lo anterior los autores Jaspard y Hewstone (1985) afirman que “sería difícil explicar la acción humana y, sin duda, el comportamiento social sin un conocimiento de los procesos cognitivos que sirven como mediadores entre la realidad física u objetiva y la reacción del individuo” (p. 415).

Asimismo, el psicólogo Allport (1974) citado por Vargas (1994), definió éste concepto como un el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en: “El reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (p. 2).

Actualmente los autores Lavados y Slachevsky (2013), definen la percepción como: “El procesamiento de la información del mundo físico como tal es transmitida por los sentidos y analizada por las áreas sensoriales primarias” (p. 121). Lo cual se sustenta

debido a que la percepción contiene tres sentidos fundamentales: funcional, fenoménico y simbólico, el primero consiste en percibir el mundo para operar adecuada en el, a través de los sentidos o modalidades funcionales; en segundo lugar la percepción es fuente de experiencias sensoriales (modalidad auditiva, olfativa y visual), lo cual constituye la dimensión fenoménica de la percepción y, en este sentido percibir el mundo equivale a experimentarlo; un tercer aspecto lo constituye la dimensión simbólica o lingüística-conceptual, la cual nos permite percibir el mundo en función de conceptos y descripciones comunicables, que al tenerlos disponibles y aplicarlos, le otorgan identidad a lo que percibimos. Los tres aspectos mencionados anteriormente se conjugan en la percepción de los seres humanos (González et al., 2006). Es por esto que, las destrezas perceptivas no sólo implican discriminación de los estímulos sensoriales, sino también la capacidad para organizar las sensaciones en un todo significativo, es decir, la capacidad de organizar y estructurar la información que se recibe a través de las modalidades sensorias para llegar a un conocimiento de lo real (Condemarín, Chadwick y Milicic, 1984).

En base a lo anterior, los sujetos perceptuales, toman la enorme cantidad de datos arrojados por la experiencia sensorial sólo como aquella información susceptible de ser agrupada en la conciencia para generar una representación mental, por lo que, en base a la teoría de Gestalt, define la percepción como una tendencia al orden mental, en donde, inicialmente la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar garantiza que esta información permita la formación de diversas abstracciones (Oviedo, 2004).

Es por esto, que la percepción es biocultural porque por un lado depende de estímulos físicos y sensaciones involucradas y, por otro lado, de la selección y organización de éstos. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren un significado moldeado por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia (Vargas, 1994).

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias

sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad, este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la sociabilización del individuo en el grupo que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad (Vargas, 1994), lo que permite analizar sobre la importancia de la percepción que se construye en la interacción con el medio, es decir, la percepción social.

2.1.2 Percepción social.

La percepción social difiere sensiblemente del estudio de la percepción sensorial, por su objetivo específico de estudio. La percepción sensorial, como la sensación, se fundamenta en conceptos, técnicas e información de numerosos campos científicos, en especial de índole biológica y física, y constituye un campo de estudio del conocimiento del mundo externo, enfocándolo hacia el estudio de los sentidos. En cambio, la percepción social desde la explicación de la conducta da cuenta del comportamiento de los demás, proviniendo los juicios sociales emitidos de la integración de la información mediante los sentidos. (Arias, 2006) En base a lo anterior, para efectos de la presente investigación, las percepciones serán de índole social, debido a la dinámica que se evidencia en el contexto educativo, por lo que, se dará cuenta del comportamiento de un estudiante que presente TDAH en base a las percepciones de los educadores diferenciales a partir de un fenómeno social que es la intervención en la escuela.

Asimismo, como parte de la interacción sujeto-ambiente, se realizan ajustes permanentes en el individuo. Los continuos cambios en el medio físico y social obligan a desplegar complejos mecanismos adaptativos que tienden a la emoción de respuestas óptimas respecto a las transformaciones del medio. Como parte de este proceso, es fundamental, la percepción del medio físico, la evaluación de la conducta de los demás y de los propios estados o expectativas, aludiendo así, a la percepción social, en donde se utiliza para indicar la influencia de los factores sociales y culturales en la percepción; la forma en la que el medio social afecta los procesos perceptuales (Salazar et al., 2012).

Así también, todas las personas poseen una imagen individualizada del mundo, que es un producto de su ambiente físico y social, de su estructura fisiológica, de sus deseos y objetivos y de sus experiencias pasadas. Todo lo anterior, determina la percepción del individuo que es moderada por su mundo cognoscitivo (Perearnau, 1982).

Agregado a lo anterior, Baron y Byrne (2005), definen la Percepción social como: “La percepción social implica los procesos a través de los cuales buscamos comprender a otras personas. Esta percepción juega un papel clave en el comportamiento y el pensamiento social” (p. 50). Asimismo, los mismos autores señalan que para entender los estados emocionales de otras personas, con frecuencia se confía en la comunicación no verbal, es decir, un lenguaje hablado de expresiones faciales, contacto visual, movimientos corporales y posturas. Sin embargo, los seres humanos en gran medida desean comprender los rasgos estables de los otros y conocer las causas que hay detrás de sus comportamientos, éste último proceso se llama atribución y se define como: “los esfuerzos por comprender las causas que hay detrás del comportamiento de los otros y, en algunas ocasiones, también las causas que hay detrás de nuestro propio comportamiento” (Baron y Byrne, 2005, p. 51).

En base a lo anterior, a través de la percepción social se forman las impresiones hacia los otros y siendo éstas las que ejercen efectos más duraderos. La psicología social desarrolla una perspectiva cognitiva y amplía su visión, sugiriendo en la formación de impresiones enfatizar en ciertos tipos de información, además las impresiones se forman en base a las abstracciones mentales basadas en observación constante de la conducta, pudiendo así, categorizar a una persona en una jerarquía, grupo social, entre otros (Baron y Byrne, 2005).

2.1.3 Creencias implícitas.

Las creencias ocupan un lugar central en la estructura cognoscitiva de los individuos. Ellas afectan poderosamente la forma en que percibimos, interpretamos e incluso, recordamos los acontecimientos. El autor Myers (2000) define las creencias como:

“Verdaderas "teorías" acerca del mundo social y no social. Son consideradas como elementos constitutivos de diversos conceptos, tales como actitudes, valores, ideologías y prejuicios y éstos, a su vez, han demostrado una gran relevancia para la explicación del comportamiento humano” (p. 20).

A su vez, el autor Yarce (2005), señala que “las creencias se pueden entender como supuestos básicos, costumbres arraigadas a lo largo de la experiencia que llevan a hacer las cosas de una determinada manera, con el convencimiento de que es la mejor” (p. 41). A su vez, el mismo autor sustenta que “las creencias implícitas o explícitas, se relacionan con los principios y con los valores, pues algunas se conectan con algún principio ético fundamental recogido en normas que deben seguirse en una organización” (p. 42).

Asimismo, Jackson (2002) señala que, estas creencias están compuestas por una red de ideas interconectadas que se construyen a partir de experiencias que la persona vive cotidianamente. Son versiones simplificadas de la realidad que tienen organización interna, son estructuradas y sistemáticas, permitiendo a los individuos interpretar los acontecimientos y tomar decisiones respecto de los sucesos que ocurren. Las creencias tienen un origen de carácter cultural, en tanto se construyen en "formatos de interacción social y comunicativa" (Vera, Osses y Schiefelbein, 2012).

Los autores Pajares (1992) y Burgoa (1995) distinguen en el concepto de creencia tres componentes: un componente cognitivo, es decir, que las creencias son una forma de obtener conocimiento; un componente afecto, que se manifiesta como aceptación o rechazo; y un componente conductual, relacionado con la disposición a actuar. La unión de las creencias junto a la carga emocional que generan, suscita en nosotros una predisposición a actuar en una determinada dirección. Desde una perspectiva individual, el conocimiento vendrá en función de las experiencias personales del individuo por lo que serán esas experiencias y la propia evolución el individuo las que conformen sus creencias implícitas (Casado, 2010).

La importancia de las creencias radica en que éstas se encuentran presentes en todas las personas, manifestando claros efectos, ya que influyen en la forma en cómo éstos

sienten y actúan, y al hacerlo así, generan su propia realidad (Myers, 2000). En el ámbito social e interpersonal, las creencias cumplen un papel fundamental, pudiendo establecer los fines de la acción individual y colectiva (González, 1999).

Por otro lado, para fines de ésta investigación, se definirán las creencias de los docentes, las cuales según el autor Pozo (2000) son:

“Teorías implícitas sobre el aprendizaje y la enseñanza, profundamente enraizadas, no sólo en la cultura escolar dominante y en las actividades de enseñanza cotidianas, en la organización del aula, en la evaluación, etc., sino también en la propia estructura cognitiva de profesores y alumnos” (p. 6).

La investigación en torno a las creencias de los profesores ha demostrado que en el saber pedagógico están comprometidas racionalidades, representaciones y afectos, que guían y dan sentido a la práctica pedagógica (González, 1999). De esta manera, los profesores interpretan la situación de enseñanza a partir de sus creencias acerca del proceso educativo (Morales, 2001). Así, las creencias que sustentan los profesores son empleadas para la organización y desarrollo de su trabajo, y su efecto es observable a través de los objetivos que se proponen, las clases que diseñan, el tipo de interacción que establecen con los alumnos, con el saber que enseñan y, especialmente, con el modelo educativo al cual se adscriben (Sánchez, 2001).

2.2 Neurociencias y Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

2.2.1 Neurociencias.

El nacimiento de la disciplina de las neurociencias como estudio interdisciplinar de la mente ocurrió en los años 60, con la implantación de una metodología "holista" en la exploración del sistema nervioso y del psiquismo (Blanco, 2014). Luego para el año 1970 se fundó la Society for Neuroscience, una asociación de neurocientíficos profesionales. La

revolución del área de las neurociencias se inició cuando los científicos de diversas disciplinas se dieron cuenta de que la mejor forma de comprender el funcionamiento del cerebro procedía de un enfoque interdisciplinario. Según Duque, Barco y Peláez (2011), participaron múltiples científicos, donde destacaron como pioneros Charles Scott Sherrington y Santiago Ramón Cajal.

Por otro lado, las neurociencias ha experimentado un enorme desarrollo en las cuatro últimas décadas, que la ha convertido en una de las disciplinas biomédicas de mayor relevancia en la actualidad. Desde su origen, la neurociencia se ha caracterizado por un marcado enfoque sintético e integrador de todas aquellas ciencias dedicadas al estudio del sistema nervioso normal y patológico (Giménez y Murillo, 2007), integrando así a fines del siglo XX, con ayuda de la tecnología, que las estructuras cerebrales se modifican y adaptan a cada actividad humana, lo que actualmente se denomina neuroplasticidad (Aldrich, 2013).

La importancia de las neurociencias radica en su tarea central de intentar explicar cómo es que actúan millones de células nerviosas individuales en el encéfalo para producir la conducta y cómo, a su vez, estas células están influidas por el medioambiente, incluyendo la conducta de otros individuos (Barrera y Donolo, 2009).

En base a lo anterior, diversos autores describen la neurociencia. En un primer momento Kandel (1997) indica que las neurociencias es un conjunto de ciencias cuyo sujeto de investigación es el sistema nervioso con particular interés en cómo la actividad del cerebro se relaciona con la conducta y el aprendizaje, asimismo, Colón (2003), la define como un conjunto de disciplinas que estudia las estructuras y funciones cerebrales, en donde cada una aplica sus propios métodos de investigación, con sus técnicas especializadas y los instrumentos que han estado disponibles al momento de la investigación (Flores, 2008). En este sentido Kandel, Schwartz y Jessell (1997), agregan que el objetivo general de la neurociencia, consiste en comprender cómo el encéfalo produce la diferenciación en la conducta humana. Así también, Sylwester (1995) señala que las neurociencias son consideradas el campo de mayor investigación en los últimos 25 años, realizando grandes contribuciones a distintas disciplinas, dentro de ellas la educación.

2.2.2 Neurociencias y Educación.

La discusión acerca de las relaciones potenciales entre la neurociencia y educación comenzó hace aproximadamente tres décadas. Sin embargo, Benarós et al., (2010), mencionan que para relacionar ambas disciplinas, es importante comprender cómo actúa el cerebro cuando se aprende. Es decir, que se presenta a la neurociencia centrada en los aspectos biológicos del sistema nervioso; a la neurociencia cognitiva orientando sus estudios hacia las representaciones mentales en tanto la actividad neuronal; y a la educación en relación con los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Las primeras propuestas sobre la construcción de puentes entre las diversas disciplinas, postularon a la psicología educacional como aquella disciplina que continuaba lo planteado por la psicología cognitiva, adoptando una perspectiva neuropsicológica. A partir de la década de los 80' en Estados Unidos se comenzó a introducir a psicólogos educacionales y maestros de educación especial en la disciplina de la neuropsicología, en donde, apareció la necesidad de crear entre ambos campos estrategias de comunicación para el desarrollo de nuevas propuestas. Por otra parte, Ansari y Coch (2006) plantean y explicitan mecanismos de formación de educadores en diferentes áreas de las neurociencias para contribuir con la formulación de preguntas y asociaciones entre ambas áreas, esta perspectiva supone que este tipo de formación permitiría a los docentes contar con información acerca de niveles de análisis que contribuirían a evaluar diferentes posturas conceptuales con implicaciones prácticas; a su vez, se propuso la formación para investigadores en el área de la neurociencia en teorías, metodologías y otros aspectos de la práctica educativa, considerando las divergencias críticas entre los contextos de laboratorio y aula (Benarós et al., 2010).

Actualmente, existe una llana preocupación por cómo se relacionan las moléculas responsables de la actividad de las células nerviosas con la complejidad de los procesos mentales. En este sentido, las investigaciones han demostrado que durante el desarrollo de nuevas vías neurales (Doetsch, 2005 y Schinder, 2002), nuestras sinapsis cambian todo el tiempo y es así como recordamos una y otra experiencia o vivencia. En concordancia con lo

anterior, Puebla y Talma (2011), mencionan que la disciplina de las neurociencias de la educación tienen que llegar a establecerse como tal, incorporándola oficialmente en los currículos de formación de educadores y configurándola dentro de las especialidades del ámbito educativo, ya sea como diplomados de especialidad, maestrías o focos de acción investigativa en las propuestas doctorales de educación. Sin embargo, hay quienes hablan ya de neuroeducación, entendida como el desarrollo de la neuromente durante la escolarización (Battro, 2002), no como un mero híbrido de las neurociencias y las ciencias de la educación, sino como una nueva composición original (Barrera y Donolo, 2009).

Para Battro (2002), la neurociencias y la educación son más que una mezcla, entre partes del campo de la patología y la teoría del aprendizaje, sino más bien, realiza el estudio a cada persona, permitiendo individualizarla. Asimismo, para el experto en neuroeducación Francisco Mora (2004), la neurociencia enseña el binomio de emoción y cognición, una fórmula que se ha desarrollado durante el proceso evolutivo del ser humano, con información sensorial y se da antes de que ésta sea procesada por la corteza cerebral en los procesos mentales y de cognición, es así como la información ingresa por gusto, olfato, tacto, audición o la visión sin ningún significado, ya que, lo bueno o malo, gratificante o desagradable se adquiere cuando pasa al sistema límbico (emociones), en el área de la amígdala se conecta a la entrada de casi todas las áreas de pensamiento, de atención, de memoria, elaboración de conceptos abstractos e ideas impregnadas de emoción, por esta razón y porque es intrínseca al diseño anatómico y funcional del cerebro es imposible disolver esa fórmula de emoción y cognición. A su vez, plantea que la neurona no solo recibe información de una presinápsis, sino por un neurotransmisor que lleva la información al cerebro, repetida la información crea y sintetiza proteínas, éstas se anclan y la cambian, ese constante cambio se llama plasticidad cerebral en el desarrollo, dado conjuntamente por el contexto en el cual se desenvuelve el individuo que está en constante aprendizaje (Aristizábal, 2015).

En base a lo anterior, los procesos de aprendizaje y la experiencia propiamente dicha van modelando el cerebro que se mantiene a través de incontables sinapsis; estos procesos son los encargados de que vayan desapareciendo las conexiones poco utilizadas y

que tomen fuerza las que están con mayor activación. Si bien las asociaciones entre neuronas se deciden, sobre todo, en los primeros quince años de vida, y hasta esa edad se va configurando el diagrama de las células nerviosas, las redes neuronales dispondrán todavía de cierta plasticidad a lo largo del desarrollo. Las sinapsis habilitadas se refuerzan o se debilitan a través del desarrollo por medio de nuevos estímulos, vivencias, pensamientos y acciones; esto es lo que da lugar a un aprendizaje permanente (Barrera y Donelo, 2009). Todas estas habilidades y capacidades son, nada más y nada menos, que frutos de un cerebro en constante aprendizaje y desarrollo, y, a medida que el conocimiento relacionado al funcionamiento del cerebro humano vaya siendo más accesible a los educadores, el proceso de aprendizaje se volverá más efectivo y significativo tanto para el educador como para el alumno (Campos, 2010).

2.2.3 Funcionamiento ejecutivo y Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

El TDAH corresponde a una demanda de atención clínica muy frecuente, en donde, suele diagnosticarse cuando el niño presenta deficiencias en la capacidad de sostener la atención, a esto se le agrega la hiperactividad improductiva y la fragilidad en los mecanismos de ajustes en las interacciones sociales o impulsividad (American Psychological Association, 2002). La sintomatología del TDAH consiste en dificultades para la inhibición de conductas impulsivas, insuficiente capacidad de anticipación de las consecuencias de las acciones emprendidas, poca habilidad de planificación de actividades, restringida capacidad para evitar las interferencias que desvían la conducta orientada hacia la meta, escasa memoria de trabajo, retraso en la interiorización del lenguaje y déficit en la autorregulación afectiva (Cervigni, Stelzer, Mazzoni y Martino, 2012).

En base a lo anterior Barkley (1998), plantea cinco razones para un nuevo modelo que explique el TDAH, en primer lugar, el déficit atencional ocupa un lugar central, sin que realmente se haya conseguido definir su naturaleza y sus implicancias. Se han propuesto elementos de filtrado atencional, de selección, de focalización, más tarde de mantenimiento y, finalmente de procesamiento de la información, sin que se llegue a definir un marco

satisfactorio; En segundo lugar un modelo explicativo del TDAH debe poder ligar las dos dimensiones clínicas básicas del trastorno: la hiperactividad/impulsividad y la inatención; en tercer lugar un modelo explicativo que relacione las dos dimensiones anteriormente mencionadas con el funcionamiento ejecutivo y las funciones metacognitivas deterioradas en el TDAH; en cuarto lugar un modelo explicativo debe armonizar los aspectos de psicología evolutiva y de la psicopatología del desarrollo con los déficit de autorregulación (implicado el retraso en los procesos de maduración en el TDAH) y finalmente; un modelo explicativo debe tener una perspectiva científica, generando nuevas hipótesis (Servera, 2005).

El niño con TDAH tiene especiales dificultades para inhibir tanto en las respuestas asociadas a refuerzo positivo, por las que obtiene una recompensa, como negativo, por las que evita un estímulo o actividad desagradable, el desarrollo de la autorregulación empieza tanto con la inhibición de respuestas prepotentes como de los patrones de respuestas habituales. Cuando el niño es capaz de ejercer control motor sobre sus acciones, y de establecer períodos de demora en los que evalúa la conveniencia o no de una u otra conducta, madura la autorregulación. A su vez, en el momento que el niño es capaz de introducir períodos de demora para la toma de decisiones, madura el último elemento de la inhibición conductual que es el control de interferencia (Servera, 2005).

Barkley (1998), indica una relación directa entre los procesos de inhibición de la conducta y algunas funciones ejecutivas, los que desembocan en un trastorno de la autorregulación. Éste autor define la autorregulación como cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento y que además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas. La autorregulación se centra más en el individuo que en el evento, se desarrolla una capacidad para la organización temporal de las consecuencias de la conducta. Asimismo, las funciones ejecutivas hacen referencia a aquellas acciones autodirigidas del individuo para autorregularse, las cuatro funciones ejecutivas del modelo de Barkley son: memoria de trabajo verbal y no verbal, autocontrol de la activación, motivación y el afecto y la reconstitución. Estas funciones ejecutivas en conjunto

comparten el mismo propósito, el cual es internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro, y de este modo, maximizar a largo plazo los beneficios del individuo. Desde el punto de vista evolutivo, las cuatro funciones suponen la maduración de patrones de conducta manifiestas, la memoria de trabajo no verbal interioriza las actividades sensoriomotoras, la memoria de trabajo verbal, el habla, el autocontrol de la activación/motivación/afecto, la emoción y la motivación, y, finalmente, la reconstitución que representa la internalización del juego. La organización de la conducta a través de estas funciones ejecutivas conlleva la puesta en funcionamiento de las conductas propositivas e intencionales orientadas a la consecución de un objetivo. De modo más específico, dichas funciones se definen de la siguiente manera: la memoria de trabajo no verbal es la capacidad para mantener internamente representada información on-line que se utilizará para controlar la emisión de respuestas contingentes a un evento. Expresa una sensibilidad encubierta hacia uno mismo, de modo que no sólo se refiere a la representación sensorial de los eventos, sino a todo el proceso de respuesta-resultado y su efecto sobre nosotros mismos. La memoria de trabajo verbal ha formado parte de la práctica total de los modelos explicativos de las funciones ejecutivas desde la clásica de Luria hasta el momento. Hace referencia al proceso por el cual la acción se pone al servicio del pensamiento a través del lenguaje. En este sentido, la internalización del habla sería uno de los principales indicadores de que el niño está ‘madurando’. Por su parte, el autocontrol de la activación, el afecto y la motivación es una función que deriva de la teoría de los marcadores somáticos de Damasio propuesta en el año 2000. Estos marcadores son los tonos afectivos y emocionales presentes en la acción cognitiva dirigida a un objetivo. En un proceso de autorregulación, donde la mayoría de las conductas se realizan en ausencia de estímulos reforzadores externos, es el propio sujeto quien debe activar dichos tonos, por otra parte considerados básicos en la activación y mantenimiento de las conductas orientadas hacia un objetivo. La capacidad para activar cargas afectivas asociadas a las memorias de trabajo es un elemento imprescindible para la autorregulación (Servera, 2005).

Los trabajos empíricos de Barkley (1998) para analizar y obtener apoyos a su modelo le han permitido relacionar la inhibición conductual y al menos tres de las

funciones ejecutivas con regiones de los lóbulos prefrontales: los procesos de inhibición conductual se localizan en las regiones orbitofrontales y sus conexiones con el estriado. Más específicamente, el control de la interferencia se ha localizado en la región prefrontal anterior derecha, y la inhibición de las respuestas prepotentes/los períodos de demora, en la región orbito prefrontal. Por su parte, las memorias de trabajo (verbal y no verbal) estarían asociadas a las regiones dorsolaterales, y el autocontrol de la activación/motivación/afecto, a las regiones ventrales mediales. Barkley (1998) ha manifestado su convicción de que tales funciones están interrelacionadas, pero son independientes; es su acción conjunta la que produce la normal autorregulación humana, pero cada una puede funcionar por sí misma (Servera, 2005).

Por tanto, la presencia de un déficit específico en una u otra función producirán daños relativamente diferenciados en el proceso de autorregulación. Otra particularidad clave del modelo de Barkley (1998) es que hipotetiza una posible vía de maduración y desarrollo de la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y la autorregulación, a través de distintos estadios. Lo primero en desarrollarse sería la capacidad de inhibición conductual, aunque bastante en paralelo con las funciones de memoria de trabajo no verbal. Seguidamente, vendría la progresiva internalización del afecto y la motivación, estrechamente relacionada con la internalización del habla. Finalmente, el último paso sería la internalización del juego, la reconstitución (Servera, 2005).

En cualquier caso, como explica Barkley (1998), aunque la configuración de los estadios sea meramente hipotética, lo importante es que el modelo enfatiza la comprensión del TDAH a través de la conducta encubierta, privada y autodirigida, y establece una estructura jerárquica en donde las funciones ejecutivas dependen de la inhibición conductual, donde la interacción entre ambas da lugar a la autorregulación y al control motor. Precisamente el control motor es el último elemento del modelo y, relativamente, el más aplicado (Servera, 2005).

El control motor se refiere al conjunto de conductas que se ponen en marcha para alcanzar el objetivo en un proceso de autorregulación. Evidentemente, hace referencia a la

implementación de las acciones concretas que se necesitan, pero va más allá: en primer lugar, incorpora el concepto de 'fluencia', es decir, la capacidad para generar conductas novedosas y creativas en el momento en que se necesitan; en segundo lugar, incorpora el concepto de 'sintaxis', es decir, la capacidad para reconstruir y representar internamente la información proveniente del medio. Ambos conceptos guardan una especial relación con la función de reconstitución y dotan a la acción de la persona de la flexibilidad necesaria para acomodar su plan a las contingencias habituales que suceden en todo proceso (Servera, 2005).

2.2.4 Funciones Ejecutivas y sus modelos explicativos:

El autor Cartwright (2012), indica que en los últimos años, las ciencias del desarrollo han avanzado significativamente en cuanto a un aumento de los conocimientos, influyendo el área de la educación, evidenciándose en la actualidad en las grandes demandas respecto a ofrecer innovadoras y diferentes maneras de conceptualizar los procesos de enseñanza y aprendizaje para cada etapa del ciclo vital. En este sentido, la educación se ha nutrido de las neurociencias cognitivas para enriquecer estos procesos educativos, en dónde se evidencia un gran desafío de poder implementar los elementos extraídos de ésta disciplina en la práctica educativa. En base a lo anterior, es que se incorporan en la práctica educativa las funciones ejecutivas, las cuales han adquirido una gran fuerza, debido a que, éstas se han definido de forma genérica como procesos que asocian ideas simples y las combinan hacia la resolución de problemas de alta complejidad (Tirapu y Muñoz, 2005).

En cuanto a la revisión de literatura científica, a continuación se definirá el constructo de funcionamiento ejecutivo desde sus inicios, hasta la actualidad, según los diversos autores.

Luria (1984) y Barkley (1997), fueron quienes realizaron las primeras descripciones de las funciones ejecutivas éstas se hicieron mediante el estudio y análisis de pacientes con afectaciones cerebrales adquiridas. De dichas investigaciones se concluyó que el funcionamiento ejecutivo está compuesto por una red funcional completa con alta relación

a la funcionalidad del lóbulo frontal, la cual tiene como objetivo programar, regular, controlar y verificar la actividad mental y comportamental consciente (Ramos y Pérez, 2015).

El primer autor que acuñó el término de funciones ejecutivas fue Lezak (1982), quien las define como: “las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente” (Lezak, 1982, p. 1).

Asimismo, Sholberg y Mateer (1989), consideraban que las funciones ejecutivas abarcan una serie de procesos cognitivos entre los que destacan la anticipación, elección de objetivos, planificación, selección de conducta, autorregulación, autocontrol y uso de la retroalimentación, en esta misma línea Mateer (1989) refiere a los siguientes componentes de la función ejecutiva: dirección de la atención, reconocimiento de los patrones de prioridad, formulación de la intención, plan de consecución o logro, ejecución del plan y reconocimiento de logro (Tirapu y Muñoz, 2005).

Desde el punto de vista neuroanatómico, se han descrito diferentes circuitos funcionales dentro del córtex prefrontal. Por un lado, el circuito dorsolateral se relaciona en mayor medida con actividades puramente cognitivas, como la memoria de trabajo, la atención selectiva, la formación de conceptos o la flexibilidad cognitiva. Por otro lado, el circuito ventromedial se asocia con el procesamiento de señales emocionales que guían la toma de decisiones hacia objetivos basados en el juicio social y ético. El córtex prefrontal, se considera como un área de asociación heteromodal interconectada con una red distribuida de regiones corticales y subcorticales (Tirapu y Luna, 2011).

Si el sistema es supramodular, debe plantearse qué sistemas participan en el funcionamiento ejecutivo, y dentro de estos sistemas, qué papel juega la memoria de trabajo (Tirapu y Luna, 2011). Uno de los autores más reconocidos en el estudio de las funciones ejecutivas es Joaquín Fuster, quien publicó en los años ochenta su teoría general sobre la Corteza prefrontal (CPF) y planteó la importancia de ésta en la estructuración temporal de la conducta, que se lleva a cabo mediante la coordinación de tres funciones subordinadas:

- Función retrospectiva: necesita la memoria a corto plazo.
- Función prospectiva: ayuda esencialmente a la planificación de la conducta.
- Función de control y supervisión: permite un control de estímulos de las influencias internas y externas que puedan afectar la formación de patrones de conducta (Tirapu, Ríos y Maestú, 2011).

Fuster (1989) planteó que las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas que permiten organizar una secuencia de acciones hacia una meta. Dicho autor propuso las siguientes como las habilidades cognitivas que componen las funciones ejecutivas: atención (alerta, set, atención espacial, atención sostenida y control de interferencia), memoria, memoria de trabajo, planeación, integración temporal, toma de decisiones y control inhibitorio (Delgado y Etchpareborda, 2013).

A su vez, Tirapu et al., (2008), han llevado a cabo una revisión de modelos que tratan de precisar y explicar este complejo constructo, llegando a la conclusión de que las funciones ejecutivas son: “una combinación de múltiples capacidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de éstas, la formación de planes el inicio de las actividades, su autorregulación y la habilidad para llevarlas a cabo eficientemente” (Lavigne y Romero, 2010, p. 66).

A su vez, Norman y Shallice (1996), señalan que un factor importante en la intervención del funcionamiento ejecutivo es que la persona enfrente situaciones novedosas en las cuales no se conozca una solución habitual, ya que, dicha situación demandará el uso de las funciones metacognitivas y reguladoras de la conducta para enfrentar adecuadamente estas situaciones. En este sentido Golberg (2002), Sánchez-Carpintero y Narbona (2001), han propuesto que las funciones ejecutivas constituyen un mecanismo que supervisa, coordina y dirige las regiones dorsolaterales, orbitales y mediales de la corteza frontal como encargadas de coordinar el funcionamiento cognitivo consciente para alcanzar un objetivo (Ramos y Pérez, 2015).

Con respecto a la literatura científica, referida a las funciones ejecutivas, se encuentran distintos modelos explicativos del concepto, debido a la visión dimensional de éste. A continuación se explicarán los principales modelos teóricos que las conceptualizan:

- Modelo Propuesto por Norman y Shallice (1986), en éste modelo se toman en consideración tres niveles de control del comportamiento: 1) control totalmente automático; 2) control sin dirección consciente y 3) control deliberado y consciente. Sánchez - Carpintero y Narbona (2001) y Norman y Shallice (1986), destacan que en los dos primeros niveles no ejecutivos, actúan las unidades cognitivas que son los procesos cognitivos básicos: percepción, atención y memoria; los esquemas que son las conductas rutinarias y automáticas, y el dirimidor de conflictos que es un elemento que evalúa la importancia de una acción y ajusta el comportamiento rutinario como respuesta; finalmente en el tercer nivel, actúan las funciones ejecutivas en un sistema atencional supervisor, éste mecanismo se activa cuando una situación demanda inhibición, planificación, monitorización, toma de decisiones, encaminarse al logro de un objetivo y demora temporal entre los elementos de la secuencia de una conducta (evento-respuesta-consecuencia) (Ramos y Pérez, 2015).
- El modelo propuesto por Luria (1984), señala que las funciones ejecutivas componente un sistema funcional complejo, el cual responde a la interacción de diversos componentes cerebrales, éste sistema pertenece a un sistema global conformado por tres subsistemas funcionales encargados de: 1) regular un nivel de tono y vigilia, 2) recibir la información del medio externo y procesarla a nivel sensorial y perceptivo y 3) el sistema ejecutivo propiamente, encargado de planificar, ejecutar y verificar la actividad mental y comportamental consciente (Ramos y Pérez, 2015).
- El modelo propuesto por Anderson (2002), comprende a las funciones ejecutivas como cuatro habilidades mentales: flexibilidad cognitiva, establecimiento de metas, procesamiento de la información y control atención (Anderson, 2002).

- El modelo propuesto por Brown (2008), considera a un conjunto de seis habilidades mentales independientes que trabajan simultáneamente y de forma inconsciente como sistemas funcionales interrelacionados. Los subcomponentes son: activación, concentración, esfuerzo, emoción, memoria y acción (Tirapu et al., 2008).
- El modelo propuesto por Goia (2002), afirma que el funcionamiento ejecutivo global se organiza en tres dimensiones: metacognición (memoria de trabajo, iniciativa, planificación y organización, organización de materiales y monitoreo de tareas), regulación comportamental (inhibición y monitoreo personal) y regulación emocional (control emocional y cambio). Ésta configuración, está basa en la suposición de que las funciones son en cierto grado separables en un sentido clínico, sin embargo, cada aspecto está relacionado dentro de un mismo sistema general ejecutivo (Goia et al., 2002).
- El modelo neuropsicológico BRIEF es un inventario de funcionamiento ejecutivo social, compuesto por dos cuestionarios, uno para padres y otro para docentes que permiten evaluar el funcionamiento ejecutivo en el hogar y en la escuela, respectivamente (Goia et al., 2000). A su vez, Las funciones ejecutivas se agrupan en dos áreas o factores amplios: el primero es el de regulación conductual que se refiere a aspectos como: iniciativa, inhibición, control emocional y cambio; el segundo factor es la metacognición, que mide aspectos como: orden, planificación y monitoreo (Goia et al., 2000). Estas áreas son las que se pretende diferenciar y correlacionar con aspectos de la conducta desatenta, hiperactiva e impulsiva de los niños, vista desde la perspectiva de los maestros (Roberts y Del Pilar, 2014). Cada cuestionario contiene 86 apartados. En ellos se exploran ocho áreas de la función ejecutiva:
 - A. Inhibición: se refiere a la habilidad del individuo para resistir impulsos y frenar determinada conducta en el momento apropiado (Goia et al., 2002).
 - B. Cambio: evalúa la capacidad para hacer transiciones y tolerar cambios, la flexibilidad para resolver problemas y cambiar el foco de atención de un tema a otro

cuando se requiera, y no persistir en una forma errónea de afrontar problemas tras haberse dado cuenta de que es preciso modificar la estrategia (Goia et al., 2002).

- C. Control emocional: esta dimensión evalúa la capacidad para reconocer y regular manifestaciones emocionales, y refleja la participación de las funciones ejecutivas en el dominio de éstas (Goia et al., 2002).
- D. Iniciativa: se refiere a la habilidad del individuo para iniciar una tarea o actividad autónomamente sin necesidad de ser incitado por un agente externo. Aquí están comprendidos aspectos tales como la habilidad de generar ideas, respuestas o estrategias de resolución de problemas de modo independiente (Goia et al., 2002).
- E. Memoria de trabajo: evalúa la capacidad para mantener información en la mente con el objeto de completar una tarea, registrar y almacenar información o generar objetivos. La memoria de trabajo sería esencial para llevar a cabo actividades múltiples o simultáneas como cálculos aritméticos o seguir instrucciones complejas. A su vez la memoria de trabajo posee tres subcomponentes, los cuales son:
 - E.1. Bucle fonológico: hace referencia a un proceso de control basado en el repaso articulatorio, actúa como un sistema de almacenamiento provisional que le permite utilizar el sistema subvocal hasta que su cerebro procese esta información, de esta manera el bucle es relevante para el almacenamiento transitorio del material verbal y para mantener el habla interna que está implicada en la memoria a corto plazo (Tirapu y Muñoz, 2005).
 - E.2. Agenda visuoespacial: opera de forma similar al bucle fonológico, sólo que su cometido se centra en mantener y manipular imágenes visuales (Tirapu y Muñoz, 2005).
 - E.3. Sistema Atencional Supervisor: se activa cuando una situación se reconoce como novedosa o no rutinaria, por lo que se precisa poner en acción procesos ejecutivos de anticipación, selección de objetivos, planificación y monitorización (Tirapu y Muñoz, 2005).
- F. Organización y planificación: son componentes importantes para la resolución de problemas; la organización implica la habilidad de ordenar la información e identificar las ideas principales o los conceptos claves en tareas de aprendizaje, y así

también para comunicar información por vía oral o escrita; la planificación involucra plantearse un objetivo y determinar la mejor vía para alcanzarlo, con frecuencia a través de una serie de pasos adecuadamente secuenciados (Goia et al., 2002).

- G. Orden: otro aspecto de la organización es la habilidad para ordenar las cosas del entorno. Se trata de mantener el orden en los elementos de trabajo, además de tener la certeza de que los materiales que se necesitarán para realizar una tarea estén efectivamente disponibles (Goia et al., 2002).
- H. Monitoreo o control: se refiere al hábito de medir y evaluar el propio rendimiento durante la realización de una tarea o bien inmediatamente tras finalizarla con el objetivo de cerciorarse de que la meta propuesta se alcanzó apropiadamente. Existe una segunda dimensión que los autores llaman autocontrol, que refleja la conciencia del individuo (Goia et al., 2002).

2.3.5 Funcionamiento ejecutivo y lóbulos frontales.

Desde un punto de vista neuropsicológico, Luria (1986), indica que los lóbulos frontales representan un sistema de planeación, regulación y control de los procesos psicológicos. Asimismo, Miller y Cohen (2001), señalan que los lóbulos permiten la coordinación y selección de múltiples procesos y de las diversas opciones de conducta y estrategias con que cuenta el humano; organizan las conductas basadas en motivaciones e intereses, hacia la obtención de metas que sólo se pueden conseguir por medio de procedimientos o reglas. También participan de forma decisiva en la formación de intenciones y programas, así como en la regulación y verificación de las formas más complejas de la conducta humana (Flores, 2008).

En base a lo anterior, Goldberg (2001), señala que, debido a la capacidad de los lóbulos frontales de regular, planear y supervisar los procesos psicológicos más complejos del humano, se considera que los lóbulos frontales representan el “centro ejecutivo del cerebro” (Flores, 2008), De aquí se recalca la importancia de los lóbulos frontales y su relación con el funcionamiento ejecutivo y el modelo BRIEF, mencionado anteriormente.

Los lóbulos frontales son las estructuras más anteriores de la corteza cerebral, se encuentran situadas por delante de la cisura central y por encima de la cisura lateral. Se dividen en tres grandes regiones: la región orbital, la región medial y la región dorsolateral; cada una de ellas están subdivididas en diversas áreas. Las funciones ejecutivas son soportadas principalmente por la corteza prefrontal y participan en el control, regulación y la planeación eficiente de la conducta humana, a su vez, permiten que las personas se involucren exitosamente en conductas independientes, productivas y útiles para sí mismos (Flores, 2008).

En un principio, las funciones ejecutivas operan en continua relación con el resto de las funciones neuropsicológicas, dado su carácter de mecanismo de control de las mismas. En especial, las funciones ejecutivas guardan una relación intrínseca con algunas de estas funciones, que, como la atención, la memoria, las actividades sensorio-perceptivas, el lenguaje o los procesos afectivos y emocionales, comparten diversos circuitos neuroanatómicos cercanos a los que sustentan a las funciones ejecutivas (Blanco y Vera, 2013).

De este modo, y en relación con los procesos atencionales, han sido propuestos diversos modelos que intentan explicarlos, y que han sido relacionados con el funcionamiento ejecutivo. De este modo, el modelo de atención y memoria de trabajo de Baddeley y Hitch (1977) recoge, en su propuesta de funcionamiento atencional, un componente ejecutivo (ejecutivo central), además de otros componentes mnésicos y atencionales (bucle fonológico y agenda visuoespacial) (Blanco y Vera, 2013).

En cuanto a la memoria, existe una relación ente esta función y las ejecutivo-prefrontales, resultando especialmente relevante aquella en lo que concierne a los procesos de recuperación de la información, esto se hace evidente cuando se compara la ejecución de pacientes con lesiones en los lóbulos prefrontales, en pruebas de funcionamiento mnésico y pruebas de memoria (Blanco y Vera, 2013).

En cuanto a la relación entre funciones ejecutivas y procesos sensorio-perceptivos, los aspectos sensoriales se encuentran vinculados al funcionamiento ejecutivo-prefrontal: a)

Integración sensoriomotora básica; b) Búsqueda y análisis activo de la información; c) Flexibilidad perceptiva ante ilusiones ópticas y figuras ambiguas; d) Control de los movimientos oculares (Blanco y Vera, 2013).

Por otro lado, las funciones ejecutivo- prefrontales guardan también relación con los procesos afectivos, emocionales y de la personalidad. En este sentido, resulta posible sostener que las funciones ejecutivas, como procesos generales de control, pueden modular también los aspectos afectivos y emocionales. Además, en determinados cuadros neuropsicológicos con afectación fronto-límbica (tanto de origen neurológico como psiquiátrico), son característicos el descontrol emocional, la desinhibición conductual, la labilidad afectiva, además de los problemas de regulación sexual y agresiva (tanto por exceso como por defecto). Por otro lado, son características, en estos casos, las alteraciones de la personalidad, pudiendo hablarse de dos síndromes básicos (Benson y Miller, 1997): a) Dorsolateral con signos conductuales como apatía, indiferencia afectiva, abulia, anhedonia, pseudo depresión, rigidez cognitiva, pérdida de empatía, alteraciones del “insight”, dificultades para captar las intenciones y actitudes de otras personas, falta de expresividad emocional y pasividad; b) Orbito-medial, con signos conductuales como desajuste comportamental a nivel social, desinhibición de la sexualidad y de las conductas agresivas, afecto inapropiado, falta de consideración de las actitudes de otras personas, rasgos y actitudes sociopáticas, incremento de la tasa y el volumen de las emisiones verbales (taquilalia), actitudes megalománicas, etc. (Blanco y Vera, 2013).

2.3 Modelos explicativos del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad.

En el presente capítulo se darán a conocer modelos explicativos del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, en donde se explicarán cada una de las perspectivas que describen este trastorno.

Los modelos a presentar, los cuales enseñarán las posturas de diversos autores, y los avances en cuanto a la investigación del trastorno, son tres; Modelo Clínico, en el cual se describen de igual manera tres enfoques (enfoque con base Neurobiológica, enfoque con base Neuropsicológica y enfoque con base Genética), el Modelo Psicoeducativo, el cual se comprenderá desde un enfoque Cognitivo-Conductual, y finalmente un Modelo Integrativo que comprenda el TDAH.

A continuación, se procederá por presentar y explicar en qué consiste el Modelo Clínico.

2.3.1 Modelo Clínico.

Desde la perspectiva clínica, se conoce una manera de entender el trastorno por déficit atencional, en la cual la postura para su comprensión se basa en la sintomatología y diagnóstico, sosteniendo que el TDAH es un cuadro neuropsiquiátrico complejo, el cual se manifiesta por medio del comportamiento y la conducta del sujeto, lo cual conlleva a una desadaptación en diversos ámbitos de interacción con su medio. Como se ve afectada la conducta, los síntomas que suelen ser más evidentes bajo un diagnóstico clínico, se centran en la falla del control voluntario de la atención, impulsividad e hiperactividad (Aboitiz y Carrasco, 2009).

Estos autores también señalan, que hay un conjunto de funciones que se ven afectadas, haciendo que en relación a sus pares, el sujeto con TDAH parezca inmaduro, en ese caso, se postula que las funciones ejecutivas se ven altamente afectadas en este diagnóstico.

El TDAH, bajo esta mirada clínica y los diversos enfoques que subyacen, cae en una controversia al señalarse si corresponde o no como una enfermedad, ya que no se desconoce que las características conductuales de estas personas les generan problemas y dificultades tanto es su desempeño como en la interacción con su entorno, considerándose una condición anormal, aún así, la manifestación de este diagnóstico se convertirá en un trastorno según las demandas del medio y las vivencias a las cuales se exponga a la

persona, ya que en algunos casos, podría existir la posibilidad de que una persona con TDAH resulte totalmente adaptada al medio y se desenvuelva de manera exitosa, logrando una adecuación que no requiera terapia, debido también a que quienes padecen TDAH busquen entornos de vida que sean más funcionales a ellos, potenciándose como lo haría cualquier persona (Aboitiz y Carrasco, 2009).

2.3.1.1 Enfoque Neurobiológico de TDAH.

El presente enfoque nace desde la perspectiva explicativa de las Neurociencias de las cuales ya se habló con anterioridad, ya que su importancia se centra en explicar cómo actúan las células nerviosas en el encéfalo que impactan en el desarrollo de una conducta y a su vez cómo la influencia del medioambiente influye en estas. Por ende, el Enfoque Neurobiológico pretende explicar y comprender las manifestaciones del TDAH desde el estudio del cerebro, sus conexiones y funciones.

Según lo que manifiesta la autora Inmaculada Navarro, en su tesis doctoral “procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una investigación empírica”, en el año 2009, señala que el enfoque Neurobiológico del TDAH, se encarga de investigar acerca de las disfunciones neuroanatómicas y neuroquímicas específicas y causantes del trastorno (Navarro, 2009).

En el enfoque neurobiológico, se señala que el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad centra su dificultad a nivel de los procesos de estructuración y funcionamiento de áreas del cerebro, que conllevan que los mecanismos atencionales en estas personas se vean principalmente afectadas, aún así se sostiene también que el TDAH no necesariamente pueda ser vista como una condición patológica, sino más bien como una respuesta conductual diversa que responda a la variedad del desarrollo cultural.

En primera instancia se reconoce que el TDAH centra sus dificultades mayoritariamente en un área específica del cerebro, el lóbulo frontal, recordando a la vez, que cada área se interconecta con otras para así llevar a cabo diversos procesos. Las funciones que se encuentran afectadas, se denominan “*ENDOFENOTIPOS DEL TDAH*”,

las cuales son un grupo de alteraciones cognitivas que son consideradas como el déficit central en este trastorno. Aquí participan las porciones anteriores del lóbulo frontal, como la corteza prefrontal, núcleo acumbens y corteza cingulada anterior, sirviendo entonces como centro integrador de redes, en donde también se ven envueltas otras regiones cerebrales y áreas de la corteza cerebral como el diencéfalo, mesencéfalo y cerebelo. En definitiva, el lóbulo frontal es el que establece un circuito cerrado con el cuerpo estriado, lo que conlleva a una serie de activación de acciones (Aboitiz y Carrasco, 2009).

En estas diversas conexiones que se sostienen dentro del lóbulo frontal con otras áreas del cerebro, se desarrolla uno de los sistemas que se ve afectado por el TDAH, que es el sistema dopaminérgico. La mayoría de las células dopaminérgicas se concentran en el tronco cerebral, formando a su vez un complejo de núcleos que incluye a la sustancia negra, los campos retrorubrales y el área del tagmento ventral. Este sistema participa en el proceso de activación de la persona en una conducta orientada hacia una recompensa determinada. Esta red de conexiones entre áreas del cerebro, llevan a cabo una serie de procesos que inciden notablemente en acciones atencionales, toma de decisiones y a su vez en dirigir la concentración a ciertos estímulos o inhibir respuesta o la conducta a ellos, por ende, este sistema dopaminérgico puede actuar de varias maneras en el control conductual de una persona, y eso dependerá de la zona cerebral con la cual se realicen los procesos de intercambio de información, por ejemplo, activando el sistema sensoriomotor por medio del cuerpo estriado dorsal, detección de probabilidades de refuerzo y monitoreo de errores en predicciones a través del cuerpo estriado ventral, sistema límbico y regiones corticales como lo son la corteza cingular anterior, y finalmente la planificación de estrategias para la obtención de la recompensa por medio de la corteza prefrontal (Boehme et al., 2006).

Como se ha venido mencionando, las áreas y zonas cerebrales presentadas, son las principales implicadas en los procesos que se ven afectados por el trastorno de déficit atencional, y en base a eso estos autores proponen tres componentes que podrían estar completamente relacionados con la etiopatología o causa del TDAH, los cuales son: 1) Una disfunción del cuerpo estriado ventral y el sistema límbico, produciría una alteración en los mecanismos de predicción de las recompensas y a su vez una deficiencia en la extinción de

conductas previamente extinguidas, lo cual conllevaría a una incapacidad para asociar una conducta específica con sus consecuencias, explicándose así algunas conductas de impulsividad e inatención, a de preferencias por refuerzos inmediatos sobre aquellos que conllevan a demora. 2) La alteración del sistema cortical, o sea a una de las áreas del cerebro, conllevaría fallas en el sistema ejecutivo, el cual se ubica en el área prefrontal del cerebro. Alteraciones en estas zonas implican baja capacidad en la planificación, una alteración en la conducta orientada a metas, problemas de monitoreo de la conducta y también déficit en los movimientos oculares sacádicos 3) Por último, disfunción en la proyección al cuerpo estriado dorsal causaría déficit en la modulación de la conducta motora y el aprendizaje motor (Boeheme et al., 2006).

Analizando más profundamente desde lo neurobiológico, y para comprender aún más la importancia del rol del sistema dopaminérgico y sus procesos incidentes en la sintomatología explicativa del TDAH, existen dos formas de señalización dopaminérgica gatillada por estímulos: la fásica y la tónica. En la fase fásica se ve involucrada la actualización de la información con respecto de estímulos altamente novedosos, de forma que la memoria de trabajo, guarde y procese durante breve tiempo la información que viene de los registros sensoriales y actúe sobre ellos y también sobre otros. Esta memoria nos permite recordar la información pero es limitada y susceptible a interferencias (Abad-Mas y Etchepareborda, 2005). En cambio, en la fase tónica, que es más a largo plazo, ésta se relaciona con la mantención de la representación de una meta determinada en la memoria de trabajo mientras se ejecuta una determinada conducta. Más concretamente, la liberación fásica de dopamina, actúa en la entrada de nueva información a la corteza prefrontal, permitiendo actualizar la memoria de trabajo de acuerdo a la situación, en cambio, en la liberación tónica se mantiene la representación de la meta aún a pesar de los estímulos que se presenten como distractores, por lo mismo, al existir una disfunción, un exceso en la etapa fásica genera destructibilidad por lo cual, un exceso también de liberación tónica generaría perseverancia, lo cual conlleva en un extremo interés sobre algo (Boeheme et al., 2006).

En definitiva, por lo que postulan los autores, el TDAH se caracteriza por una disminución en la liberación fásica de dopamina, pero quizás más determinante, un decaimiento más rápido de la señal tónica, lo cual impediría asociar una conducta determinada con su recompensa, lo cual lleva a la distractibilidad y preferencia marcada a recompensas rápidas, lo cual culmina, en que personas con TDAH experimenten situaciones en las que van de objetivo en objetivo sin lograr poder alcanzar ninguno.

2.3.1.2 Enfoque Neuropsicológico del TDAH.

Este enfoque se centra en dar a conocer cómo los procesos atencionales, de inhibición y autorregulación se manifiestan mediante el comportamiento del sujeto con TDAH, por medio de la evaluación del funcionamiento cerebral superior que regula el control inhibitorio, los procesamientos de la atención y también el funcionamiento ejecutivo, los cuales son fundamentales para el desarrollo de un correcto aprendizaje, incluyendo también en esta tarea a la memoria de trabajo. Por ende su objetivo como enfoque explicativo del TDAH, se delimita en observar el funcionamiento neuropsicológico y un vez determinado su funcionamiento, por medio comportamiento del sujeto, realizar inferencias de cómo se llevan a cabo cada una de las actividades cerebrales que influyen directamente en el desempeño comportamental de la persona (Navarro, 2009).

Desde esta perspectiva las principales afecciones del TDAH, como se han mencionado con anterioridad, recaen en el funcionamiento ejecutivo, procesos atencionales y el control inhibitorio, las cuales pueden ser estudiadas cuando el comportamiento del sujeto hace alusión a disfunciones de estos procesos, por lo cual para comprender mejor, es necesario conocer cómo es el desempeño de estas actividades cerebrales que permitan describir el déficit por trastorno atencional.

En primera instancia, bajo la neuropsicología, el déficit central corresponde a afecciones en el funcionamiento ejecutivo, que según Lezak (1982) las define como: “las capacidades mentales esenciales para poder llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente” (p. 1). A partir de esto, como estas funciones permiten al sujeto poder diseñar planes, seleccionar conductas, autorregular procesos para alcanzar metas y

realizarlas, poder ser flexible cognitivamente y organizar tareas, cuando se habla de un incorrecto funcionamiento en dichas actividades, se relaciona con disfunciones en el área prefrontal del cerebro, lo que conlleva a síndromes que corresponden a diversas dificultades o trastornos que se evidencian en la conducta del sujeto.

A partir de lo anterior, Perote y Serrano (2012) proponen la existencia de una disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit atencional, la cual al relacionarse con el control inhibitorio, que es la capacidad para postergar una respuesta dirigida hacia un esfuerzo inmediato por medio de tres mecanismos; el control de espera, que permite aguardar una situación de espera; el control de impulsos, capacidad que permite analizar un estímulo-señal antes de poder actuar en consecuencia; y el control de interferencia, que es la capacidad de restringir estímulos irrelevantes provenientes de otras áreas asociativas como lo auditivo, visual y somatosensorial. Los autores Boeheme et al., (2006) señalan que lo anterior generaría dificultades en poder frenar respuestas impulsivas, detener a su vez respuestas que ya están en marcha, resistir la interferencia, organizar secuencialmente diversas actividades y mantener esfuerzos cognitivos centrándose en una sola actividad. Finalmente, al relacionarse por otra parte con la flexibilidad cognitiva, la cual se encarga de que el sujeto sea capaz de cambiar focos atención a otros aspectos o situaciones al momento de resolver un determinado problema o situación, por lo cual una dificultad en esta actividad conlleva a que se presenten claras dificultades en la modificación de respuestas durante situaciones de cambio de categoría (Perote y Serrano, 2012).

Por otra parte, hay un autor que en el año 1997 propone un modelo neuropsicológico que pretende explicar qué es el TDAH y cuáles son sus afecciones que hacen que este diagnóstico esté presente en parte de la población infanto-juvenil y adulta, y como se ha mencionado con anterioridad, tiene directa relación con procesos de inhibición conductual, autorregulación y funcionamiento ejecutivo.

Como se mencionó en el sub-item de Funcionamiento Ejecutivo y Lóbulos Frontales, Barkley en su libro “ADHD and the nature of self-control” (1997), postula que el TDAH corresponde a un trastorno en el desarrollo de la inhibición conductual, entendiendo

el autocontrol o autorregulación, como la capacidad que el individuo posee para poder inhibir sus respuestas motoras y emocionales, las cuales se producen inmediatamente ante un estímulo, con la finalidad de poder sustituirlas por otras que sean aún más adecuadas. En este proceso de inhibición de la conducta, el sujeto debe resistir a la distracción, ya que debe de manera simultánea inhibir la ejecución de una respuesta y a su vez evitar al mismo tiempo, estímulos que puedan interferir el proceso

En definitiva, el modelo de autorregulación de Barkley enlaza la importancia de las funciones ejecutivas en la autorregulación, reafirmando que la mayor relación entre ambos conceptos es que uno conlleva al otro, pues el funcionamiento ejecutivo permite toda acción autodirigida en el individuo para que éste pueda autorregularse, en este caso las cuatro funciones ejecutivas que el autor considera fundamentales en este modelo explicativo son: La acción de la memoria de trabajo o memoria de trabajo no verbal, el habla autodirigida o encubierta, que es la memoria de trabajo verbal, el control motivación, las emociones y el estado de alerta, y por último el proceso de reconstitución. Lo que se busca según en este conjunto de funciones ejecutivas es internalizar conductas para poder anticipar cambios en el futuro y de esa forma, potenciar a largo plazo los beneficios para el individuo, o sea, la organización de la conducta a través de estas funciones ejecutivas, conlleva el poner en funcionamiento las conductas propositivas e intencionales orientadas a la consecución de un determinado objetivo o meta (Servera, 2005).

2.3.1.3 Enfoque Genético del TDAH.

Cuando se habla de analizar la genética del TDAH, se supone la existencia de evidencias que afirman una base hereditaria para este déficit. Actualmente, se siguen postulando estudios que han sido practicados en gemelos monocigotos y dicigotos, que independiente de los ambientes y estilos de crianza, se afirma heredabilidad de este cuadro. El déficit atencional corresponde a una anomalía del neurodesarrollo y como tal puede existir la presencia de un origen genético (Boeheme et al., 2006).

Estos autores postulan además que las evidencias epidemiológicas dan cuenta que el TDAH es reconocido como un trastorno familiar en diversos casos, ya que padres con este déficit poseen un riesgo del 50% de tener un hijo con el mismo trastorno, y contrariamente, el 25% de niños con este diagnóstico tienen padres que cumplen los criterios del TDAH. Por otra parte, estudios realizados en gemelos, han permitido postular a lo largo de los años que existe heredabilidad para TDAH de más o menos un 80%, enfatizando que la inatención sería el rasgo más estable, y que no mejoraría a lo largo del desarrollo madurativo del niño, contrario a la hiperactividad. Finalmente, existen otras evidencias epidemiológicas que han apoyado la base genética para comprender el déficit atencional, las cuales apuntan a que hay una mayor frecuencia de hermanos con la misma afección, que el retraso del desarrollo del lenguaje se correlaciona con el TDAH, postulando a un retraso psicomotor o control motor, y por último, que los hermanos adoptivos de niños con TDAH tienen menos probabilidad de padecer el déficit, aludiendo a la base genética dominante.

Ahondando aún más en la base genética, se requiere analizar aspectos más biológicos y profundos que den a entender por qué aún se sostiene la teoría de que este trastorno posee una heredabilidad sustentada.

El alelo de 7 repeticiones del gen del receptor de dopamina tipo 4, quiere decir DRD4/7R, hasta ahora es el más estudiado por su relación con el TDAH. Este gen corresponde a un receptor de dopamina y codifica para un receptor post-sináptico, en donde su patrón de expresión incluye la corteza prefrontal, cíngulo, sustancia negra y cerebelo, estructuras todas vinculadas a la ejecución de procesos cognitivos superiores, como lo son la atención e inhibición, frecuentemente afectados en personas con déficit atencional (Aboitiz y Carrasco, 2009).

Finalmente, Aboitiz y Carrasco (2009), hacen énfasis en la alta frecuencia del alelo DRD4/7R, la cual permite postular que ha experimentado y resultado en una ventaja adaptativa en el hombre en el transcurso de la evolución, pues su aparición se estima hace aproximadamente 40.000 años, periodo de migraciones poblacionales, en donde si un sujeto con TDAH hubiese experimentado la caza y la recolección podría haber tenido más

ventajas que desventajas, pero al llegar el mundo civilizado, las habilidades cognitivas que más se requerían eran aquellas que permiten realizar trabajos que generen una recompensa a más largo plazo y no inmediato, requiriendo un funcionamiento de atención sostenida y control inhibitorio, lo cual hace que una persona con TDAH hoy en día presente dificultades y comiencen a evidenciarse sus características, porque las demandas del mundo actual se tornan en mayores capacidades del control conductual.

2.3.2 Modelo Psicoeducativo del TDAH.

Este modelo sostiene que el TDAH debe centrarse en presentar los apoyos necesarios a la persona, para así poder desempeñarse en diversas áreas y realidades de su vida, de la manera más asertiva posible, aún conviviendo con el diagnóstico, dar respuestas a problemas de manera de poner en práctica estrategias que resulten adecuadas para compensar cualquier dificultad. Este modelo incluye dos perspectivas o enfoques, que son el Cognitivo-Conductual, lo cual pretende entregar apoyos no sólo al sujeto con el diagnóstico, sino también a su medio más cercano, con la finalidad de generar una respuesta holística, considerando el trabajo docente, especialistas de diversas áreas y también el entorno, como la familia, debido a que se centra en un sistema educativo que traspasa la sala de clases, pretendiendo incluir la diversidad de entornos del estudiante con déficit atencional. Por ende, este modelo sostiene que el TDAH es más bien un comportamiento aprendido y provocado por sus interacciones con el contexto, por lo cual la intervención se enmarca en las diversas realidades en que se sumerge la persona, sea cual sea este (Galve, 2009).

Un modelo explicativo, como lo es el psicoeducativo, el cual principalmente va enfocado a explicar el TDAH desde sus posibles intervenciones que afiancen y potencien habilidades en las personas con este diagnóstico, lo que busca en primera instancia es enseñar destrezas que ayuden a maximizar sus fortalezas para sobreponerse ante sus debilidades (Burgos, 2009). Por otra parte y desde esta perspectiva, dentro del aula, la dinámica que se genera es decisora, en muchas ocasiones, con respecto al éxito o fracaso de un estudiante, por lo cual no se debe desconocer que los alumnos empiezan a mostrar

preferencias de las condiciones y experiencias escolares que tienen relación con sus éxitos y logros, y así también, a rechazar todas aquellas en las cuales hayan fracasado, lo cual, dependiendo de la interpretación que se le otorgue genera un modo de comportamiento habitual. Por otra parte, al hablar de una realidad escolar, se deben tomar en cuenta la diversidad de estilos de aprendizaje dentro del aula, enfocándose a cuál es la respuesta que tiene el estudiante con TDAH cuando tiene la posibilidad de hacer las cosas de diversas maneras y también a cómo va a responder a distintos ambientes de aprendizaje, pudiendo además, tener la opción de elegir (Galve, 2009).

Este mismo autor, sostiene que dentro del aula efectivamente es el docente quien evalúa la realidad educativa y desempeño de los estudiantes, por lo cual depende de él qué acciones llevar a cabo para responder a la diversidad dentro del aula, y cómo a la vez atiende las necesidades específicas, conductuales y cognitivas, de un educando con TDAH. Desde esta mirada, Burgos (2009) señala que el enfoque Cognitivo-Conductual es una mezcla de cada uno, entendiendo que la intervención conductual tiene como objetivo informar y preparar a padres y educadores acerca de conocimientos generales en torno al TDAH, entregando técnicas de modificación de la conducta. A su vez, en la intervención cognitiva el objetivo se centra en enseñar a los alumnos con TDAH técnicas de autocontrol y resolución de problemas por medio de la potencialización de procesos cognitivos internos. Con respecto a lo anterior, este modelo psicoeducativo utiliza técnicas cognitivo-conductuales con el propósito de mejorar el control inhibitorio, la atención, memoria y el control perceptual motor, sintomatología específica del TDAH.

Bajo el enfoque cognitivo-conductual, que sostiene los lineamientos de la aplicación de un modelo psicopedagógico para la comprensión e intervención de estudiantes con TDAH, se debe entender este cuadro con una presencia de deficiencias para mantener la atención sostenida, la vigilancia y esfuerzo hacia una tarea, a su vez, cuando hay un comportamiento impulsivo tienden a tomar decisiones apresuradas y están más propensos a cometer errores, lo cual al existir un déficit en la habilidad de resolución de problemas, la conducta es desorganizada, con falta de reconocimiento de información y análisis. A su vez, esto también puede estar afectado por disfunción familiar, lo cual puede incidir aún

más en los estudiantes con TDAH, debido a que pueden presentar constantes reforzamientos negativos hacia conductas inapropiadas, una disciplina inefectiva, escaso monitoreo parental, e incluso propios déficit familiares en la resolución de problemas cotidianos y en la comunicación (Pizarro, 2003).

En definitiva, lo que se espera al aplicar un modelo psicoeducativo para comprender la diversidad de los alumnos con TDAH y a su vez responder a sus necesidades, es que por medio de una visión cognitiva-conductual, como ya se ha explicado, es implicar a los estudiantes como participantes y a la vez colaboradores de su propio aprendizaje. Ya mencionado anteriormente por Galve (2009), el estudiante debe ser consciente de su estilo de aprendizaje y es el docente quien da respuesta a aquello por medio de una diversidad de experiencias educativas. Además se incita a que los estudiantes aprendan a generar análisis cuidadosos de las tareas e identifiquen una respuesta por medio de una serie de pasos. Por otra parte, se destaca la importancia del modelamiento y repetición de estrategias para resolver diversas situaciones, pero a partir de los conocimientos y habilidades previas de los alumnos. Por último, se hace énfasis en que en la enseñanza predomine la potencialización del funcionamiento ejecutivo (Burgos, 2009).

Finalmente, lo que se busca con este modelo, es que al perfilar a un alumno con TDAH, comprendiendo sus necesidades y destacando sus fortalezas a potenciar, y aún más, considerando la importancia de su entorno escolar y familiar, es que se intenta encaminar la respuesta al déficit atencional por medio de una intervención que requiere de tres componentes, la formación docente, la formación de los padres y una intervención directa con el alumnado. Es por lo siguiente, que desde el punto de la intervención, de deben abordar 4 ámbitos importantes, el comportamental el cual puede estar apoyado desde una intervención directa a la conducta y también desde lo farmacológico, el de aprendizaje en la cual se orienta a la entrega de dirección educativa como una estrategia para el rendimiento escolar, el emocional y el social que alude a la entrega de orientaciones sobre la auto percepción y la adaptación en el ambiente (Arco, Fernández y Hinojo, 2004).

En lo comportamental se pretende entrenar habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales, así como en habilidades de comunicación y en habilidades para regular y controlar las emociones. En lo referido al aprendizaje se evocan los esfuerzos para mejorar la capacidad de atención, mediante el entrenamiento en actividades de focalización y mantenimiento de la atención, también de la autoinstrucción verbal, que conlleva al uso de técnicas de modelado en donde se dictan los pasos a seguir por medio de instrucciones claras, luego se busca la guía externa, autoguía y autoinstrucciones, además, incide la ubicación en la sala de clases pues debe situarse al niño cercano al docente, alejado de puertas y ventanas que fomenten la distractibilidad, y en su posibilidad con un compañero que potencie a mantener una conducta autorregulada. En lo que respecta a lo emocional, se debe potenciar la asertividad, evitar valorar siempre de manera negativa, generar expectativas de éxito futuro y generar retroalimentaciones de manera que sea consciente de todos sus avances, y por último, en cuanto a una visión social, hay que ayudar al alumno a controlar sus conductas, a evitar tener siempre una percepción de que el alumno por sólo tener TDAH mantendrá conductas agresivas, evitar de igual forma un etiquetaje moral, favorecer un clima de aula en donde todos los compañeros se integren y aprendan unos de otros y también asesorar a los padres con información que sea útil con el fin de fomentar interacciones positivas (Galve, 2009).

2.3.3 Modelo Integrado del TDAH.

El modelo integrado que explica el TDAH, es una perspectiva de diagnóstico que pretende proceder desde lo neurológico a lo psicológico y desde ese enfoque de lo pedagógico y familiar, porque el diagnóstico del déficit atencional, según este modelo, no debiese recaer en un solo profesional, pues desde una mirada integradora, se centran las acciones bajo un equipo multidisciplinario con un lenguaje en común a favor de dar respuestas y atender a las necesidades de las personas con un diagnóstico de TDAH (Céspedes, 2012).

En este sentido, un modelo integrador del tratamiento corresponde a la teoría general de sistemas, enfoque el cual incluye bases científicas, es amplio y flexible

permitiendo englobar una gran diversidad de fenómenos. Dentro de este modelo se debe acotar que el TDAH tiene comprometido su desarrollo social, familiar, escolar, emocional, la autoestima, motivación, entre otros, por lo cual cuanto más amplio sea el foco de comprensión, evaluación e intervención, es posible poder esperar mejores resultados al momento de entregar los apoyos. Además, es necesario resaltar que el TDAH requiere el trabajo de todos los profesionales a cargo de su evaluación, diagnóstico, tratamiento, apoyo, entre otros, por lo cual el manejo transdisciplinario es el que mejor puede dar respuesta a las situaciones conflictivas a las cuales se enfrentan los niños con este diagnóstico, y también hay que considerar a los adultos, pues también se desempeñan en áreas laborales en donde la interacción con otros es constante (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2005).

Para poder entender de mejor manera qué es el modelo integrador, y por qué pretende comprender al TDAH desde una mirada de trabajo multidisciplinario que atienda las dificultades de los niños y adultos con este diagnóstico, se requiere comprender en primera instancia que el concepto central de este modelo es “sistema”, ya que comprende un conjunto de elementos en constante y mutua interacción, las cuales se relacionan entre sí dependiendo una de otras. En el caso del déficit atencional, uno de sus sistemas es el familiar, así como también el escolar, cada uno de ellos por separado tiene una gran influencia en la persona, y juntos se complementan, por lo cual, el niño con TDAH, su familia, la escuela y el entorno social estarían en mutua interacción, por ende, si se presenta un problema en uno de los sistemas, repercutirá en otro y en ese nuevo sistema existirá un nuevo dilema que pueda afectar a otro, y así sucesivamente (Förster, Mesa, López y Troncoso, 1999).

Finalmente, y a partir de lo que se menciona por los autores anteriores, dentro de los sistemas existen interfases, situaciones que generan tensión por lo cual si las fuerzas actúan de manera balanceada dentro de un sistema, la tensión será dinámica, aún así, si se produce la situación inversa, en donde las fuerzas actúen de manera desbalanceada, la tensión y la presión por el cambio pueden generar diversos trastornos. Dicho esto, en la interfase de un niño con TDAH dentro de la sociedad, su familia y la escuela, se pueden presentar diversas dinámicas de presión balance, las cuales se verán afectadas entre sí y producirán cambios

en las experiencias de vida de los estudiantes. Lo que este modelo integrador tiene como objetivo trabajar en cada uno de los sistemas en las cuales se desarrolla el estudiante, para así apoyar sus dificultades y requerimientos de manera que todos sus entornos se encuentren en armonía, evitando frustración, déficit emocionales, de igual manera para quienes conviven con él.

2.4 El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH).

En el presente capítulo se dará a conocer el concepto del TDAH, su evolución, los sistemas de clasificación, su etiología, su comorbilidad con otros trastornos y el tratamiento referido a lo farmacológico y no farmacológico.

El TDAH es la condición neuropsiquiátrica más común en niños y adolescentes, donde su prevalencia oscila entre el 5 % y 10% a nivel global (Quintero y Castaño, 2014); y en Chile esta prevalencia se sitúa entre un 6 % a un 9% de la población en etapa escolar y alrededor de un 2% en la etapa adulta (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2011, p. 4). En la actualidad es uno de los trastornos más diagnosticados en estas edades, donde se destaca y enfatiza la falta de atención asociada a una conducta impulsiva e hiperactiva, las cuales tienen un gran impacto en el desarrollo integral de la persona e interfiere generalmente de manera negativa en el ámbito social, emocional y cognitivo causando disfuncionalidad no solo en el sujeto sino que también a su entorno (Cardo- Servera 2008).

Es relevante mencionar que no existe un consenso entre los especialistas sobre una definición unificada del TDAH, ya que el conocimiento progresa día a día y los conceptos van variando, debido a esto existen diversas definiciones que permiten entender dicho trastorno. Cabe destacar que la mayoría de las definiciones concluyen que es un cuadro neuropsiquiátrico que afecta en mayor medida en la etapa escolar / adolescente y que persiste hasta la etapa adulta.

2.4.1 Evolución del concepto a lo largo de la historia.

El concepto del TDAH ha evolucionado a lo largo de la historia, en función de esto la primera descripción conocida fue la sintomatología hiperactiva (exceso de movimiento) descrita en 1844 por Hoffman, ésta fue la primera aproximación, la que no consideraba la inatención (Montoya y Herrera, 2014).

En 1902, Sir George Still realizó la primera descripción clínica formal en la revista médica “The Lancet”, describiendo a 43 niños que presentaban problemas graves con la atención sostenida y en el mantenimiento de la conducta (Hidalgo, 2014), Still no utilizó la designación actual de este trastorno, pero diversos autores infieren que los niños que él describió, cumplirían hoy con los criterios del subtipo combinado del TDAH (Quintero y Castaño de la Mota, 2014). Los niños descritos no dejaban de moverse constantemente y lo tocaban todo, eran desconsiderados con los demás, no parecían preocupados por las consecuencias de sus acciones, poseyendo un carácter escandaloso y obstinado, en resumen manifestaban gran falta de atención y parecían carecer de control sobre su conducta, debido a esto el autor se refirió a lo antes mencionado como “defecto mayor de control moral”. Still (1902), supuso que era una enfermedad neurológica que no se debía a una mala crianza, sino que era producto de una herencia biológica o de una lesión al momento del nacimiento.

En los años 1917- 1918, hubo una epidemia de encefalitis que provocó en niños secuelas que conducirían a comportamientos hiperactivos, esto trajo consigo que algunos autores establecieran asociación entre hiperactividad y daño cerebral, surgiendo el concepto de “daño cerebral mínimo”, término utilizado hasta bien entrado el siglo XX (Mediavilla, 2003). La falta de pruebas acerca de las supuestas lesiones cerebrales, condujo a que en los años 70 se desarrollara un concepto más sutil de “disfunción cerebral mínima”, donde la sobre actividad motora sería un rasgo sobresaliente. También en esta década se enfatiza en la importancia de la atención sostenida y el control de impulsos, además de la hiperactividad para entender la naturaleza del trastorno Hipercinético (Quintero y Castaño de la Mota, 2014), durante este período emerge el concepto de déficit de atención.

Finalmente a partir de los años 80 se llevan a cabo estudios e investigaciones que culminan en los sistemas actuales de clasificación internacional de los criterios para diagnosticar el TDAH, donde se acepta que el TDAH es un trastorno neuropsicológico que afecta los procesos psicológicos básicos para la adaptación, afectivo, social y para el aprendizaje y donde se propone que este debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar que combine los avances neuro-farmacológicos con los psicoeducativos (Lavigne y Romero, 2010).

2.4.2 Concepto del TDAH.

Antes de comenzar a dar a conocer algunas definiciones que especialistas han realizado en torno al TDAH, es necesario realizar una distinción entre síndrome y trastorno, ya que inicialmente el déficit atencional era considerado un síndrome y hoy en la actualidad es considerado un trastorno. En función de esto el síndrome se considera como un “grupo de diferentes causas que pueden dar origen a un cuadro específico, el cual puede tener una presentación completa o parcial, pero que presenta siempre un elemento central constante y persistente” (Bianchi, 2012. p. 1025). En cambio el trastorno no posee un elemento en común de manera persistente, carece de un elemento único y específico que lo defina (Bianchi, 2012).

A continuación se dará a conocer algunas definiciones que especialistas han realizado en torno al TDAH.

En función a esto Céspedes (2012) hace mención al Déficit Atencional y lo define como “un conjunto de características neuropsicológicas que se expresan a lo largo del desarrollo, en lo cognitivo, lo socioafectivo y lo conductual, pero cuyo sustrato es cerebral” (p. 51) estas características poseen un denominador en común el cual es el compromiso de las funciones ejecutivas.

Aboitiz y Carrasco (2009), definen el TDAH como “un cuadro neuropsiquiátrico complejo, que se manifiesta en la esfera del comportamiento, de la conducta del sujeto, y que le genera desventaja o desadaptación en distintos ámbitos (personal, familiar, escolar,

laboral, social)”, no es un trastorno del estado de ánimo, sino que se afecta la conducta del sujeto (p. 21).

También Romero y Lavigne (2005) realizan una definición operativa del concepto del TDAH donde destacan las dificultades significativas que se dan a nivel escolar, familiar y social, además de enfatizar en la disfunción que se presenta en las funciones ejecutivas, específicamente en la atención sostenida, memoria de trabajo, autorregulación de la motivación, procesos de análisis y síntesis de los procesos de enseñanza y aprendizaje, la planificación, organización, automonitorización, flexibilidad cognitiva y persistencia:

“TDAH es un término específico que se refiere a un grupo de trastornos escolares y no escolares, que se manifiestan como dificultades significativas para el aprendizaje y la adaptación familiar, escolar y social. El TDAH puede darse a lo largo de toda la vida de la persona, pero se manifiesta de forma particularmente álgida en el período vital comprendido entre el nacimiento y la adolescencia. Este trastorno es intrínseco a la persona que lo padece, es decir, que es debido a una alteración neuropsicológica que provoca disfunciones en los mecanismos de Control Ejecutivo del Comportamiento, que afecta de modo directo a los procesos psicológicos de atención sostenida, memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y el afecto, internalización del lenguaje y procesos de análisis y síntesis, directamente implicados en las tareas de enseñanza-aprendizaje y adaptación escolar. Aunque el TDAH puede ocurrir conjuntamente con otros trastornos (por ejemplo deficiencia sensorial, discapacidad intelectual, trastornos emocionales graves, dificultades específicas de aprendizaje) o con influencias extrínsecas (por ejemplo diferencias culturales, deficiencias o inadecuaciones educativas, instrucción inapropiada o insuficiente), no es el resultado de estas condiciones o influencias” (Romero y Lavigne, 2005, p. 92).

Esta definición es importante para la presente investigación, ya que enfatiza en los diversos procesos neuropsicológicos y psicológicos que intervienen en el TDAH, como lo

son el sistema ejecutivo y su importancia en este trastorno y como este afecta el desarrollo y la adaptación familiar, escolar y social de quienes lo padecen.

2.4.3 Sistemas de clasificación internacional de criterios diagnósticos para el TDAH.

El diagnóstico del TDAH en la actualidad es principalmente clínico y es fundamentado en la historia personal y familiar del niño o niña, en un detallado examen físico, mental y neurológico, y en la realización de evaluaciones complementarias que apoyen el diagnóstico (López, Rodillo y Kleinsteuber, 2008).

Los criterios diagnósticos se basan en la identificación de niveles de atención, actividad e impulsividad inapropiados para la edad del desarrollo del sujeto y que interfieren de manera significativa y negativa en el desempeño escolar, funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y desempeño ocupacional durante al menos 6 meses (López, Rodillo y Kleinsteuber, 2008).

Actualmente existen dos sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDAH los cuales son: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (en adelante DSM- V) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (en adelante CIE-10). A continuación se presentará la transición del concepto de TDAH en el DSM, para luego dar a conocer la definición que posee cada uno de éstos en relación al TDAH, se dará a conocer los criterios de cada uno y se realiza una comparación entre ellos.

El TDAH se introduce en el DSM-II con el término de “reacción hipercinética”, haciendo alusión exclusivamente al aspecto motor. Luego de esto, en el DSM-III se denomina “trastorno de déficit de atención con hiperactividad o sin hiperactividad”. El DSM-III-R eliminó los subtipos y realizó una conceptualización unitaria “trastorno de déficit de atención”. Posteriormente en el DSM-IV y DSM-IV-TR se volvieron a aceptar los subtipos, aunque reformulados en comparación con el DSM-III adoptando otros

criterios y se denomina el TDAH como un “trastorno por déficit de atención con hiperactividad: tipo inatento, hiperactivo, impulsivo y combinado” (Artigas, 2011).

Los criterios diagnósticos se refieren al conjunto de síntomas que deben estar presentes para poder realizar el diagnóstico apropiado, en función de esto a continuación se darán a conocer los criterios propuestos por el DSM-IV- TR (APA,2002).

Tabla 1. Criterios de Diagnósticos DSM–IV-TR.

A. (1) o (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f. A menudo, evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- 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
- i. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) seis o más de los siguientes síntomas de *hiperactividad- impulsividad* que han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve con 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 (.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela, en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de personalidad).

Se pueden presentar:

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado:** si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención:** si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2, durante los últimos 6 meses.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo- impulsivo:** si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1, durante los últimos 6 meses.

(Fuente: DSM- IV-TR APA, 2002, p. 105-107).

El TDAH está inserto dentro de los trastornos del desarrollo neurológico (APA, 2014), en función de esto el DSM-V (APA, 2014) lo define como: un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Al momento del diagnóstico los síntomas deben haberse mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta de

forma directa las actividades sociales, académicas y laborales, la edad de inicio de los primeros síntomas asociados al trastorno es hasta los 12 años.

A continuación se dan a conocer los criterios diagnósticos utilizados por el DSM-V (APA, 2014):

Tabla 2: Criterios de Diagnóstico DSM-V.

A.- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere en el desarrollo y se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas / laborales
 - a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuidos se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
 - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
 - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
 - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
 - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. **Hiperactividad e impulsividad:** seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas / laborales:
 - a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”.
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.

- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

B.- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo- impulsivo estaban presentes antes de los 12 años.

C.- Varios síntomas de inatención o hiperactivo- impulsivo están presentes en dos o más contextos.

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.

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad- impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **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.
- **Presentación predominante hiperactiva / impulsiva:** Si se cumple el Criterio A (hiperactividad- impulsividad) y no se cumple el criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

(Fuente: DSM-V (APA, 2014, p. 33-36).

Otro de los sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDAH es el CIE- 10 (1992), el cual lo contempla dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones y lo denomina: trastorno hiperactivo, el que se caracteriza por su comienzo precoz, falta de persistencia en tareas que requieren un esfuerzo intelectual y tendencia a cambiar de una actividad a otra sin acabar ninguna, además de una actividad desorganizada, irregular y excesiva. El diagnóstico requiere la presencia de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y diversas situaciones.

A continuación se dan a conocer los criterios diagnósticos para el Trastorno Hiperactivo, el cual requiere la presencia clara de un déficit de atención, hiperactividad o

impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, los cuales no deben ser causadas por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

Tabla 3: Criterios de Diagnóstico CIE-10.

G1. Déficit de atención: por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo.
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades.
8. Fácilmente se distrae por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad: al menos tres de los siguientes persisten durante al menos seis meses en un grado inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en clases o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad: al menos uno de los siguiente síntomas persiste durante al menos 6 meses:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.

3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás.
4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.

G5. Los criterios deben cumplirse para más de una situación.

G6. Los síntomas de G1 al G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

(Fuente: CIE- 10, 1992).

Los sistemas de clasificación DSM-V y CIE-10 poseen puntos en común en relación a los criterios diagnósticos del TDAH, los cuales son los siguientes:

- Ambos tienen 18 síntomas.
- Implican la presencia de los síntomas al menos durante 6 meses.
- Estos síntomas deben afectar en diversos ámbitos de la vida del sujeto.
- Consideran que debe existir un deterioro funcional que es causado por este trastorno.

Al tener puntos en común también difieren entre ellos, sus diferencias en relación a los criterios diagnósticos radican en lo siguiente:

En el DSM- V (APA, 2014):

- Los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años.
- No tienen que darse los tres síntomas en el sujeto.
- TDAH puede coexistir con alteraciones de ansiedad y/o estados de ánimo.

El CIE- 10 (1992):

- Síntomas presentes antes de los 7 años de edad.
- Se deben dar los tres síntomas en el sujeto.

- La ansiedad y otros trastornos del ánimo excluyen el diagnóstico del Trastorno Hiperactivo.

2.4.4 Etiología del TDAH.

El TDAH, es un trastorno intrínseco a la persona, debido a una alteración neuropsicológica que provoca un retraso en el desarrollo de los sistemas del control ejecutivo. ¿Qué provoca esta alteración?, es una pregunta que diversos investigadores se han realizado y ha provocado diversas respuestas, donde se dan a conocer diversos factores tanto biológicos, hereditarios y psicosociales y donde se ha llegado a un consenso que posee una etiología multifactorial.

El TDAH según Romero y Lavigne (2005) puede originarse por **factores biológicos** obtenidos durante el período prenatal, perinatal y postnatal del embarazo, por ejemplo consumo de alcohol, drogas, tabaco y fármacos por parte de la madre, prematuridad o bajo peso al nacer, retraso en la maduración neurobiológica o lesiones cerebrales que afectan negativamente en el control cerebral de las actividades.

También se encuentran los **factores genéticos- neurobiológicos**, los cuales son importantes al momento de visualizar la causa que provoca este trastorno. En un estudio realizado en gemelos se comprobó que la heredabilidad del TDAH es del 76% (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). Hay genes que están implicados en el TDAH, especialmente los que codifican para los transportadores y receptores de la dopamina (DA), principalmente los genes catecolaminérgicos como lo es el gen receptor dopaminérgico D4 (DRD4), que presenta un polimorfismo, y el alelo 7-R que es más frecuente en los niños con TDAH, también han surgido relaciones entre los síntomas del TDAH y otros neurotransmisores como lo son la noradrenalina y serotonina. Los estudios actuales de la genética han permitido concluir que no hay un único gen implicado en la etiología del TDAH sino que son varios (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

En relación a los **factores neuroanatómicos**, los estudios de neuroimagen cerebral han permitido conocer la implicancia del cortex prefrontal y los ganglios basales. Diversos

estudios han encontrado volúmenes inferiores de la corteza prefrontal dorosolateral y regiones conectadas con esta, y estas anomalías volumétricas del cerebro y cerebelo persisten con la edad, se correlacionan con la gravedad del TDAH pero no con el tratamiento farmacológico ni con la morbilidad (Hidalgo y Soutullo, 2011). Actualmente la neuroimagen está aportando datos importantes en relación a las diferencias que se presenta en la actividad cerebral de niños con TDAH, por dar ejemplos los estudios con SPECT (tomografía por emisión de fotón simple) muestran la existencia de una distribución anormal del flujo sanguíneo cerebral en niños con este trastorno, en adolescentes la PET (tomografía por emisión de positrones) ha mostrado disminución en el metabolismo cerebral regional de la glucosa en el lóbulo frontal. Finalmente los estudios realizados con RMF (resonancia magnética funcional) y MEG (magnetoencefalografía) han encontrado una hipoactivación de la corteza prefrontal, mas marcada en el hemisferio derecho y núcleo caudado, también alteraciones en el cíngulo anterior y diferentes efectos en la activación de ganglios basales (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

En los **factores neuroquímicos**, los neurotransmisores NA (noradrenalina) y la DA (dopamina) son de suma importancia en el tratamiento farmacológico y fisiopatología del TDAH, ya que ambos están involucrados en la función atencional y la DA también en la regulación motora. Se ha observado afectación en las regiones ricas en DA (región de la función ejecutiva) y en las regiones ricas en NA (región posterior de la flexibilidad cognitiva) que explicarían los síntomas fundamentales del TDAH (Hidalgo y Soutullo, 2011). Las vías reguladas por la DA serian las responsables de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, mientras que las vías reguladas por la NA serian responsables principalmente de los síntomas cognitivos y afectivos (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

Finalmente cabe destacar los **factores psicosociales** que influyen en la manifestación del TDAH, ya que la severidad y expresión de los síntomas pueden verse afectados a través de la interacción gen-ambiente. Los factores son la inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza

inadecuada, relaciones negativas padres- hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, entre otros (Hidalgo y Soutullo, 2011).

2.4.5 Comorbilidad con el TDAH.

Hervás y Durán (2014), definen comorbilidad como “la presencia de dos o más condiciones nosológicas simultáneas, y en el TDAH puede considerarse la norma más que la excepción. Esto implica un peor funcionamiento y pronóstico, especialmente en aquellos casos en los que es múltiple” (p. 643).

El TDAH se presenta de manera frecuente con otros trastornos comórbidos, lo cual puede presentar ciertas complicaciones con el diagnóstico, por eso se debe poner énfasis en realizar un correcto diagnóstico diferencial, ya que diversos trastornos pueden parecer un TDAH pero no lo son, los cuales pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida del sujeto.

Aboitiz y Carrasco (2009), mencionan las condiciones que pueden ser comorbilidad o diagnóstico diferencial de TDAH y se explican a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 4: Condiciones que pueden ser comorbilidad.

Trastorno	Frecuencia reportada como comorbilidad	Principales características
Trastorno Específico del Aprendizaje	20% a 40%	Comparte con el TDAH un rendimiento escolar inferior al esperado para su nivel intelectual, la diferencia radica que en el TDAH el bajo rendimiento es por inatención, aburrimiento y escasa capacidad de esfuerzo.
Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)	15% a 60%	Comparte con el TDAH lo disruptivo de la conducta, la diferencia radica en la intencionalidad en TOD, mientras que en el TDAH suelen ser impulsivas e irreflexivas, pero no intencionadas.
Trastorno de	15%	Comparte con TDAH lo disruptivo de la

Conducta Disocial (TC)		conducta, la diferencia radica en el daño intencionado a terceras personas.
Trastornos Ansiosos	20% a 33%	Existe un sentimiento de temor, malestar psíquico, expectación, incertidumbre, preocupación y angustia. El sujeto puede mostrarse inquieto e inatento, pero esta conducta está basada en los sentimientos descritos con anterioridad, a diferencia del niño hiperactivo en contexto de TDAH solamente, donde la inquietud motora es en general ego-sintónica.
Trastornos del Ánimo (depresión, distimia, trastorno bipolar)	3% a 33%	Los niños que poseen TDAH con frecuencia exhiben cambios bruscos de humor, pero los ciclos son breves en comparación a estos trastornos del ánimo. Los niños con TDAH pueden desarrollar hacia la adolescencia y adultez bipolaridad, solo si hay un terreno genético para ello.

(Fuente: Aboitiz y Carrasco, 2009).

En función con lo anteriormente mencionado, Artigas (2003) hace alusión a la comorbilidad de distintos trastornos con el TDAH, destacando las distintas funciones neuropsicológicas y la especial involucración del sistema ejecutivo en la estructura cognitiva, por ende es evidente la proximidad que existe con diversos trastornos del desarrollo. Los trastornos que muestran comorbilidad con el TDAH son:

- Síndrome de Tourette / Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastorno del Espectro Autista
- Trastornos del aprendizaje
- Dislexia.
- Discalculia.
- Disgrafía.
- Trastornos del desarrollo de la coordinación.

- Trastornos de la conducta.
- Trastornos de ansiedad.
- Depresión y otros trastornos afectivos.
- Discapacidad Intelectual.

2.4.6 Tratamiento para el TDAH.

El tratamiento para el TDAH requiere de una atención multidisciplinar que involucre a diversos especialistas y profesionales, que aporten desde su conocimiento y área específica, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, ya que es imprescindible por las consecuencias que causa en la infancia/ adolescencia y por la persistencia de este trastorno en la etapa adulta, ya que, como se ha mencionado con anterioridad el TDAH constituye uno de los problemas neuropsiquiátricos más relevantes en la etapa escolar y adolescente. Los principales síntomas son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Cabe destacar que la detección y tratamiento temprano mejoran el pronóstico y reduce la morbilidad. Rodríguez y Criado (2014), enfatizan que “el tratamiento debe ser multimodal (farmacológico y no farmacológico) que tiene por objetivo la promoción del desarrollo del niño y la reducción de las dificultades secundarias al trastorno” (p. 624).

Vaquerizo y Cáceres (2006), enfatizan que lo primero que se debe realizar es proporcionar información a la familia del sujeto sobre la naturaleza biológica, el curso evolutivo del trastorno y las particularidades del tratamiento farmacológico.

En función de esto se encuentran los siguientes tratamientos e intervenciones:

2.4.6.1 Tratamiento farmacológico.

El TDAH como se ha mencionado con anterioridad requiere de una intervención multidisciplinar, para poder mejorar el desarrollo integral de las personas que presentan este trastorno, para esto se sugiere un abordaje multimodal que englobe el tratamiento no farmacológico y farmacológico.

En función de esto los fármacos en la actualidad constituyen un tratamiento fundamental en el TDAH. Dentro de este tratamiento se encuentran los **psicoestimulantes** que son los más utilizados por su eficacia tanto en la hiperactividad como en la mejora de aspectos cognitivos implicados en el TDAH, como el déficit de atención, mejora en las funciones ejecutivas, memoria de trabajo y la impulsividad y en segunda línea se encuentran los **antidepresivos** y los agonista alfa-adrenérgicos, utilizados cuando no han causado efectividad los psicoestimulantes (Pozo, Gándara, García y García, 2005).

La primera vez que se utilizó un estimulante para el tratamiento del TDAH fue en 1937 por Bradley, donde a través de un estudio se observaron mejorías significativas en los niños (Díaz, 2006). A continuación se darán a conocer los fármacos psicoestimulantes más utilizados:

Los fármacos estimulantes son los siguientes:

- **Metilfenidato:** es el medicamento más utilizado en la actualidad en cualquiera de sus presentaciones y su utilización se incrementó en EE.UU a principios de los años noventa (Mediavilla, 2003). Es un derivado de la piperidina y posee una estructura similar a las anfetaminas. Actúa principalmente sobre la corteza prefrontal responsable de los sistemas atencionales. Este es rápidamente absorbido en el tracto gastrointestinal, la dosis en una u otra presentación varían entre 0,3 a 1 mg/kg/día, se puede administrar todos los días. Los efectos colaterales son mínimos y el único requisito para su administración es el control médico periódico (Pascual, 2008).
- **D-anfetamina:** son una clase de fármacos estimulantes que aumentan los niveles de dopamina y noradrenalina que están disponibles en el cerebro, al hacerlo ayudan a mejorar la capacidad individual de enfocarse, concentrarse, controlar el comportamiento impulsivo, planificar, organizar y resolver problemas. También actúa al igual que el metilfenidato inhibiendo la recaptación de dopamina. Es recepcionada por la proteína presináptica hacia el interior de la neurona presináptica a cambio de la liberación de dopamina y en su interior favorece la liberación de ésta (Loro et al., 2009).

También dentro de los fármacos no estimulantes más comunes se encuentran:

- **Antidepresivos:** donde su efecto se debe a la capacidad que poseen de aumentar la noradrenalina y la dopamina en la sinapsis, neurotransmisores implicados en el TDAH.
- **Antidepresivos tricíclicos:** su mecanismo de acción es la inhibición de la recaptura de la noradrenalina, estos han demostrado su utilidad en el manejo de los pacientes con TDAH y conductas disruptivas. Las ventajas que trae consigo su utilización es la reducción de la gravedad de los tics comórbidos al TDAH y las desventajas son los efectos colaterales, principalmente la prolongación del tiempo de repolarización cardiaca, ganancia de peso y estreñimiento (Ulloa et al., 2005).
- **Bupropión:** es un antidepresivo posee un efecto agonista indirecto dopaminérgico y noradrenérgico, lo que se hace potencialmente eficaz en el tratamiento del TDAH. Ha demostrado su eficacia en el tratamiento de niños a partir de los siete años, adolescentes y adultos, también ha demostrado su utilidad en el manejo del TDAH comórbidos con trastorno disocial, uso de sustancias y depresión. En sus efectos colaterales se encuentra la reducción del umbral convulsivo, erupción cutánea y elevación leve de la tensión arterial (Pozo et al., 2005). También se encuentran efectos positivos los cuales se enfocan en la mejora de la hiperactividad y agresividad (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006).
- **Atomoxetina:** que es un inhibidor selectivo del transportador presináptico de noradrenalina, por lo que inhibe la recaptación de noradrenalina, (NA) aumenta los niveles de ésta y de dopamina (DA) en el córtex prefrontal, lo que produce un efecto beneficioso sobre el TDAH. También cabe destacar que es el primer fármaco no estimulante aprobado para el tratamiento del TDAH y así también para el tratamiento en adultos. Este medicamento ha demostrado ser bien tolerado y efectivo. Los efectos negativos o adversos suelen ser leves y transitorios, los más usuales son náuseas, irritabilidad, sensación de mareo y disminución del apetito (Díez, Figueroa, Soutullo, 2006).

2.4.7 Intervenciones no farmacológicas.

Se refieren a las intervenciones psicológicas en el tratamiento del TDAH, poniendo énfasis en la importancia de planificar este tratamiento bajo el prisma multimodal, enfatizando un enfoque integral y ajustando a las características propias del niño y al momento de desarrollo del trastorno en que se lleva a cabo el diagnóstico. Este tipo de intervención se recomienda como tratamiento inicial, si los síntomas son leves o no producen en el niño un deterioro significativo, también si el diagnóstico realizado es incompleto o el caso es parcial, ya que no cumple todos los criterios o si los padres rechazan el empleo de medicamentos (Loro et al., 2009).

Dentro de las intervenciones no farmacológicas se destacan las siguientes:

- 1. El Tratamiento conductual:** mediante las técnicas de modificación de la conducta es el tratamiento no farmacológico más eficaz según Rodríguez y Criado (2014). Éste trabaja bajo la hipótesis de que el comportamiento de los niños y adultos se puede modificar trabajando de forma directa sobre ellos. Se fundamenta en la idea que hacemos las cosas en función de las consecuencias que se recibe, la idea básica que fundamenta este tratamiento es que se pueden manejar las consecuencias de la conducta para aprender cómo se deben hacer las cosas. Las personas que son receptoras de este tipo de tratamiento obtienen diversos efectos positivos como lo son; aumento de la atención y del rendimiento académico, mejor autocontrol de la actividad motora y avances positivos de la interacción social (Loro et al., 2009). Las técnicas utilizadas son las técnicas operantes y para esto se debe realizar de manera exhaustiva una evaluación que permita analizar de forma funcional los factores que generan y mantienen esa conducta inadecuada para trabajar sobre ellos. Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares, profesores, etc.), por esto se les debe entrenar en la identificación de los problemas que van surgiendo y la capacidad de aplicar cada técnica, ya que las estrategias a utilizar se deben llevar a cabo en los diversos contextos donde se desenvuelve la

persona, por lo que además del aprendizaje a nivel familiar se deben aportar pautas a educadores y profesores.

A continuación se darán a conocer las diversas técnicas utilizadas en este tratamiento según los autores Loro et al., en el 2009:

Las técnicas que se utilizan para la adquisición de conductas adecuadas (**reforzadores**) son los siguientes:

- **Alabanza:** la cual debe ser descriptiva y específica, donde se deben incluir comentarios positivos evitando ironías, indirectas, sarcasmos y comparaciones con situaciones anteriores.
- **Atención :** reforzador de suma importancia, debido a que no requiere de un esfuerzo mayor, ya que solamente es suficiente mirar al niño a los ojos y sonreírle, hacer un comentario personal o realizar una actividad con él.
- **Contacto físico:** aplicarlo principalmente con niños pequeños.
- **Privilegio:** las recompensas deben ser tangibles al igual que los privilegios en función de los gustos y característica de cada niño.

Las técnicas para reducir o eliminar los comportamientos no deseados consisten en aplicar consecuencias negativas para el niño ante la conducta detectada como inadecuada. Dentro de estas técnicas se encuentran:

- **Coste de respuesta:** que consiste en pagar con “puntos” o privilegios por la mala conducta, los que se descuentan del programa de refuerzo.
- **Tiempo fuera:** es utilizada cuando la conducta es inadecuada y no se ha logrado identificar los refuerzos positivos que mantienen dicha conducta, en esta situación se aísla al niño y es llevado a un rincón sin estimulación.
- **Extinción:** sirve para eliminar los problemas de conducta, esta se emplea cuando existen episodios intrusivos que provocan situaciones de conflicto con sus tutores.

Para su aplicación se debe ignorar la conducta problemática que está realizando la persona desde el inicio.

2. Tratamiento cognitivo: centra su atención en trabajar con los procesos cognitivos y mentales que regulan la conducta, para lograr incrementar el autocontrol y ayudar a la autonomía de éste. A diferencia con el tratamiento visto anteriormente (tratamiento conductual) el control lo ejerce el niño no el adulto. Dentro de las técnicas se encuentra:

- **Autoinstrucciones.**
- **Entrenamiento en autocontrol:** se debe aplicar a niños a partir de los 12 años de edad y debe seguir la secuencia de autoevaluación- plan de acción, intervención y autorrefuerzo.
- **Solución de problemas:** el que tiene por objetivo aumentar la autonomía en la persona y desarrollar habilidades que favorezcan la autodirección y autocontrol.

3. Intervención psicoeducativa: es una estrategia que permite aportar la mejor información sobre el TDAH al paciente, padres y educadores con criterios de utilidad y veracidad científica. La información que se debe entregar debe ser útil para poder dejar en claro los aspectos más importantes del trastorno y clarificar las ideas preconcebidas que se poseen. Se debe esclarecer la etiología para de esta forma, desculpabilizar a la familia y profesores, enfatizando que en sus causas no intervienen estilos educativos o patrones de enseñanza, aunque estos factores pueden matizar la expresión de los síntomas. También enfatizar en que es un trastorno de origen neurobiológico y no lo desarrolla la persona de forma voluntaria, la intervención y tratamiento deben planificarse y llevarse a cabo desde el diagnóstico lo más pronto posible para evitar que el pronóstico empeore o se incremente el riesgo de comorbilidad, por eso se debe abordar desde la atención temprana en conjunto con los especialistas correspondientes con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la persona afectada (Rodríguez y Criado, 2014). Esta

intervención busca proporcionar las claves y herramientas necesarias al profesional de la enseñanza para ayudar a los alumnos que tienen TDAH, dotándolos de estrategias para mejorar la organización de las clases, adaptación del currículo y estrategias de aprendizaje para estos alumnos.

Al finalizar, este apartado referido a la intervención y tratamiento para el TDAH, cabe destacar la importancia de la intervención multimodal, integrando tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, todo con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la persona. Se debe realizar un abordaje integral, personalizado, basado en las características de cada sujeto, con un equipo multidisciplinar para que cada uno desde su especialidad aporte sus conocimientos involucrando también como agente fundamental a la familia.

2.5 Normativa educativa chilena sobre educación especial.

Actualmente la educación se regula por leyes y decretos que permiten normar la entrega de apoyos específicos a todos los estudiantes que ingresen al sistema educativo regular, y de igual manera responder a la diversidad de estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales.

Por ende, en Chile existe la Ley N° 20.370, que establece la ley general de educación, se dicta en reemplazo de la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza de 1990, actuando en respuesta de las masivas demandas estudiantiles en función de reformar la educación pública del país (Bernasconi, 2015). En ella se proponen los principios y fines de la educación, en donde esta ley regula los derechos y deberes de los integrantes de la comunidad educativa, a su vez los del Estado con el objetivo de tener un sistema de educación que se caracterice por la equidad y calidad en la entrega de su servicio. De igual manera, bajo esta ley, se entiende la educación como un proceso de aprendizaje constante y que abarca diversas etapas de la vida de las personas, con el fin de

alcanzar su desarrollo íntegro. Es por esto, que la educación se promueve por medio de la enseñanza formal o regular, que es aquella que está estructurada y se entrega sistemáticamente, asegurando el progreso educativo; la enseñanza no formal, la cual constituye un proceso formativo, es llevado a cabo por un programa sistemático que no necesariamente es evaluado, pero sí puede ser reconocido y verificado el aprendizaje, y finalmente la educación informal, la cual conlleva a un proceso de desarrollo en la sociedad, y en la interacción, esto sin el cuidado de un establecimiento educacional. Finalmente, esta ley promulga que es deber del Estado velar por la igualdad de oportunidades y promover el acceso a la inclusión educativa, reduciendo la desigualdad que deriven de diversas circunstancias, pues la educación es un derecho de todas las personas.

Enmarcado dentro de lo que significa el acceso de todas las personas a educarse ya sea en un contexto formal o no formal, es que en nuestro país comienza a manifestarse la necesidad de generar decretos y leyes que den manifiesto de responder a la diversidad educativa, es por lo cual, que en primera instancia, para poder atender a la diversidad educativa, se requiere contar con un sistema educativo apto para entregar diversos recursos y apoyos que favorezcan la inclusión y participación de los educandos en las diversas experiencias de aprendizaje dentro de las aulas, por lo cual, se inician los Programas de Integración Escolar bajo el Decreto Supremo N°1/1998, el cual hace alusión a la integración social de las personas con discapacidad. En este decreto, que responde a lo señalado en la actual Ley N° 20.422/2010, que rige las normas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, se estipulan en sus artículos que su objetivo está centrado en asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, siendo su fin que puedan acceder a una plena inclusión, asegurándose el disfrute de sus derechos y excluyendo cualquier forma y modo discriminatorio. Por otra parte, para poder cumplir con esta ley, se hará conocedora a toda la comunidad de los derechos y principios de participación activa y necesaria en la sociedad de las personas con discapacidad, fomentando en todo sentido la valoración a la diversidad de las personas.

Finalmente como se menciona en el Manual sobre la Ley N° 20.422/2010, al aplicarse esta ley se deberán cumplir cinco principios los cuales son; 1) de vida

independiente, que es el Estado que permite a toda persona tomar decisiones, ejerciendo el derecho al libre desarrollo de la personalidad por medio de la actuación y participación en la comunidad, 2) de accesibilidad universal, condición que deben cumplir todos los entornos y servicios para que estos sean comprensibles, utilizables y practicables por todos bajo condiciones de seguridad y de la manera más autónoma y natural posible, 3) de diseño universal, en donde toda actividad que se origina y se proyecte a ser implementados deben ser poder utilizados por todas las personas, 4) intersectorialidad, la cual estipula que las políticas públicas dentro de cualquier ámbito, deben considerar como elemento transversal los derechos de las personas con discapacidad, y finalmente 5) participación y diálogo social, en donde las personas con alguna discapacidad, las organizaciones que las representen y las que agrupen a sus familias, puedan ejercer un rol activo en lo que conlleva a la elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas que les conciernen (SENADIS, 2010)

Finalmente, esta ley entiende a la persona con discapacidad como aquella que teniendo uno o más déficit físicos, mentales, ya sea por causa psíquica o intelectual, o sensorial, de un carácter temporal o permanente, al momento de interactuar con distintas barreras que se encuentran en los contextos, ve restringida su plena participación en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas. En definitiva, se debe garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades, de acceso a diversos entornos y de poder vivenciar los ajustes que sean necesarios para adecuar el ambiente y permitir su plena participación, de manera de asegurar su bienestar y desarrollo pleno bajo el respeto y ausencia de discriminación, por ende son fundamentales las redes de apoyos que se generen para atender a las necesidades de una persona que presente alguna necesidad de apoyo, y en este caso se considera indispensable el trabajo desde las relaciones familiares ya que las ayudas que se le otorguen deben permitir que como grupo familiar compartan y participen con todas sus particularidades en un ambiente colectivo en donde todos los integrantes tienen algo que aportar al medio social (MINEDUC, 2002).

Una vez comprendido el objetivo de la Ley N° 20.422/2010, es que se hace efectiva la necesidad de comprender que se requieren realizar las adecuaciones que sean necesarias

para garantizar el pleno acceso a diversos contextos de interacción y aprendizaje a las personas que presenten alguna discapacidad, entendiendo dentro de esto el acceso a la educación. Por lo cual también determina que el Estado garantiza a las personas con discapacidad, el acceso a establecimientos públicos y privados del sistema educativo ya sea regular o educación especial, la que se presenta como una modalidad del sistema escolar que entrega servicios y recursos especializados, ya sea en establecimientos regulares o especiales, asegurando el aprendizaje de calidad a todos los niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales, cumpliendo con el principio de igualdad de oportunidades, por medio de la incorporación de innovaciones y adecuaciones curriculares, infraestructura, materiales y disposición de especialistas dentro de un equipo multidisciplinario, que permita y facilite el acceso a los niveles educativos asegurando su permanencia y progreso en el sistema educacional. (SENADIS, 2010)

Bajo esta mirada, un programa de integración estipulado por el Decreto N° 170/2009, del cual se hablará más adelante, sostiene que es una estrategia inclusiva del sistema escolar, el cual tiene como propósito entregar apoyos adicionales, dentro del contexto de aula común en establecimientos educativos, a todos los estudiantes que presenten necesidades educativas especiales las que son entendidas como aquellas necesidades educativas individuales que requieren ser atendidas por medio de ajustes, recursos o medidas pedagógicas especiales (Godoy, Meza y Salazar, 2004). Estas necesidades pueden presentarse de dos maneras, como de carácter permanente, es decir, aquellas barreras para aprender que se experimentan durante toda la vida escolar, y de carácter transitorias, cuando los alumnos requieren apoyos sólo en algún momento de la vida escolar. (Bermeosolo, 2015). Dentro del trabajo que se realiza bajo los lineamientos estipulados en los Programas de Integración Escolar se encuentran directrices sobre la planificación de la enseñanza en el PIE, posibilitando a los establecimientos educacionales contar con mayores recursos tanto humanos como materiales para así otorgar una educación relevante y pertinente a la diversidad de cada uno de los educandos. Esta planificación cuenta con tres aspectos importantes que sustenta la entrega de apoyos y toma de decisiones

que son; *Planificación de la Enseñanza en el PIE, Planificación de los Recursos y Planificación de los Recursos Humanos.*

En cuanto a la planificación de la enseñanza en el PIE, se establecen metas semestrales o anuales sobre el aprendizaje, considerando la formación integral del estudiante que presenta requerimientos de apoyos, por otra parte se considera la opinión, participación y colaboración de la familia y así también del propio estudiante definiendo las metas de aprendizaje a alcanzar, así mismo, se busca proponer y llevar a cabo un sistema de monitoreo, evaluación y seguimiento del proceso de los aprendizajes de los estudiantes con los cuales se realizará la entrega de apoyos y por último implementar en cada curso estrategias para responder a la diversidad dentro del aula. Por otra parte, respecto a la planificación de los recursos del PIE, se debe estipular una planificación rigurosa en la cual se dé cuenta de la utilización de los recursos financieros que se aportan también desde la subvención de educación especial promoviendo condiciones para que se realicen los procesos de enseñanza y aprendizaje. Por ende estos recursos también deben destinarse para la contratación de recursos profesionales, capacitación y perfeccionamiento, compra de materiales educativos y también destinar recursos para apoyar la coordinación, trabajo colaborativo y planificación, permitiendo que los docentes de aula, profesores especialistas y profesionales especializados dispongan de horas para planificar y evaluar los procesos educativos centrados en la diversidad y en atender las necesidades educativas. Por último, en la planificación de los recursos humanos, existen dos elementos fundamentales que están dirigidos a entregar orientaciones y criterios para la contratación de profesionales especializados y a su vez, para que esto sea posible, implementar horas profesionales especializadas para el trabajo colaborativo de apoyo a los estudiantes que presentan necesidad educativas especiales (MINEDUC, 2009).

Dentro de lo mencionado anteriormente, se entiende el trabajo colaborativo dentro del trabajo que se realiza en el PIE, como una herramienta principal para mejorar la calidad de los aprendizajes de todos los estudiantes, especialmente de aquellos que presenten necesidades educativas especiales. El trabajo colaborativo implica que los establecimientos educacionales cuenten con un equipo interdisciplinario, en donde cada uno de ellos

intervenga en mejorar los aprendizajes y permita el fomento de la participación inclusiva de los estudiantes que presenten necesidades de apoyo, por ende la normativa señala que los profesores de educación regular, de niveles educativos que tienen estudiantes en PIE, deben contar con 3 horas cronológicas semanales como mínimo para el desarrollo de un trabajo colaborativo. Con respecto a lo anterior, con el fin de favorecer a este último se deben conformar Equipos de Aula por cada grupo curso que cuente con estudiantes integrados al PIE. Este equipo de Aula, se conforma por un grupo de profesionales que trabajan colaborativamente en el espacio aula, con el fin de mejorar la calidad de la enseñanza y aprendizaje, valorando la diversidad, apoyado entonces por el profesor de aula regular, profesores especialistas como educadores diferenciales y profesionales asistentes de la educación. Finalmente, este equipo de Aula trabajará en la sala de clases y a su vez realizará reuniones de planificación y otras acciones de entrega de apoyos para sus estudiantes, las familias e incluso a otros docentes fuera del aula regular (MINEDUC, 2013).

En este sentido, los programas educativos surgen para dar respuesta a esta diversidad de los alumnos dentro de las aulas, pero también se deben fijar normas que rijan quiénes son los alumnos que pueden o no pertenecer a este programa educativo, para eso existe hoy en día la Ley N° 20.201/2007 que deroga al antiguo Decreto de Fuerza de Ley N° 2/1998. Esta ley se encarga de la subvención del Estado a establecimientos educacionales por alumno que presente NEE, la cual actualmente rige su cumplimiento por medio del Decreto N° 170/2009. Este decreto fija las normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial, por lo cual este reglamento regula los requisitos, instrumentos, pruebas diagnósticas y perfil de los profesionales competentes que deban aplicarlas con la finalidad de identificar a los estudiantes con necesidades educativas especiales, y por los que se podría acceder al beneficio de la subvención del Estado para la educación especial. Por otra parte, se considera importante la evaluación diagnóstica, pues dependiendo de los resultados, se concederá subvención o no, por lo cual esta evaluación constituye un proceso de indagación integral llevado a cabo por un profesional competente, que consiste en la

aplicación de instrumentos evaluativos, teniendo como objetivo, mediante un trabajo interdisciplinario, precisar la condición de aprendizaje y salud del estudiante, cumpliendo con el propósito de aportar información relevante para así poder identificar los apoyos especializados que los alumnos requieren para poder acceder y participar de las experiencias de aprendizaje escolar.

En el decreto, se presenta el diagnóstico de los alumnos y alumnas beneficiarios de la subvención de necesidades educativas especiales, tanto de carácter transitorio (Trastorno específico del aprendizaje, trastorno específico del lenguaje, trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad y coeficiente intelectual en el rango límite inferior), y también las de carácter permanente (discapacidad visual, auditiva, disfasia severa, trastorno espectro autista, deficiencia mental severa o multidéficit). En este caso nos centraremos en las necesidades de apoyos derivadas del TDAH. Siendo definida, bajo el Decreto N° 170/2009, como un trastorno de inicio temprano, puesto que surge en los primeros 7 años de vida del alumno, presentado déficits claros en la atención, impulsividad y/o hiperactividad. Estas conductas y comportamientos se deben evidenciar en más de un ambiente en el cual participe el estudiante y que produzca a su vez un malestar significativo o alteración en el desempeño social o académico. Este trastorno debe su origen a factores que pueden ser neurobiológicos o genéticos y por ende, no se relaciona con factores socio ambientales, además los factores psicosociales y familiares no constituyen una causa que de origen al déficit. Por otra parte, el estudiante que cumpla con los criterios diagnósticos, recibirá una subvención de necesidades educativas especiales de carácter transitorio, por lo cual, la evaluación diagnóstica debe considerar como un proceso exhaustivo de detección y derivación y además proveer un diagnóstico integral, por lo cual como se menciona en MINEDUC 2013, en lo estipulado en su guía de orientaciones técnicas para PIE, se deben considerar: Anamnesis, observación directa fuera y dentro del aula, evaluación pedagógica por parte del docente de aula, entrevista a la familia, revisión de antecedentes estudiantiles y evaluaciones previas si existieran, elaboración de un informe de derivación a especialista cuando sea necesario, Test de Conners, TOCA-RR para profesores y cuestionario PSC (Observación del comportamiento en el hogar) para padres. De acuerdo a lo anterior, la

evaluación diagnóstica integral debe tomar en cuenta la evaluación médica, psicopedagógica e información que otorga el medio o contexto escolar y familiar.

Como es en el caso de cada una de las NEE que se presenten en la diversidad educativa de un establecimiento, este decreto sostiene que por cada nivel o curso educativo, deben presentarse no más de 5 estudiantes con NEE de carácter transitorio, y máximo 2 alumnos con NEE de carácter permanente, por lo cual a su vez deben existir recursos humanos especializados y materiales adaptados que den respuesta a los requerimientos de cada estudiante y también recursos materiales que sirvan de apoyo y guía para el docente, en este caso, el Ministerio de Educación gestiona material teórico que tiene la finalidad de orientar el quehacer docente en los diversos niveles educativos, para favorecer la atención a la diversidad de la manera más íntegra para los estudiantes (MINEDUC, 2013).

En concordancia con lo anterior y referido a la necesidad educativa de tipo transitoria referida al Trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad, existen a disposición de los docentes tres guías para la comprensión y uso de estrategias de apoyo desde un enfoque inclusivo para todos los estudiantes con presencia de este diagnóstico.

Las guías van dirigidas a la educación parvularia, básica y media, cada una con su enfoque particular respectivo a la etapa del desarrollo de los alumnos y el nivel educativo en el cual se encuentran.

En el texto referido a educación parvularia, se entregan lineamientos de apoyo técnico-pedagógico para problemas de atención y concentración, en donde en una primera parte se describen las dificultades de atención y concentración entendidas como el trastorno de déficit atencional explicando qué es y cuáles son sus causas. Por otra parte entrega sugerencias para la detección y derivación oportuna, también se exponen las fortalezas y dificultades de los niños y niñas con déficit atencional desde el ámbito cognitivo, social-conductual y afectivo. Por último, se dan a conocer las respuestas y propuestas educativas para niños y niñas con dificultades en el atención, impulsividad e hiperactividad, para luego otorgar sugerencias prácticas específicas para la adaptación de la respuesta educativa, por

medio de orientación técnico-pedagógicas en el ámbito de formación personal y social, comunicacional y también en relación con el medio natural y cultural (MINEDUC, 2008).

Con respecto a las guías enfocadas al nivel básico y media de educación, el material tiene la misma estructura, teniendo diferencias en cuanto al nivel de desarrollo de los educandos, pero de igual manera se describe el trastorno, se identifican fortalezas y debilidades del TDAH, se entregan respuestas educativas en este caso para niños en caso de básica y para adolescentes en caso de media. Luego se dan a conocer aspectos claves en un establecimiento educativo para el trabajo con niños/as con TDAH desde una perspectiva inclusiva, denotando una organización institucional, de trabajo en aula y con las familias, eso sí, en el caso de educación básica se agregan aspectos como la organización de espacios físicos y naturales, de grupos y rutinas de trabajo y el tiempo. Finalmente, en las tres guías se anexan pautas para la aplicación de entrevistas a los padres, como método de recolección de información relevante (MINEDUC, 2009).

Finalmente, y concluyendo con todo lo estipulado en este apartado, la actual política de educación especial en nuestro país, enfatiza en que para poder hacer efectivo el derecho a la educación de todos los niños/as y jóvenes, se requiere de la presencia de un cambio social, cultural y político que reconozca que componemos una sociedad que es diversa, y dentro de esa realidad, todos poseemos los mismos derechos y deberes. Es en este sentido, que una de las respuestas a la atención de la diversidad de los estudiantes con TDAH, se otorga por medio de la implementación y uso de estas guías, las cuales han sido elaboradas con la intención de convocar a los docentes de cada escuela a mejorar las condiciones educativas en las cuales están inmersos los educandos, sobre todo los que presentan necesidades educativas especiales.

2.6 Intervención multidisciplinaria a estudiantes con TDAH.

La investigación actual ha manifestado que el TDAH se caracteriza por ser de naturaleza compleja y dentro de sus características centrales se pueden encontrar implicancias a nivel familiar, educativo y de relaciones interpersonales. Lo anterior permite analizar el TDAH desde un punto de vista multidimensional, lo cual da paso a ofrecer y entregar intervenciones multidisciplinarias que integren todas las áreas en las cuales se presenten requerimientos de apoyo (Grau y García, 2004). Por otra parte, el Decreto Supremo 170/2009 y el modelo integrador sustentan, que para el logro de los aprendizajes de los y las estudiantes con TDAH es fundamental considerar e incorporar los factores psicosociales y familiares en el plan de apoyo. Sumado a lo anterior, y como ya se ha señalado anteriormente, el Decreto mencionado hace hincapié a los profesionales idóneos que realizan la evaluación y posterior intervención a los estudiantes con TDAH.

Como ya se ha recalado en otras oportunidades, el TDAH es una condición que acompaña a la persona a lo largo de toda la vida, pero es durante los primeros veinte años en donde sus características van a trascender de mayor manera en todas las áreas en donde se desenvuelve el niño o niña, por ende las medidas de apoyo que se entreguen a cada persona con TDAH debe perseguir como objetivo fundamental la optimización y mejora de la calidad de vida de cada individuo (Céspedes, 2012).

Considerando todo lo anterior, el presente apartado tiene como finalidad presentar los profesionales que integran el equipo multidisciplinario para el trabajo e intervención multidisciplinaria a estudiantes con TDAH:

2.6.1 Intervención del profesional de la salud:

En este apartado se considera al Neurólogo Infantojuvenil y al Psiquiatra Infantojuvenil; estos profesionales deben contar con una serie de características que le permitan dar respuestas acordes a la diversidad de los niños, niñas y jóvenes con TDAH, dentro de las que se destacan las siguientes: Poseer los conocimientos necesarios sobre

maduración cerebral infantil desde las neurociencias y sobre el desarrollo psicológico infantojuvenil; tener una mirada crítica y alerta sobre el Modelo Médico, en donde se considere más allá del síntoma, lo que invita al profesional a buscar las causas de dicho comportamiento, en donde las medidas de apoyo sean integrales y abarquen todos los ámbitos de la vida, es decir considerar en la praxis un modelo integrador, lo que le permite al médico ser autocrítico y también buscar las mejores opciones para entregar los apoyos adecuados; considerar modelos integrativos de salud, aceptando que existen alternativas para la recuperación y fomento de la salud, las que se sustentan y avalan teóricamente y por investigaciones, en donde por ejemplo la ansiedad en los niños puede ser aliviada por medio del afecto de su entorno, lo cual se ha demostrado en donde la liberación de oxitocina permite la mejora de la salud integral (Céspedes, 2012).

El labor del médico es fundamental desde el primer momento, ya que es él quien se encarga de dar el diagnóstico de TDAH, aún así, es primordial que el profesional sea capaz de llevar un trabajo en conjunto con otros profesionales, llevando a cabo un trabajo colaborativo el cual permita al niño, niña o adolescente crecer y desarrollarse de forma integral. Para cumplir con esto Céspedes (2012) destaca que el neurólogo infantojuvenil y/o psiquiatra infantojuvenil deben plantearse las siguientes tareas:

- Comprobar que el niño tiene las características cognitivas, socioemocionales y conductuales asociadas a TDAH, aún así, es relevante que esta corroboración se realice por medio de la creación de pautas por el propio profesional, ya que estas permiten una aproximación más amplia a la caracterización de un niño con TDAH, y no solo considerar el listado de síntomas propuesto por el DSM.
- Conocer otras características propias del niño, que pueden ser originadas por el entorno en el cual se encuentra, las cuales pueden asimilarse a un TDAH. Lo anterior, desde un modelo integrador, reconoce los factores externos como posibles causas de comportamientos y conductas similares a un posible TDAH, es por esto que es importante que el médico a cargo se interiorice y conozca las rutinas familiares, lo cual le permite investigar sobre posibles causas genéticas, rutinarias o emocionales que pueden estar influyendo en un diagnóstico certero.

- Trabajar en conjunto con otros profesionales en el diseño del programa de apoyo, identificando todas las áreas que se integrarán; dicho programa debe ser evolutivo, articulado, dinámico, flexible, sistemático, integrado y sujeto a evaluaciones periódicas.
- Utilizar recursos farmacológicos que puedan ser útiles para el cumplimiento de los objetivos del plan de apoyo, sin embargo, se debe considerar este método como una ayuda y no como tratamiento, ya que complementa el trabajo de los profesionales. Es importante mencionar que los fármacos utilizados influyen en factores neuropsicológicos como la capacidad de autorregulación y las Funciones Ejecutivas.

2.6.1.1 Manejo Farmacológico:

Los fármacos no curan la hiperactividad, aun así influyen significativamente en el sistema nervioso, siendo el método elegido para apoyar las características del TDAH, en donde su utilidad y eficiencia a corto plazo está avalada (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004). Céspedes (2012) destaca que este manejo se sustenta en que ciertas funciones cerebrales pueden modificarse por medio de la acción a nivel cerebral celular o sobre procesos metabólicos, estas acciones neuroquímicas pueden actuar sobre la capacidad de autorregulación y en las funciones ejecutivas:

2.6.1.2 Acciones sobre la autorregulación:

Según Céspedes (2012) en los niños con TDAH se presenta una dificultad en la autorregulación, la cual le permite ajustar la conducta de forma reflexiva al contexto, esto se relaciona al nivel de ansiedad que presente en un momento determinado, de esta manera los fármacos empleados deben ayudar a regular la ansiedad en los niños con TDAH, de manera que se enfrenten de una forma positiva a la interacción con el entorno.

2.6.1.3 Acciones sobre el Funcionamiento Ejecutivo:

El uso de fármacos actúa en las Funciones Ejecutivas, las cuales en los niños, niñas o adolescentes con TDAH se encuentran con un desarrollo inmaduro, éstas funciones se

encuentran albergadas en el área prefrontal, la cual tiende a ser compleja ya que libera neurotransmisores que permiten el planteamiento de metas y acción de las mismas. Uno de los fármacos más utilizados y que permite regular esta liberación adecuada de neurotransmisores y por ende mejorar el funcionamiento del lóbulo prefrontal, es el metilfenidato, sin embargo, es importante destacar que el efecto de este medicamento se observará mientras se encuentre administrando la dosis requerida por el niño, ya que al dejar de suministrarlo se comienzan a observar nuevamente las dificultades del funcionamiento ejecutivo. Por otra parte, es relevante mencionar que el uso de este fármaco debe estar orientado a la ayuda y no a la cura del TDAH, ya que cuando el niño, niña o adolescente demuestre un desarrollo del área prefrontal similar al de una persona de su edad se debe suspender el uso, ya que su función ya no es necesaria (Céspedes, 2012).

2.6.2 Intervención del fonoaudiólogo:

En diversos casos de niños o niñas con TDAH se puede observar algún nivel de inmadurez a nivel verbal, ya que existen ciertos procesos madurativos que aún se encuentran en desarrollo, en este sentido la mayoría de estos casos puede presentar un Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), en donde el trabajo estará orientado específicamente a las habilidades verbales, dando inicio al apoyo desde la etapa preescolar. Esta tarea estará a cargo de fonoaudiólogos y profesores de educación diferencial con mención en Lenguaje, y al recibir una intervención oportuna a las características del TEL bajan las probabilidades de presentar dificultades posteriores en habilidades psicolingüísticas, las que son primordiales para la posterior alfabetización y matematización escolar (Céspedes, 2012).

2.6.3 Intervención del educador diferencial:

El educador diferencial cumple una misión importante en la correcta identificación del niño con TDAH; ya que éste profesional maneja una amplia gama de instrumentos, que permiten evaluar las distintas funciones cognitivas, estableciendo objetiva y científicamente, un diagnóstico preciso y certero sobre el cual se inicia la intervención psicopedagógica, la cual se lleva a cabo en equipo entre profesor de aula y el especialista,

otorgando dicho apoyo dentro del aula, de modo de aprovechar los recursos pedagógicos que están en marcha en ese momento (Céspedes, 2012).

La intervención psicopedagógica se realiza con una triada de elementos: la familia, el colegio y el niño, ya que éstos influyen positiva o negativamente en el niño, en su desempeño escolar como conductual y emocional (Abas-Mas et al., 2011).

Como se mencionó anteriormente, la intervención psicopedagógica considera distintas dimensiones y contextos, en donde se pueden incluir el rendimiento académico, la conducta adaptativa y los niveles de ansiedad que presentan los niños con TDAH (Abas-Mas et al., 2011). Los mismos autores mencionan que dentro de su rol, el educador diferencial debe considerar todos los elementos necesarios para entregar los apoyos y respuestas psicopedagógicas necesarias para aportar positivamente al crecimiento y desarrollo integral del estudiante, es por esto, que el educador diferencial debe considerar los siguientes elementos para realizar una adecuada intervención psicopedagógica:

- Recoger información sobre la historia médica e hitos del desarrollo del niño, la evolución del TDAH desde su detección, sus características de aprendizaje y conductuales, problemas escolares y/o familiares. Lo anterior se debe realizar por medio de la aplicación de cuestionarios para profesores y padres, estos cuestionarios deben incluir información sobre “la manifestación del TDAH, nivel de retraimiento y de ansiedad, tipo de conducta y qué problemas de aprendizaje presenta, si están relacionados con la lectura, la escritura o el manejo de las matemáticas” (Abas-Mas et al., p. 195).
- Identificar el rendimiento funcional y cognitivo del niño con TDAH, midiendo el nivel atencional, procesos inhibitorios, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, capacidad intelectual y otros.
- Reconocer la presencia de comorbilidades, como dificultades de aprendizaje, trastornos de la conducta, emocionales u otros.

- Conocer la existencia de necesidades de apoyo que requiera el niño con TDAH, lo cual se observa en una baja en la productividad en clases o escaso interés, situaciones que pueden afectar el desempeño académico.
- Observar la frecuencia, persistencia e intensidad de las características asociadas al TDAH en diferentes situaciones contextuales, y a su vez analizar cómo éstos afectan negativamente al niño, con la finalidad de mejorar las relaciones en general.

La intervención psicopedagógica con estudiantes con TDAH está orientada principalmente en el desarrollo del funcionamiento ejecutivo, para que a medida que transcurre este proceso el niño pueda conseguir mayor funcionalidad de los procesos que se encuentran inmaduros y le permita adaptarse en nuevas y distintas situaciones, es por esto, que este proceso de trabajo con los estudiantes se orienta en primer lugar a las funciones ejecutivas, para posteriormente considerar las dificultades de aprendizaje, los problemas conductuales o emocionales que se puedan presentar, ya que estas dependen en mayor medida de las habilidades ya mencionadas (Abas-Mas et al., 2011).

2.6.3.1 Intervención del funcionamiento ejecutivo:

Esta intervención tiene como objetivo mejorar las funciones mentales, por medio de la ejercitación, intencionando la potencialización de las áreas que requieran apoyos, para lo anterior los autores Abas-Mas et al., (2011) mencionan que se deben seguir ciertos principios básicos para planificar el programa de apoyo:

- Adaptación del programa a las características personales, de manera que resulte dinámico e interesante para evitar la desmotivación.
- Realizar ejercicios breves con retroalimentación inmediata, lo anterior con la finalidad de favorecer los procesos atencionales del estudiante y a su vez al estar consciente sobre sus propios niveles de logro favorecerá a la motivación.
- Es de suma importancia realizar un programa diverso, en donde se utilicen todos los recursos que se dispongan, por ejemplo: programas informáticos, los cuales permiten graduar la dificultad, cambiando la velocidad y niveles de exigencia, a su vez, este programa permite que el estudiante reciba una retroalimentación

inmediata, lo cual facilita la corrección de las respuestas; utilizar distintos canales sensoriales de forma paralela, lo cual permite la estimulación compleja de la atención y de las funciones ejecutivas.

A su vez, este programa de intervención debe incluir algunas estrategias que permitan de mejor manera el desarrollo de las habilidades, dentro de las que se pueden destacar: Aumentar paulatinamente la duración de las actividades, realizar diversas actividades, implementar una complejidad creciente, registrar los resultados e informarlos al estudiante, crear un ambiente propicio para la situación de aprendizaje, establecer periodos de descanso, utilizar instrucciones simples, reducir la cantidad de información a presentar, proporcionar apoyos sensoriales como verbales y visuales, y por último, siendo relevante en todo el proceso evitar y disminuir las situaciones de estrés (Abad-Mas y Etchepareborda, 2005).

2.6.3.2 Intervención sobre el rendimiento académico:

Dos tercios de los niños con TDAH pueden presentar Dificultades del Aprendizaje de la lectura y/o de las matemáticas (Céspedes, 2012). Las dificultades que se puedan presentar están relacionadas con la inmadurez psicolingüística y de razonamiento lógico; éstas pueden presentarse como barreras para el transcurso de la vida escolar, en donde los estudiantes no consoliden los aprendizajes necesarios en las distintas áreas académicas. Por otra parte, se pueden presentar dificultades específicas, las cuales se originan en disfunciones a nivel cerebral, las cuales provocan dificultades como la dislexia o discalculia, en donde el niño demostrará ciertos conflictos al momento de aprender a leer, razonar, pensar estratégicamente, atender de modo focal, comprender lo que se lee, entre otros (Céspedes, 2012).

2.6.3.3 Intervención área lectura:

Se relaciona al reconocimiento y la escritura de palabras, en donde se identifican tres procedimientos psicopedagógicos: “lecturas repetidas, lecturas pre estrenadas y lecturas conjuntas o en sombra” (Abas-Mas et al., 2011, p. 197). En cuanto a esto, los estudiantes

tienden a presentar dificultades en la motricidad fina lo que influyen en la coordinación y secuencia motora necesaria para trazar las letras, en este sentido, el educador diferencial debe orientar su intervención al trabajo y desarrollo del control motor, coordinación visomotora, la integración, asociación y discriminación visual, por medio de técnicas simples de recortar, pintar con los dedos, pintar, pegar, copiar, armar rompecabezas y también técnicas pictográficas y escriptográficas (Miranda, 2011).

Debido a las dificultades en los mecanismos atencionales de los niños con TDAH se presenta un problema en la comprensión y composición de textos, ya que requieren de apoyos para captar la macroestructura de los textos, y a su vez, la memoria de trabajo que permite la retención y revisión de la información. Por esto, el educador diferencial debe crear estrategias que le permitan al estudiante comprender por medio de recursos de apoyos visuales, en conjunto con esto, las tipologías textuales de tipo narrativo y expositivo deben incluir estrategias de autorregulación lo que le permite a los estudiantes con TDAH evaluar la ejecución, en donde internalicen indicadores de supervisión transversal de la tarea (Abas-Mas et al., 2011).

2.6.3.4 Intervención área escritura:

En producción textual se encuentran procesos cognitivos que permiten la manipulación y transformación de la información, es por esto, que los estudiantes con TDAH pueden presentar errores de tipo sintáctico como incoherencia, omisiones y sustituciones de letras y palabras, en donde sus productos tienden a presentar frases y vocabulario simple, lo que a su vez se ve influenciado por las dificultades en la planificación y supervisión del trabajo, lo que intensifica un rechazo hacia estas actividades (Miranda, 2011). Es por lo anterior, que el educador diferencial debe emplear el uso de estrategias de planificación y producción textual, en donde el estudiante comience a tener conciencia en la audiencia, utilice su conocimiento previo y pueda estructurar el contenido (Abas-Mas et al., 2011).

2.6.3.5 Intervención área cálculo:

Existen ciertas funciones ejecutivas que interfieren en el aprendizaje de las matemáticas, como la atención, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva (Miranda, 2011). Las dificultades pueden observarse desde temprana edad en estrategias de conteo, automatización de hechos numéricos y procedimientos vinculados a la memoria de trabajo, las cuales requieren de altos niveles atencionales por parte del estudiante (Abas-Mas et al., 2011).

Según Abas-Mas et al., (2011) frente a las características que presentan los niños con TDAH en cuanto a habilidades del cálculo se observan situaciones en donde responden impulsivamente a problemas, en donde no leen las instrucciones, no recuerdan o no comprenden la pregunta, confunden datos o no diferencian la información relevante de la irrelevante dentro del enunciado, estas dificultades se asocian a una mala ejecución por parte del estudiante en los pasos que se deben seguir cuando se presenta un problema. Es por esto, que el educador diferencial debe emplear estrategias que le permitan al estudiante manejar de mejor manera sus procesos atencionales, flexibilidad, memoria de trabajo, entre otros; por medio del uso de diversos procedimientos como: “segmentación de la práctica, introducción de tiempos de descanso, utilización de crono cálculos, utilizar representaciones gráficas, uso de tecnologías e incluso en ocasiones el uso de calculadora para problemas de automatización” (Abas-Mas et al., 2011, p. 198).

2.6.4 Intervención del profesor de aula:

El trabajo del educador diferencial debe estar orientado y relacionado al contexto de aula en el cual se encuentra el estudiante, por lo cual, el profesor de aula juega un papel fundamental en este proceso, en donde puede ejecutar distintas estrategias que favorezca el aprendizaje del estudiante con TDAH, dentro de las que Abas-Mas et al., (2011) destacan: cambios en la metodología de la clase, cambios en los patrones de comunicación y cambios en el ambiente físico de la clase.

2.6.4.1 Cambios en la metodología de la clase:

- Cambiar las demandas de las actividades, en donde se modifique duración o se pueda desglosar.
- Incluir pausas en donde se combine el trabajo con movimiento físico.
- Combinar a los alumnos con TDAH con otros compañeros que se caractericen por ser tranquilos y asertivos.
- Reducir el número de tareas para la casa.
- Entregar apoyo multisensorial.
- Potenciar el aprendizaje de habilidades sociales, fomentar la empatía y trabajar el autocontrol.
- Ofrecerle cargos que le permitan el movimiento.
- Enseñar estrategias simples de organización, planificación y memorización.

2.6.4.2 Cambios en los patrones de comunicación:

- Utilizar pistas visuales consensuadas con el estudiante, con la finalidad de conseguir mejores niveles de atención y concentración.
- Realizar preguntas frecuentemente en donde se entregue retroalimentación constante.
- Utilizar tarjetas de “pedir ayuda” para manejar la impulsividad.
- Obtener la atención del niño por medio del contacto visual antes y durante la clase.
- Utilizar lenguaje simple, con frases y oraciones simples.
- Reconocer, alentar y aprobar los aciertos por sobre la corrección y el castigo.
- Realizar revisión diaria de agenda, con la finalidad de comprobar que el estudiante ha anotado sus deberes y fechas importantes.

2.6.4.3 Cambios en el ambiente físico de la clase:

- Posicionar al estudiante cerca del profesor y de la pizarra, evitando las puertas y ventanas para evadir distracciones.
- Evaluar el nivel de distractores dentro del aula.

- Permitir espacios dentro del aula que permitan el trabajo colaborativo, otorgando papeles a los miembros del grupo y establecer reglas dentro de éste.

2.6.5 Intervención del psicólogo:

Es importante mencionar que los estudiantes con TDAH están constantemente expuestos a situaciones que exceden sus capacidades de afrontamiento, ya que desde edades tempranas se encuentran limitados por la sociedad, en donde se les exige que lleven una correcta socialización, lo cual resulta difícil en estos casos, ya que estos niños presentan problemas en la regulación, y en el control de la ansiedad; lo anterior se sigue observando en el contexto académico, en donde a diario los estudiantes deben cumplir con ciertos estándares de competencias académicas, conductuales y emocionales, y al no poder ser alcanzadas por sus características, se pueden presentar situaciones de estrés lo que influye en el autoconcepto y autoestima, siendo estas unas de las áreas a trabajar a cargo del psicólogo (Céspedes, 2012), siendo éste “un nexo fundamental con la escuela, cumpliendo importante papel de crear un vínculo armonioso entre la familia, los profesores y los profesionales que apoyan al niño/adolescente con TDAH” (Céspedes, 2012, p. 214).

Para responder a las características emocionales de los niños y adolescentes con TDAH el psicólogo debe implementar estrategias que incluyan en la modificación de la conducta, habilidades sociales e inteligencia emocional, entrenamiento en conversaciones y autocontrol, control de la ira y relajación, desarrollo de autopercepción, resolución de problemas y estrategias de afrontamiento (Miranda, Arlandis, Soriano, 1997). Por otra parte, es siempre importante mencionar que estas estrategias deben combinarse con otros programas, como el trabajo con el funcionamiento ejecutivo o adaptaciones curriculares que potencien las habilidades académicas y cognitivas de los niños y por ende influir en su motivación y autoestima escolar (Abas-Mas et al., 2011).

2.6.6 Intervención del terapeuta ocupacional:

En algunos casos los niños con TDAH pueden mostrar un déficit en la integración sensorial, siendo necesario en el plan de apoyos incorporar especialistas en esta área, es

decir terapeutas ocupacionales, los cuales deben estar presentes tempranamente, ya que esta dificultad compromete el desarrollo óptimo de la autorregulación, en donde el niño se caracteriza por estar permanentemente molesto, ya que se encuentra sobrecargado por la información sensorial que percibe a nivel cerebral. Al intervenir esta área de forma adecuada, se evidenciará una mejora en la calidad del sueño, la alimentación (ya que seleccionaban los tipos de alimentos), a su vez atenúa el estado de híper-alerta y favorece la creación de rutinas saludables (Céspedes, 2012).

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO.

De acuerdo a la temática de la presente investigación, referida al análisis de las percepciones y creencias implícitas de los docentes de educación diferencial con respecto al TDAH y su intervención en contextos educativos, se expondrán a continuación, tanto el objetivo general, como los objetivos específicos que guiaron la definición del paradigma, metodología y diseño de investigación utilizados, junto con la selección y ejecución de los procedimientos necesarios para llevar a cabo el análisis de los hallazgos.

3.1 Objetivos:

3.1.1 Objetivo General:

- Analizar las percepciones y creencias implícitas de los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos educacionales con programa de integración de Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas acerca del TDAH y su intervención con estudiantes en contextos educativos.

3.1.2 Objetivos Específicos:

- Describir teóricamente las percepciones y creencias implícitas que tienen los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos educacionales con programa de integración de Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas de la Quinta Región en relación al estudiante con TDAH y su intervención en contextos educativos.

- Analizar las percepciones y creencias implícitas que surgen a partir de las experiencias de los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos educacionales con programa de integración de Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas de la Quinta Región, en relación a estudiantes con TDAH y su intervención en contextos educativos.
- Identificar los principales elementos teóricos del TDAH y su intervención, que manejan los profesores de educación diferencial de establecimientos educacionales con programa de integración pertenecientes a Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas de la Quinta Región.
- Identificar las principales metodologías usadas por educadores diferenciales de establecimientos educacionales con programa de integración pertenecientes a Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas de la Quinta Región para la intervención de estudiantes con TDAH.

3.2 Paradigma de investigación. Interpretativo:

La presente investigación se basa bajo los lineamientos del paradigma interpretativo, debido a que este paradigma centra su interés en comprender e interpretar un fenómeno de la realidad desde una perspectiva de los mismos participantes de la situación, y no desde las categorías o perspectivas del propio investigador, por lo cual, la interpretación es un proceso formativo en el que los significados se construyen a través de la interacción y acción social (Alonso et al., 2002).

A partir de lo mencionado anteriormente este paradigma se identifica bajo 5 supuestos; una declaración, un principio axiológico, una posición ontológica, unos postulados epistemológicos, y una postura metodológica (Guba y Lincoln, 2002).

1-. El supuesto referido a una declaración, refiere a que una ciencia social resulta del conocimiento aportado y aceptado por el hombre y que es obtenido mediante procesos de reflexión que le permitan comprender e interpretar el mundo en el que interactúa, tomando

en cuenta los contextos y diversas situaciones en las cuales se ve inmerso el individuo, sumando también las relaciones sociales.

2-. El principio Axiológico, menciona que la finalidad de la ciencia social no busca ser única ni encontrar reglas que describan el mundo y el comportamiento de las personas, sino que debe buscar la interpretación y comprensión del mundo por medio de una perspectiva que se centre en el individuo y contando su presencia como activa.

3-. La posición ontológica, dice relación con señalar que el centro de los objetivos de estudio no son ajenos al individuo, pues tanto el actor o hecho a investigar como el investigador forman un todo en constante interacción.

4-. Con respecto a los postulados epistemológicos, señala que una de las claves del paradigma interpretativo recae en la subjetividad como manera de acceso al conocimiento, no negando la objetividad, sino por el contrario, el investigador interpretativo la persigue, debido a que construir el conocimiento social y a su vez interpretarlo, implica introducirse en el mundo personal de los sujetos, y comprendiendo cómo éstos interpretan diversas situaciones y qué significan para él, y es aquí en donde recae lo subjetivo.

5-. Finalmente, una postura metodológica, que se define como inductiva, lo que quiere decir que parte por recoger datos sobre una realidad determinada de la cual se desarrollan las conceptualizaciones para así comprender un fenómeno. Además, el estudio se realiza con una perspectiva holística, lo que refiere a que toda persona y situación poseen interés de ser estudiadas y también, que cuando se lleva a cabo el estudio, es entendido como un todo. (Alonso et al., 2002). Por otra parte, se considera que la metodología y también el investigador poseen efectos sensibilizadores sobre lo que se está investigando, accediendo al campo de investigación de forma natural, por lo cual el investigador debe apartar sus propias creencias y predisposiciones para así poder entender y sentir la realidad como quienes la están viviendo. De igual forma, esta metodología es humanística, lo que refiere a que se respeta la idiosincrasia de las personas y sus vivencias. Finalmente, la preocupación de una investigación interpretativa centra su énfasis en conseguir que los resultados obtenidos de la investigación sean un reflejo de lo sucedido y sentido por los

agentes investigados y lo más relevante, es que sean válidos para ellos y que refleje la comprensión de ellos mismos y su realidad (Ferrerres y González, 2006).

El motivo por el cual se elige este paradigma se relaciona con llevar a cabo un proceso de analizar las percepciones de los docentes de establecimientos educacionales que cuenten con proyectos de integración, sobre la intervención de estudiantes con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad, en donde los investigados relatan sus experiencias y vivencias para que estas puedan ser interpretadas con la finalidad de comprender una situación en específica, no buscando generalizar, sino más bien considerarlos a ellos, sus realidades y experiencias como sucesos únicos (Alonso et al., 2002).

3.3 Diseño de Investigación. Cualitativo:

La presente investigación se enmarca dentro de un **enfoque cualitativo**, el cual, busca principalmente "dispersión o expansión" de los datos e información a través de la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Dentro del enfoque cualitativo existe una variedad de concepciones o marcos de interpretación, a partir de un patrón cultural, que parten de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modo único para entender situaciones y eventos, lo cual, afecta la conducta humana (Hernández, Fernández, del Pilar, 2010).

Con respecto a las características del enfoque cualitativo, éste es naturalista (estudia objetos y seres vivos en contextos o ambientes naturales y cotidianos) e interpretativo (intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas le otorguen). Además no se prueban hipótesis, sino más bien éstas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio, a su vez, se basa en la recolección de datos no estandarizados, es decir, este proceso consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes, tomando en cuenta las

interacciones entre individuos, grupos y colectividades, es por esto, que el foco del investigador se centra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas. Este enfoque permite la recolección de datos a partir de la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusiones de grupos, evaluación de experiencias personales, entre otros (Hernández, Fernández, del Pilar, 2010).

Asimismo, el enfoque cualitativo evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimación con respecto a la realidad, fundamentándose en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres humanos y sus instituciones, por lo que, la realidad se define a través de las interpretaciones de los participantes de la investigación respecto a sus propias realidades (Hernández, Fernández, del Pilar, 2010).

Cabe señalar, que el enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo "visible", lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos (Hernández, Fernández, del Pilar, 2010).

El motivo por el cual se eligió el enfoque cualitativo para la presente investigación, es en base a sus características, ya que es flexible y se pueden realizar diversas interpretaciones a partir de fenómenos sociales complejos, y en éste caso analizar las percepciones de los docentes en base a su trabajo realizado con estudiantes que presentan TDAH, lo que permite al investigador realizar un proceso de recogida de información que se ajusta al enfoque y a los procedimientos que éste guía, pudiendo contrastar la realidad, en cuanto a experiencias y el desarrollo natural de los sucesos con aspectos teóricos, interpretando la realidad y así entregando una descripción de ésta.

3.4 Tipo de investigación. Exploratorio:

Las **investigaciones exploratorias** pretenden examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, en donde la revisión bibliográfica revela que solo existen guías poco investigadas relacionadas con el tema de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2009), en este sentido, la actual investigación ha reflejado el poco estudio frente a la intervención con estudiantes con TDAH en nuestro país, en donde sólo se han planteado guías con metodologías cognitivo-conductuales y apoyo de fármacos, las que tienen la finalidad de mejorar e incluso extinguir los comportamientos impulsivos de estos estudiantes (MINEDUC, 2009).

Un estudio exploratorio se conoce como un viaje a un sitio desconocido, del cual se tiene una visión global de la problemática (Hernández, Fernández y Baptista, 2009), en cuanto a esto, la presente investigación pretende analizar las creencias y percepciones implícitas de educadores diferenciales frente a la intervención educativa del TDAH, el cual durante todo el proceso ha permitido ir conociendo dicha realidad, en donde se encuentran diversas perspectivas, las cuales se han ido construyendo a medida del transcurso de la exploración de la realidad educativa chilena. En relación a lo anterior, este estudio ha permitido familiarizarse con el fenómeno desconocido (Hernández, Fernández y Baptista, 2009) de la intervención con estudiantes con TDAH, ya que es la primera aproximación hacia la respuesta educativa a ésta necesidad, la cual puede guiar a una investigación futura, o sugerir nuevas afirmaciones y postulados (Hernández, Fernández y Baptista, 2009).

Como ya se ha podido mencionar, la elección del tipo de investigación exploratoria recae en la necesidad de conocer e identificar algunas tendencias, áreas o situaciones semejantes frente a la intervención del TDAH, la cual se caracteriza por ser una metodología flexible, ya que no profundiza en un aspecto en general (Hernández, Fernández y Baptista, 2009), sino que, permite realizar una mirada amplia a la problemática y encontrar elementos e información que permitan responder y encontrar una respuesta a nuestro motivo de estudio.

3.5 Análisis de datos:

En concordancia con el tipo de investigación y los objetivos de la misma, es que se han utilizado las formas de análisis presentadas por la autora Mayring (2000). La autora señala, que dentro de la investigación cualitativa existen diversos pasos para realizar el análisis de la información deductivo - inductivo. Estos son: selección de un modelo de comunicación, pre-análisis, definición de unidades de análisis, elaboración de reglas de análisis y códigos, definición de categorías y síntesis final.

3.5.1 Primer paso. Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación.

Cualquiera sea el contenido a analizar, antes de empezar a trabajar con él, es necesario definir una postura teórica, disciplinar o profesional sobre el mismo (Cáceres, 2003). El presente estudio, se realizó bajo el paradigma interpretativo, centrando el interés en comprender e interpretar un fenómeno de la realidad desde la perspectiva de los mismos participantes, a través de las entrevistas en profundidad. A su vez, el tipo de investigación es exploratorio, en donde, la revisión bibliográfica releva que el tema no ha sido investigado en nuestro país. Finalmente, la investigación posee una orientación de exploración, descripción y comprensión a partir de las experiencias de los Educadores Diferenciales con respecto a su intervención en los estudiantes que presentan TDAH, en donde, se implican valores, significados y creencias, lo que conlleva a interpretaciones a partir de los relatos de los docentes.

3.5.2 Segundo paso. Desarrollo del pre-análisis:

Se trata del primer intento de organización de la información propiamente tal. Es decir, recolectar los documentos o corpus de contenidos, formular guías de trabajo al análisis y establecer indicadores que den cuenta de temas presentes en el material analizado (Cáceres, 2003). Lo anterior, permitió definir la utilización de la herramienta informática

ATLAS/ti, la cual ayudó a homogeneizar los archivos en un mismo formato y poder trabajarlos desde el programa.

3.5.3 Tercer paso. La definición de las unidades de análisis:

Las unidades de análisis corresponden a los trozos de contenido sobre los cuales se comenzó a elaborar el análisis, las cuales representan lo esencial para procesar la información, realizando ajustes a los requerimientos necesarios. Lo que se requiere destacar es la unidad de contenido significativo dentro del documento que servirá para extraer resultados (Cáceres, 2003). En base a lo anterior, se realizaron dos unidades de contenidos, la primera: los vocablos o palabras claves y en segundo lugar, las frases y párrafos, acordes al tema de investigación y los objetivos propuestos.

3.5.4 Cuarto paso. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación:

Maryring (2000), en Cáceres (2003), señala que, un elemento primordial son las reglas, ya que indican al investigador, y a otros que co-participen en el análisis, cuáles son las condiciones para codificar y eventualmente categorizar un determinado material. Dado lo anterior, a partir del marco teórico y a los tópicos de las entrevistas en profundidad, es que se establecieron las condiciones para codificar, teniendo relación con los objetivos y el propósito de la investigación, siendo significativos y relacionados con lo que se quiere investigar.

El autor Rodríguez (1996) en Cáceres (2003), indica que, este proceder libre e inductivo, comenzando por los datos para definir reglas que los clasifiquen y posteriormente codificarlos, es lo que se denomina “codificación abierta”, en donde el investigador revisa las unidades de análisis preguntándose cuál es el tema, aspecto o significado que ellas encierran (Cáceres, 2003).

3.5.5 Quinto paso. Desarrollo de categorías:

Definición de categorías, en donde, se espera que éstas representen nuevas aproximaciones teóricas y nuevas formas de entender la información recogida (Cáceres,

2003). En base a lo anterior, la denominación de categorías se hizo en base a la codificación anterior, creando familias entre los términos para su posterior análisis.

3.5.6 Sexto paso. La integración final de los hallazgos:

Todo el desarrollo analítico de la aproximación cualitativa de contenido que se ha expuesto, se vierte en la síntesis final del estudio. Los objetivos son elementos centrales de la construcción teórica final, y a ellos debe atenerse todo el trabajo que se ha llevado a cabo. A su vez, los autores Altheide y Michalowski (1999) en Cáceres (2003), señalan que, toda síntesis final, hace uso de las categorías y los códigos que han sido utilizados productivamente, se podrán entrever nuevos vínculos entre clases, o entre sus propiedades, permitiendo encuadrar el resultado analítico sobre la comparación y relación de énfasis temáticos de interés para el estudio (Cáceres, 2003). Lo anterior se realizó en base a la triangulación entre la información obtenida de las entrevistas en profundidad y el marco teórico, en donde, se da cuenta de las creencias y percepciones de los Educadores Diferenciales con respecto a la intervención de los estudiantes que presentan TDAH.

3.6 Recolección de datos, instrumentos, procedimientos y técnicas utilizadas:

3.6.1 Recolección de datos.

El proceso de recolección de datos, dentro de la investigación se constituyó en acciones que se efectúan para cumplir con los objetivos de la investigación y responder a las preguntas del estudio. A su vez, la recolección de datos resulta fundamental, su foco está en obtener datos de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad (Hernández, Fernández, del Pilar, 2010).

En el proceso de recolección de datos, primeramente se realizó una búsqueda de evidencia documental acerca de la temática de investigación que se quería abordar, ya que se debía confirmar la existencia de alguna investigación que respondiera a los objetivos

planteados. En segundo lugar se realizó la selección de tópicos relevantes para ser abordadas en la entrevista en profundidad, los cuales están relacionados con la labor del educador diferencial en los contextos educativos con estudiantes que presentan TDAH. Luego se llevó a cabo la selección y el contacto de los informantes claves para la realización del proceso de recogida de información, los cuales debían ser educadores diferenciales que trabajen en establecimientos educacionales municipales y/o particulares subvencionados con programa de integración escolar de la quinta región. Posteriormente, se diseñó la entrevista en profundidad, en la cual se abarcan temáticas generales que abordaban los tópicos seleccionados con anterioridad. La validación de la entrevista fue realizada por educadores diferenciales especialistas en el área de los Trastornos de Aprendizaje Específico y con experiencia en la temática, Yanina Rubí y Michael Molina, quienes la analizaron y realizaron observaciones, las que permitieron realizar las correcciones pertinentes. Luego se efectuó el pilotaje de la entrevista a la docente especialista seleccionada, quien realizó sugerencias para poder recabar mayor información y en base a estas sugerencias se realizaron los cambios específicos para que finalmente los integrantes de este grupo de investigación se dirigieran a los establecimientos educacionales seleccionados para así aplicar las entrevistas a cada uno de los participantes.

3.6.2 Recolección de la información:

Con respecto a la recolección de información, el instrumento utilizado en la presente investigación para recoger información, fue la entrevista, específicamente la entrevista en profundidad. A continuación se definirá que se entiende por entrevista, los tipos que existen para finalmente hablar de la entrevista en profundidad.

La entrevista según Rodríguez, Gil y García (1999) “es una técnica en la que la persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado” (p. 167). Es una de las herramientas más efectivas para recoger la información que se requiere, basándose en un intercambio recíproco entre los participantes. En consecuencia las entrevistas:

“constituyen uno de los procedimientos más frecuentemente utilizados en los estudios de carácter cualitativo, donde el investigador no solamente hace preguntas sobre los aspectos que le interesa estudiar sino que debe comprender el lenguaje de los participantes y apropiarse del significado que éstos le otorgan en el ambiente natural donde desarrollan sus actividades” (Troncoso y Daniele, 2003, p. 2).

En la investigación cualitativa se pueden utilizar diversos tipos de entrevistas, las cuales se pueden clasificar según el grado de estructuración de éstas. Siguiendo con lo anterior, podemos encontrar la entrevista estructurada, la que es llamada también formal o estandarizada. Para del Rincón, Latorre y Sans (1995) ésta se refiere a una situación en la que un entrevistador pregunta a cada entrevistado una serie de interrogantes preestablecidos con una serie limitada de categorías de respuesta.

También se encuentra la **entrevista no estructurada**, la cual provee una mayor amplitud de recursos con respecto a los otros tipos de entrevistas cualitativas, ya que las preguntas y su secuencia no está prefijada, las preguntas pueden ser de carácter abierto y el entrevistador construye su respuesta. Dentro de este tipo de entrevista se encuentra la **entrevista en profundidad**, la que, es una técnica donde se obtiene información mediante una conversación profesional con un fin específico. En esta técnica el entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cual es la información más relevante para los intereses de la investigación, ya que permite conocer a la gente bastante bien para comprender qué quiere decir y crear una atmosfera en la cual es probable que se expresen libremente (Taylor y Bogdan, 1987). Este tipo de entrevista depende de la información que se obtenga por parte del entrevistado, ya que factores como la intimidad y complejidad permitirán ir descubriendo con más detalle y profundidad aspectos relevantes y trascendentes dentro de su propia experiencia, por lo que es necesario realizarla de manera individual y en espacios donde el entrevistado se sienta cómodo y seguro (Robles, 2011). Siguiendo con lo planteado por Robles (2011), quien enfatiza que este tipo de entrevista se basa en el seguimiento de un guion preestablecido, en el que se plasman los tópicos que se desean abordar, el guión debe estructurarse en base a los

objetivos planteados en la investigación, donde se incluirán una introducción donde se da a conocer el propósito que se tienen, como se estructurará y que es lo que se desea obtener.

En función con lo anteriormente planteado, en este trabajo de investigación se ha decidido utilizar la entrevista en profundidad, ya que es la más acorde a lo planteado inicialmente y al propósito que se quiere lograr, ya que, a través de ésta podemos obtener la información que se requiere y establecer una relación cercana con los entrevistados, lo cual permite mayor confianza al momento de la conversación, que es guiada por el entrevistador, el cual previamente tiene un guion preestablecido con los tópicos a abordar.

La entrevista realizada en esta investigación fue guiada por los siguientes tópicos:

- Funcionamiento y modalidad de trabajo del PIE.
- Caracterización del alumno con TDAH.
- Entrega de apoyos a estudiantes con TDAH.
- Facilitadores, limitaciones y obstaculizadores del trabajo en aula.
- Áreas de intervención del TDAH.
- Progresión del proceso de intervención.
- Trabajo colaborativo.
- Conceptualización del TDAH.

3.6.3 Descripción de los informantes.

En la presente investigación la población participante fue conformada por 8 educadores diferenciales mención Discapacidad Intelectual y Trastorno del Aprendizaje Específicos, que trabajan en PIE con alumnos diagnosticados con TDAH, pertenecientes a la V región de Valparaíso, específicamente de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

Los establecimientos a los cuales corresponden estos educadores son: Colegio Salesiano de Valparaíso, Escuela de Laguna Verde, Colegio los Príncipes, Colegio Inmaculada de Lourdes, Colegio Winterhill, Colegio Humberto Vilches y Colegio República del Ecuador. Los que a partir de este momento serán identificados como: I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, con la finalidad de guardar el anonimato de los participantes en estas instituciones. También los educadores entrevistados serán codificados como: D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7 y D8.

3.7 Criterios de Selección.

Los criterios utilizados para seleccionar los participantes fueron los siguientes: Educadores diferenciales que trabajen en PIE con alumnos diagnosticados con TDAH y que pertenezcan a establecimientos municipales y particular subvencionados de la región de Valparaíso.

Los criterios que se mencionaron anteriormente fueron establecidos con la finalidad de trabajar con una población específica que den respuesta a los objetivos planteados en nuestra investigación, para poder generar los principales lineamientos y lograr responder a lo propuesto inicialmente.

Tabla 5: Códigos de los participantes y establecimientos.

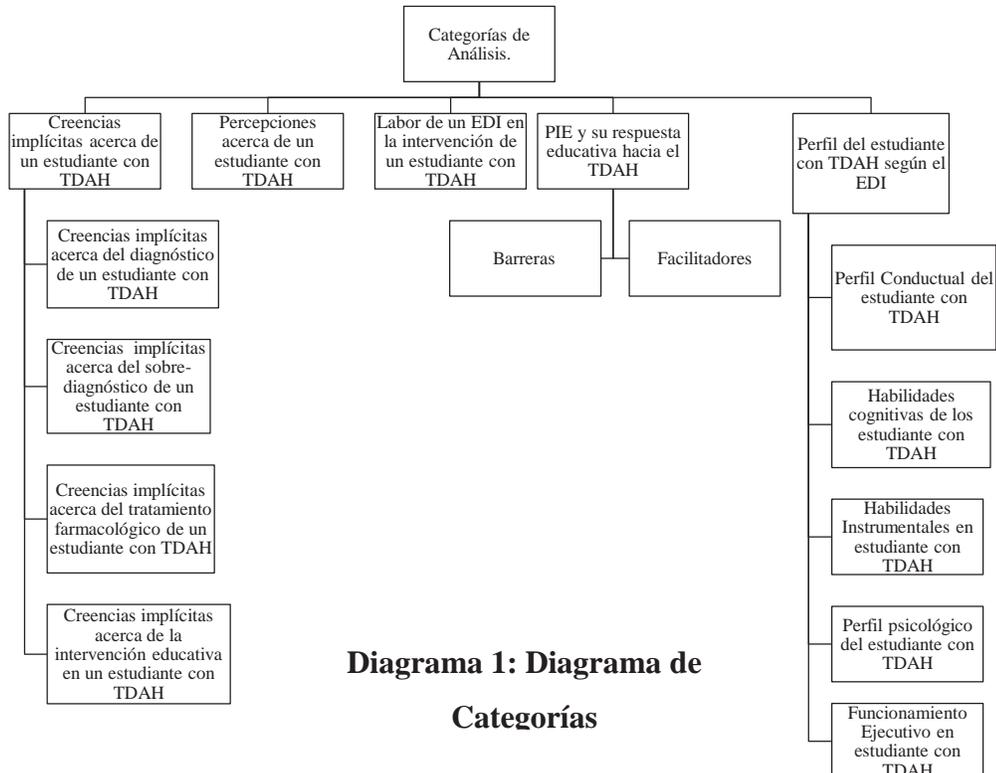
Participante	Establecimiento
D1	I1
D2	I2
D3	I3
D4	I4
D5	I5
D6	I6
D7	I7
D8	I6

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS:

4.1 Análisis Cualitativo:

A partir del análisis de las evidencias del contenido, emergen cinco categorías que permiten estructurar y comprender la información recabada, organizando la misma en polos de información como lo son: creencias acerca del TDAH, percepciones acerca del TDAH, labor de un educador diferencial en la intervención del TDAH, el Programa de Integración Escolar y su respuesta educativa hacia el TDAH y el perfil de un estudiante con TDAH según el educador diferencial. De dichas categorías, se desprenden una serie de subcategorías, que permiten realizar una revisión más exhaustiva de ellas. En este sentido, se darán a conocer las definiciones de éstas, las cuales se encuentran respaldadas con las evidencias del contenido.

A continuación se presenta un diagrama de la organización de las categorías:



4.2 Creencias implícitas acerca de un estudiante con TDAH.

En la presente categoría, se entenderá creencias implícitas, como aquellas que, se encuentran en la estructura cognoscitiva de las personas, considerándolas como verdaderas teorías acerca del mundo social y no social, y que contienen elementos de diversos conceptos tales como: actitudes, valores, ideologías y prejuicios, en donde, estos demuestran una gran relevancia para la explicación del comportamiento humano (Myers, 2000), en base a los propios supuestos que mantiene cada individuo que surgen a partir de la experiencia (Yarce, 2005). La importancia de las creencias radica en que se encuentran presentes en todas las personas, influyendo en la forma en cómo éstos sienten y actúan (Myers, 2000), generando así su propia realidad. Con respecto a las creencias implícitas en torno a la labor docente, son teorías implícitas sobre el aprendizaje y enseñanza de los estudiantes, en donde, éstas pueden guiar y dar sentido a la práctica pedagógica (González, 1999). Así, las creencias que sustentan los profesores son empleadas para la organización y desarrollo del quehacer docente.

Por otro lado, con respecto al TDAH, el término se refiere a un grupo de trastornos escolares y no escolares, que se manifiestan como dificultades significativas para el aprendizaje y la adaptación familiar, escolar y social. Asimismo, considerando que este trastorno es intrínseco a la persona que lo presenta, el cual tiene su origen en una alteración neuropsicológica que provoca disfunciones en los mecanismos de control ejecutivo del comportamiento, afectando de modo directo los procesos psicológicos implicados en las tareas de enseñanza y aprendizaje (Romero y Lavigne, 2005).

Por tanto, las creencias implícitas acerca del TDAH, están directamente relacionadas entre los supuestos que surgen a partir de la experiencia de cada docente con respecto al TDAH, acerca del proceso de enseñanza y aprendizaje en la escuela, intentando dar explicación al trastorno a partir de lo observado, generando supuestos, prejuicios, ideologías y explicaciones acerca del tema, en donde, cada una de estas creencias da

sentido al propio quehacer docente. A continuación se presentan las evidencias en base a las creencias acerca del TDAH:

Según las creencias implícitas de los docentes, estos afirman que los estudiantes que presentan TDAH no ven afectado su proceso y funcionamiento cognitivo, sino más bien, las dificultades que presentan estas ligadas al control e inhibición de conductas, evidenciándose éstas, en que responden precipitadamente, interrumpen y se entrometen, no respetan turnos y son activos motrizmente en el aula, lo que principalmente está relacionado a la madurez que posee un estudiante en su etapa escolar o comparándolos con otros diagnósticos como por ejemplo, una dificultad de aprendizaje específica.

D1-I1.

El proceso como "cognitivo" que hay detrás de un TDAH generalmente es mejor que hay con un chico con una Dificultad Específica de Aprendizaje (...) si se fijan todo va apuntando a trabajar ya sea con TDAH, un DEA o lo que sea o con un niño en particular que a veces está pasando un tema emocional y manifiesta las mismas conductas de desatención que un TDAH.

D1-I1.

El chico se para y se sienta pero eso puede ser absolutamente relacionado con su edad más que con el TDAH (...) el que tiene TDAH generalmente no organiza nada y quiere responder lo primero que ve.

D4 I4.

Se asocia el problema conductual al chico con TDAH.

D5-I5.

Siempre uno lo atribuye a la conducta, y ese es el primer factor que te hace decir, aquí hay algo.

Asimismo, se presentan expectativas altas con respecto a las creencias implícitas que mantienen los docentes en cuanto a las habilidades cognitivas, referidas a funcionamiento ejecutivo que se encuentran en los estudiantes con TDAH, en base a esto, Lavigne y Romero (2010), definen las funciones ejecutivas como: "una combinación de múltiples capacidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de éstas, la formación de planes el inicio de las actividades, su autorregulación y la habilidad para llevarlas a cabo eficientemente" (p. 66). Sin embargo, en los estudiantes que presentan TDAH, la sintomatología consiste en dificultades en la inhibición de conductas impulsivas, insuficiente capacidad de anticipación de las consecuencias de las acciones emprendidas, poca habilidad de planificación de actividades, restringida capacidad para evitar las interferencias que desvían la conducta orientada hacia la meta, escasa memoria de trabajo, retraso en la interiorización del lenguaje y déficit en la autorregulación afectiva (Cervigni, Stelzer, Mazzoni y Martino, 2012). Es por esto, que los docentes como meta, pretenden que el estudiante planifique, sea autorregulado y monitoree constantemente su proceso, aún así en la práctica, esto no sucede, por lo que, el funcionamiento ejecutivo en estudiantes con TDAH, se señala como un tema complejo y que se relaciona con la etapa madurativa en la que se encuentra el estudiante.

En base a lo anterior, la evolución de la función reguladora del lenguaje interno y la maduración progresiva de las zonas prefrontales, crea entre los 6 y 8 años, un periodo sensible en el desarrollo de la adquisición de las funciones ejecutivas (Pineda, 2000). En este lapso, las habilidades de planificación y organización se desarrollan rápidamente, los niños manifiestan conductas estratégicas y habilidades de razonamiento más organizadas y eficientes (Colombo y Lipina, 2005). Así también, comienzan a dirigir su comportamiento en forma autónoma, mostrando una mayor independencia de las instrucciones adultas, aunque aún presentan cierto grado de descontrol e impulsividad. Luego entre los 12 y 14 años de edad, algunas funciones ejecutivas, como el control inhibitorio, alcanzan completamente su desarrollo (Davidson et al., 2006), pero otras como la flexibilidad cognitiva, resolución de problemas y memoria de trabajo continúan evolucionando, presentando un nuevo período de desarrollo intenso entre los 15 y 19 años de edad

(Cassandra y Reynolds, 2005). Es por esto, que lo evidenciado en los estudiantes con TDAH es la poca madurez que poseen frente a la autorregulación e inhibición de la conducta y toma de decisiones, por lo que, los docentes mantienen altas expectativas en que los alumnos pueden adquirir estas habilidades con la ayuda de los profesionales, la familia y el entorno en el que el niño se desenvuelve propiamente tal.

D1-II.

El tema de organizar del automonitoreo, el tema de la impulsividad que eso es lo que los chiquillos muchas veces no adquieren, por un tema de hábitos en la casa, por un tema de sociedad, por un tema mucho más macro.

D2- I2.

Uno quiere que el niño logre planificar, que aprenda a planificar, y saben que eso es complejo porque eso se va a dar con el tiempo, porque tiene que ver con la madurez también.

4.2.1 Creencias implícitas acerca del diagnóstico de un estudiante con TDAH.

Con respecto al diagnóstico de un estudiante con TDAH, en la actualidad principalmente es de carácter clínico y fundamentado en la historia personal y familiar del estudiante, en un examen físico, mental y neurológico, y en la realización de evaluaciones complementarias que apoyen el diagnóstico. A su vez, los criterios diagnósticos del DSM – V y CIE-10, se basan en la identificación de niveles de atención, actividad e impulsividad inapropiadas para la edad del desarrollo del sujeto, que interfieren en el desempeño escolar, funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y desempeño ocupacional durante al menos 6 meses (López, Rodillo y Kleinsteuber, 2008).

El diagnóstico del TDAH está basado en la evaluación clínica, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno en base a los manuales diagnósticos DMS-V o CIE-10. Asimismo, se incluye una entrevista con los padres sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño o adolescente y su

comportamiento, un examen directo con el menor y una revisión de la información que proviene del profesor de la escuela. Se requiere de la historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo). Asimismo, se deben obtener descripciones de la conducta específica en diversas situaciones, como durante la realización de tareas estructuradas o no estructuradas, actividades de ocio y académicas. Esta aproximación minimiza el sesgo del informante que surge de las expectativas del comportamiento del menor o de la presencia de comorbilidad psicopatológica, tales como conductas negativistas o agresivas (Vásquez et al., 2010).

Sin embargo, los Educadores Diferenciales mantienen creencias implícitas acerca del diagnóstico y el informe emanado por el neurólogo, en relación a la funcionalidad que mantiene el diagnóstico, si es confiable la triangulación de la información otorgada por los diversos informantes y descartar la posibilidad de existencia de una comorbilidad psicopatológica que pudiese interferir en sus procesos cognitivos y conductuales.

D3- I3.

El diagnóstico a nosotros nos sirve para la entrega de apoyos, pero no para hacer la diferencia dentro de la sala de clases.

D4- I4.

A mí me consta que todos los que están diagnosticados y que están conmigo tienen déficit atencional, otros medicados, otros no, depende del grado que tengan, si pero todos presentan el diagnóstico.

En consiguiente con lo anterior, INFAC (2013) señala que, el TDAH tiene un fuerte componente social, por lo que la frontera entre los niños que están diagnosticados que precisan tratamiento se establece en función de los valores culturales, y el mismo comportamiento puede ser interpretado de diferente forma dependiendo de la persona que diagnostique y del contexto social. Entre los factores culturales destacan el grado de tolerancia a los síntomas, expectativas de los padres y educadores y cultura del medicamento. Asimismo, Abad-Mas et al., (2012), señala que, durante mucho tiempo se

han puesto en duda aspectos relacionados con el TDAH, e incluso se ha dudado acerca de su existencia, lo cual hoy es difícilmente sostenible con las evidencias científicas que se disponen para el diagnóstico. Por consiguiente, las creencias implícitas que se tengan respecto a la fiabilidad y utilidad del diagnóstico, van a depender de cada profesional y sus apreciaciones personales. Lo anterior se evidencia en:

D6- I6.

No es relevante porque... eh... ¿De qué le sirve al niño que esté diagnosticado? Me sirve a mi pa' para una cuestión administrativa (...) Realmente no sé bien cual es lo positivo que puede tener el diagnóstico.

D8-I6.

No quiero decir mal diagnosticado, pero quizás en el momento en el que fue evaluado, claro presentó quizás alguna, alguna baja concentración, quizás a lo mejor dificultades en la concentración, pero de ahí a determinar... un TDAH, me genera eh... como claro el problema, la incoherencia.

Por otro lado, hay una gran variedad de síntomas somáticos y psíquicos que influyen de forma negativa en el bajo rendimiento escolar, pero que, aunque puedan parecerlo, no pueden atribuirse al diagnóstico de TDAH. Síntomas tales como: problemas de visión o audición, epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, enfermedad médica aguda o crónica, malnutrición, trastornos del sueño, ansiedad, estrés, depresión, secuelas de abusos sexuales, efectos secundarios de fármacos como fenobarbital o carbamacepina, y también dificultad de aprendizaje en niños con capacidad intelectual limítrofe (Soutullo y Chiclana, 2008).

En base a lo anterior, las creencias implícitas de los docentes aluden a que el TDAH es producto de una causa secundaria y que nace a partir de las exigencias que mantienen los padres, la escuela y el entorno, trayendo como consecuencia el diagnóstico del TDAH, por lo que concuerdan en que un niño no puede presentar el trastorno cuando

sus dificultades en la atención, hiperactividad y/o conductas provienen de los problemas que mantienen en el hogar y/o producto de un trastorno psicológico o psiquiátrico.

D2-I2.

No es complejo porque los chiquillos tengan TDAH, es complejo por los diagnósticos, creo que son muy pocos los TDAH puros, creo que hay muchos niños hiperactivos que son diagnosticados con TDAH, pero en realidad son hiperactivos, lo otro que creo es que también hay niños que, y eso pasa harto ahora, por lo menos es el sector que trabajo yo, hay niños que vienen de familias muy, muy complejas, donde hay papás drogadictos u otras historias, entonces, que es lo que yo he visto con los años, que hay niños que presentan tempranamente trastornos de la personalidad o trastorno psiquiátrico, y como son muy chicos lo que se encuentra dentro del diagnóstico es, pareciera ser lo que está más a la mano, y en fondo lo que etiqueta menos, es el TDAH.

D2-I2.

¿Por qué nos encontramos a más niños con TDAH ahora? Porque tenemos a niños más enfermos, y al final lo que creo yo es que el TDAH es una consecuencia de una enfermedad (...) Tu antes podías decir, antes no se detectaba porque había menos especialización... no, los niños no eran tan sobre exigidos como lo son ahora, entonces ahora... y además queremos niños perfectos, entonces yo no quiero que sea inquieto, yo quiero que aprenda rápido, entonces ... no será que a lo mejor, y en lo próximo puede que hayan más niños con TDAH, son consecuencia de todo esto que está pasando... de las altas exigencias que tienen los padres con los niños, del sistema en el que estamos viviendo.

4.2.2 Creencias implícitas acerca del sobre diagnóstico de un estudiante con TDAH.

En esta sub-categoría, se concentran las creencias implícitas acerca del sobre diagnóstico en un estudiante con TDAH en Chile, es decir, una gran población de estudiantes que presentan el diagnóstico. Con respecto a lo anterior, a nivel nacional la prevalencia del diagnóstico del TDAH se sitúa entre un 6% a un 9% de la población en

etapa escolar (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2011), en comparación con la prevalencia a nivel mundial que oscila entre un 5% y 10% (Quintero y Castaño, 2014). En la actualidad el TDAH es uno de los trastornos más diagnosticados en la edad escolar en el país en relación a las estadísticas a nivel mundial. Pese a su alta frecuencia, el TDAH es comúnmente subdiagnosticado o confundido con otras patologías psiquiátricas, lo cual retrasa el tratamiento adecuado, deteriorando el mundo familiar, laboral y social de los pacientes (Roizblatt, Bustamante, Bacigalupo, 2003, p. 1).

Por otro lado, el elevado grado de variabilidad de tasas de prevalencia se ha explicado por los distintos métodos de evaluación utilizados, la diversidad y cambios de los criterios clínicos diagnósticos, diferentes informantes (padres, profesores o cuidadores/tutores), el tipo de muestra escogida (clínica o poblacional) o por características sociodemográficas diversas (Cardó, Servera y Llobera, 2007).

Con respecto a lo anterior, los docentes mantienen creencias implícitas con respecto al sobre diagnóstico que se presenta hoy en día en las aulas y en los Programas de Integración, señalando que hay muchos estudiantes que no presentan los criterios de diagnóstico en base al DSM - V y CIE -10, por lo que, consideran que el diagnóstico emanado por el profesional competente, que en este caso es el neurólogo, no siempre es acertado, generando un sobre diagnóstico en los niños que se encuentran en etapa escolar.

D5-I5.

Sí creo que hay un sobre diagnóstico, y no siempre encuentro que sea acertado, a mi juicio, siendo yo quien no da el diagnóstico, pero creo que no son todos.

D6-I6.

Definitivamente esta muy inflado y... y tenemos muchos niños que están diagnosticados por nada así, por nada.

D4-I4.

Está tan de moda el tema, entonces como que todos tienen déficit atencional.

Por otro lado, a partir del año 2010 entró en vigencia el Decreto 170, el cual, fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial, en donde el TDAH pasó a ser una NEET, lo que implicó pasar una subvención de \$51.138 dada por un estudiante normal a una de \$141.746, es decir, casi tres veces más dinero para el sostenedor del colegio, de este modo se puede observar que existen subvenciones en los establecimientos educacionales que hacen pensar o dudar que el TDAH más que una dificultad intrínseca que presenta el estudiante, se reduce a un asunto numérico de estrategia de financiamiento para obtener una mayor subvención por parte del Estado, posiblemente resultando conveniente seguir ingresando a alumnos con diagnósticos de TDAH al aula (Saavedra, 2014). Lo anterior, coincide con las creencias implícitas de los docentes, en donde, indican que en el último tiempo ha ido aumentando los diagnósticos del TDAH en niños escolarizados, por lo que, puede ser consecuencia del sistema educativo en Chile en torno a la conveniencia de las subvenciones de los estudiantes con NEET en los establecimientos educacionales.

D1-11.

Hay un sobre-diagnóstico y estoy de acuerdo con eso.

D5-15.

Hace un par de años a la fecha, es como el boom de los TDAH.

4.2.3 Creencias implícitas acerca del tratamiento farmacológico en un estudiante con TDAH.

En la presente sub-categoría se darán a conocer las creencias implícitas de los Educadores Diferenciales en cuanto al tratamiento farmacológico en un estudiante con TDAH. En base a lo anterior, los fármacos en la actualidad constituyen un tratamiento fundamental en el TDAH. Dentro de este tratamiento, se encuentran los psicoestimulantes, como el metilfenidato y anfetaminas, que son los mayoritariamente utilizados por la eficacia de mejora en la hiperactividad como en la de aspectos cognitivos implicados en el

TDAH (Pozo, Gándara, García y García, 2005). Se ha propuesto que el efecto estaría mediado por una mayor estimulación sobre los receptores adrenérgicos y dopaminérgicos en la Corteza Pre-Frontal, y el consiguiente aumento de la estimulación noradrenérgica y dopaminérgica (López, Rodillo y Kleinstauber, 2008).

En base a lo anterior, los Educadores Diferenciales, mantienen sus valoraciones con respecto al tratamiento farmacológico en estudiantes que presentan TDAH, señalando que algunos si necesitan tratamientos, dependiendo del caso y que se ve como un facilitador para el trabajo en aula en el proceso de entrega de apoyos con el estudiante.

D4-I4.

Es verdad que un chico con tratamiento es completamente distinto a uno que no está tratado, sobre todo cuando hay hiperactividad.

D2-I2.

El tema del medicamento, eso es igual es un facilitador, si el niño está con tratamiento de medicamento adecuado, eso igual te facilita el trabajo.

Para ayudar a las familias a tomar importantes decisiones sobre el tratamiento, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) inició un gran estudio sobre tratamientos en 1992 llamado Estudio de Tratamiento Multimodal en Niños con TDAH (llamado estudio MTA). Los datos de este estudio de 14 meses demostraron que los medicamentos estimulantes son más efectivos para tratar los síntomas del TDAH, siempre y cuando, se los administre en dosis ajustadas para cada niño, para obtener una mejor respuesta, tan solo como combinación con la terapia del comportamiento. Esto es especialmente cierto cuando la dosis de la medicación es monitoreada constantemente y ajustada para cada niño (AACAP, 2013). En base a lo anterior, los docentes mantienen valoraciones con respecto al medicamento y coinciden en que hay niños que necesitan tratamiento farmacológico, siempre y cuando el diagnóstico sea el acertado y con el apoyo de las estrategias dentro del aula y de las familias referido al manejo conductual en el hogar.

D2-I2.

Hoy en día incluso pudiese ser imperceptible que un niño estuviese siendo medicado, y si tu lo conoces mucho logras ver que la única diferencia es que logra focalizar, y sigue siendo el mismo, entonces con respecto a eso hay un mito hay un mito con respecto a la farmacología (...) Cuando eso está, está el tema del fármaco, en los casos que se necesita, está el tema de las estrategias, eh... avanzamos.

D3-I3.

Si hay niños que son TDAH, pero yo veo ahí otro, eh... que no son TDAH, hay otros que son temas de manejo conductual, ya sea manejo de la casa, pero que si algunos necesitan un tratamiento.

4.2.4 Creencias implícitas acerca de la intervención educativa en un estudiante con TDAH.

Toruñán (1966) señala que, la intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador), existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando, en donde la acción (cambio de estado que un sujeto hace que acaezca) del educador debe dar lugar a una acción del educando (que no tiene que ser intencionalmente educativa) y no sólo a un acontecimiento (cambios de estado que acaecen a un sujeto en una ocasión), tal como corresponde al análisis de procesos formales, no formales e informales de intervención (Tourriñán, 2011). Aún así, en la intervención educativa en el aula, los docentes atienden a la diversidad, tomando en cuenta sus diferencias y sin que ello suponga un impedimento a la hora del proceso de enseñanza y aprendizaje de los alumnos, creando ambientes de aprendizajes

nutricios en experiencias y desarrollando variadas estrategias de enseñanza y aprendizaje (Cabrera, 2011). Por tanto, la lógica que mantiene la intervención educativa, es dar respuestas a problemas de manera eficaz, poniendo en práctica aquellas que resulten adecuadas para cada estudiante (Galve, 2009).

En base a lo anterior, los educadores señalan que, al realizar una intervención educativa en el aula, no sólo atienden a los estudiantes que presentan TDAH u alguna otra necesidad educativa especial, sino que, pretenden dar respuesta a la diversidad de aprendizajes que hay en el aula, mediante las estrategias.

D4-I4.

Yo creo que esa es la mejor manera de atender a todas las diversidades, tener una variedad de elementos que en el fondo les permita a todos los niños acceder al contenido, yo encuentro que eso es fundamental. (...) En el fondo en la diversidad de estrategias que uno use, yo creo que esa es la clave para que todos aprendan.

D1-II.

Hemos ido avanzando en términos como de metodología y si se fijan todo va apuntando a trabajar ya sea con TDAH, un DEA o lo que sea o con un niño en particular que a veces está pasando un tema emocional y manifiesta las mismas conductas de desatención que un TDAH.

D8-I6.

Mi foco va hacer apoyarlo harto en esta asignatura, prepararlo de manera individual también para el resto, y ayudarle, ah... en encontrar las estrategias como para que más adelante pueda estar de manera independiente.

Asimismo, si estas estrategias de intervención educativa, se combinan con otros programas, como el entrenamiento en funciones ejecutivas o adaptaciones curriculares (si fueran necesarias) que mejoren las habilidades cognitivas y académicas de los niños, influirán positivamente sobre su autoestima y su motivación (Abad-Mas et al., 2013). Por

lo que, aquí se encontraría la diferencia entre entregar estrategias y apoyos a un estudiante que presenta TDAH y a otro que no, la cual es el funcionamiento ejecutivo, para que, progresivamente, el niño con TDAH vaya consiguiendo mayor funcionalidad en sus procesos inmaduros y que consiga asumir el nuevo papel que se espera de él en los distintos contextos. Antes de trabajar sobre las dificultades de aprendizaje, sobre los problemas conductuales o emocionales del niño, se debe conseguir un rendimiento más ajustado a la exigencia general de las funciones ejecutivas (Abad-Mas et al., 2013).

Por otro lado, la presente sub-categoría para efectos del análisis se dividirá en, intervenciones educativas cognitivas - conductuales y afectivas. Kendall y Braswell (1993), señalan que la intervención cognitivo - conductual entrega diversas e interrelacionadas estrategias para proporcionar nuevas experiencias de aprendizajes que involucran procedimientos establecidos y un análisis cognitivo (Pizarro, 2003). Por otro lado, con respecto a la intervención afectiva, las emociones ocupan extensas áreas del sistema límbico, así la amígdala cerebral decodifica las sensaciones corporales y les asigna una valencia, la que puede ser positiva o negativa. A partir de ese momento una experiencia determinada y el cúmulo de sensaciones que se producen como respuesta a dicha experiencia pasan a constituir una vivencia, que adquiere un sello particular e individual (Céspedes, 2012). Es por esto, que tanto las estrategias tanto cognitivas-conductuales como afectivas, lograrán una intervención educativa íntegra del estudiante, dando énfasis también al autocontrol, a los impulsos y la autorregulación de la conducta, a través de las experiencias de aprendizaje que otorgan los docentes dentro del aula.

4.2.4.1 Intervención educativa cognitivo-conductual:

El modelo de intervención cognitivo-conductual, enfatiza en los proceso de aprendizaje y la influencia de las contingencias y modelos en el ambiente; subraya el rol central de los factores de mediación y el procesamiento de la información; se adscribe al conductismo metodológico. Asimismo, el énfasis se encuentra localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta. Braswell y Bloomquist (1991) sostienen que las

principales estrategias utilizadas en el tratamiento de niños con TDAH son: el entrenamiento autoinstruccional; entrenamiento en resolución de problemas; modelado; contingencias conductuales; educación emocional, y ejercicios de juegos de roles (Pizarro, 2003). En concordancia con lo anterior, las estrategias que los docentes señalan utilizar en la intervención van dirigidas a realizar una experiencia de aprendizaje que sea a través del juego en cuanto al entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas. Asimismo, como creencias, plantean que por un lado si el estudiante no se encuentra sentado y atento en el aula, no va a aprender.

DI-II.

Si nos importa que esté tranquilo un rato en clases, porque si no, no va a aprender, porque lamentablemente tenemos un sistema que tenemos 45 alumnos y un sistema exigente.

Por otro lado, otra docente, señala que a través de la estrategia del juego, se puede desarrollar una habilidad específica, apelando al autocontrol de la conducta y los impulsos en los estudiantes, optando por la intervención educativa cognitivo-conductual, en donde se le entrega al estudiante constante apoyo verbal para regular la conducta y lograr los aprendizajes a través de las diversas actividades motivadoras que se le proponen.

D7-I7.

Yo por ejemplo para hacerlas leer las hacía correr de un lado a otro, que tuviera como secciones que estén activas, así es más fácil a que estén sentadas acá, ellas no lo disfrutaban, es un martirio.

D7-I7.

En los juegos yo las hago que ellas lean y entiendan para jugar, lo cual también ayuda que se motiven, más que subrayemos las palabras.

4.2.4.2 Intervención educativa afectiva:

Bisquerra (2000), define las emociones como reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar. En estas evaluaciones subjetivas intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. Una emoción depende de lo que es importante para nosotros, en donde una emoción al ser muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales, como fobia, estrés o depresión (Vivas, Gallego y González, 2007).

Por otro lado, la inteligencia emocional (IE) es el uso inteligente de las emociones, es decir, hacer que, intencionalmente, las emociones trabajen para nosotros, utilizándolas de manera que nos ayuden a guiar la conducta y los procesos de pensamiento, a fin de alcanzar el bienestar personal, para esto es necesario la autoconciencia, la cual, es el eje básico de la inteligencia emocional, por cuanto la toma de consciencia de nuestros estados emocionales es el punto de partida para otras habilidades de la inteligencia emocional como el autocontrol, la empatía y las habilidades sociales (Vivas, Gallego y González, 2007).

Lo que se pretende lograr con la intervención educativa emocional, es desarrollar determinadas competencias y habilidades como, el autoconocimiento de las emociones, la autorregulación, automotivación, empatía y habilidades sociales sobre el adecuado control de las relaciones con los demás. Estas habilidades resultan muy útiles para el bienestar psicológico y físico, ya que favorecen el entusiasmo y la motivación y así también a un mejor desarrollo de las relaciones con las personas (Simón, 2012). En base a lo anterior, en el TDAH, se evidencian ciertos síntomas característicos, como son la inatención y la impulsividad, los cuales pueden dificultar el reconocimiento de distintos estímulos emocionales, como las expresiones faciales y la prosodia. Con respecto a la regulación y expresión de las emociones, las teorías tradicionales sobre el TDAH defienden que estas personas tendrán importantes dificultades para modular sus estados afectivos, ya que en este caso están implicados distintos procesos de control ejecutivo. Según estas teorías, las

disfunciones ejecutivas, especialmente las vinculadas con el control emocional y de impulsos, son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración observados en algunos niños y adultos con TDAH (Albert, López, Fernández y Carretié, 2008).

En base a lo anterior, los docentes mantienen valoraciones con respecto al vínculo que generan con ellos, la motivación y autoestima, no sólo en base al trabajo que se tiene con el propio estudiante, sino también con el docente de aula, para que así, la intervención a nivel afectivo se pueda complementar con la intervención cognitivo-conductual a través del conocimiento de las propias emociones y la de los demás en base a las propias acciones.

D4-I4.

Si tú no motivas a un chico con déficit atencional no vas a lograr nada en toda la clase.

D2-I2.

Yo trabajo con los profesores con que las niñas pueden, son inteligentes, se mueven, pero no molestan, no es mala alumna y no falta el respeto.

D2-I2.

Tú logras conectar con ellos y ellos logran conectar contigo, tú descubres su mundo, el tema es que como están en dimensiones paralelas, generalmente uno no conecta, entonces eso es.

4.3 Percepciones acerca de un estudiante TDAH.

En la siguiente categoría de análisis, se entenderán las percepciones, como los procesos a través de los cuales buscamos comprender a otras personas a través de la ordenación clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, en donde, la percepción juega un papel clave en el comportamiento y el pensamiento social (Barón y Byrne, 2005). La percepción pretende comprender las causas que hay detrás del comportamiento de los otros y en algunas ocasiones, también las causas que hay detrás de nuestro propio comportamiento.

Asimismo, estas percepciones se apoyan en los criterios diagnósticos del DSM-V y CIE-10, los cuales se basan en la identificación de niveles de atención, actividad e impulsividad inapropiadas para la edad del desarrollo del sujeto y que interfieren en el desempeño escolar, funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y desempeño ocupacional durante al menos 6 meses (López, Rodillo y Kleinsteuber, 2008).

El diagnóstico de un estudiante con TDAH está basado en la evaluación clínica, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno en base a los manuales de diagnósticos DMS-V o CIE-10. Asimismo, se incluye una entrevista con los padres sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento, un examen directo con el menor, una revisión de la información que proviene del profesor de la escuela. Se requiere de la historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo). Asimismo, se debe obtener descripciones de la conducta específicas en diversas situaciones, como durante la realización de tareas estructuradas o no estructuradas, actividades de ocio y académicas. Esta aproximación minimiza el sesgo del informante que surge de las expectativas del comportamiento del menor o de la presencia de comorbilidad psicopatológica, tales como conductas negativistas o agresivas (Vásquez et al., 2010).

En base a lo anterior, los docentes mantienen sus percepciones en base a la comparación entre la teoría de los manuales de diagnóstico DSM-V y el CIE-10, y en la conducta observada en los estudiantes con TDAH, en donde, señalan que a pesar de que existen criterios para el diagnóstico del trastorno, en la práctica misma se expresa totalmente de manera distinta, cuestionando nuevamente el diagnóstico emanado por el neurólogo, pensando que el TDAH se puede dar debido a una enfermedad secundaria como un trastorno emocional, psicológico o psiquiátrico.

D1-II.

Yo no lo veo en una conducta como la típica que se describe en los libros.

D8-I6.

Ya si bien en verdad con los criterios que hay, con lo que se observa en el aula, quizás son más dificultades a nivel emocional que las que hemos visto quizás una dificultad de aprendizaje, pero no necesariamente un TDAH.

D1-II.

Hay un montón de chicos acá que se portan pésimo y tienen todas esas conductas, pero no tienen TDAH.

Por otro lado, en base a la observación de la conducta en las diversas asignaturas y conversaciones con los docentes respecto al comportamiento de los estudiantes, los profesores pueden determinar si realmente el estudiante manifiesta el diagnóstico, además de evaluar el funcionamiento ejecutivo, el cual Lezak (1982) lo define como: “las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente” (p. 1). En base a esto, los docentes se centran en la evaluación y observación de la conducta de autorregulación, la cual se refiere a la habilidad del individuo para resistir impulsos y frenar determinada conducta en el momento apropiado (Goia et al., 2002), para determinar la existencia del diagnóstico del TDAH, considerando también, la medición de

impulsos por parte del estudiante y a su vez, cómo los profesores de aula evalúan este mismo proceso.

D8-I6.

Creo que lo que sí me ha permitido, quizás el poder determinar si efectivamente es un TDAH o hay alguna sospecha, de, de tal diagnóstico, es seguir el proceso de ellos en las distintas asignaturas, observar el comportamiento que tienen en cada una de las asignaturas en las que ingreso, conversar con los profesores de otras asignaturas, ver qué términos están en común, por ejemplo, si está constantemente hablando... y más voy por el lado de eh... evaluar los niveles de autorregulación.

4.4 La labor del Educador Diferencial en la intervención de un estudiante con TDAH.

En la presente categoría, se entenderá que la labor del educador diferencial es fundamental en la correcta identificación del estudiante con TDAH, ya que es un profesional que maneja una gama de instrumentos que permiten evaluar diversas funciones cognitivas, delimitando objetiva y científicamente las áreas sobre la cual se inicia la intervención psicopedagógica, la que se lleva a cabo entre un equipo multidisciplinario, considerando al profesor de aula y el especialista (Céspedes, 2012).

El educador diferencial basa su accionar en la intervención psicopedagógica, la que consiste en acciones que lleva a cabo para dar respuestas a los requerimientos de cada estudiante, esta intervención se concretiza en la evaluación y en la entrega de apoyos. La evaluación es lo que se realiza en primera instancia a través de instrumentos formales e informales, luego en base a los resultados obtenidos se inicia el periodo de entrega de apoyos la que se realiza en conjunto con el docente de aula y diversos especialistas, todo con la finalidad de incidir positivamente en el desarrollo integral del estudiante. En la actualidad la labor del educador diferencial no se enmarca solamente en la entrega de

apoyos dentro del aula de recursos, si no que trasciende al aula común, donde los apoyos se entregan a todos los estudiantes presentes.

Una de las primeras y principales labores del educador diferencial es la identificación de estudiantes con TDAH, en base a esto, los docentes entrevistados sugieren la observación de la conducta como uno de los principales instrumentos al momento de la identificación o la sospecha de algún estudiante con TDAH. En función a esto responden a lo planteado por Romero y Lavigne (2006), los cuales describen la observación como un instrumento o técnica para evaluar competencias en el estudiante, actitudes y conductas que demuestran en su trabajo a diario, ésta ofrece una gran riqueza de datos con un incuestionable valor ecológico, debido a que se obtienen en el medio natural donde se desenvuelve el estudiante. Si bien, la historia clínica del alumno proporciona información relevante y los instrumentos de evaluación son necesarios para unificar criterios, la observación de la conducta sigue siendo la técnica más destacada para la identificación de estos estudiantes (López, 2014). Lo planteado se evidencia en las siguientes declaraciones de los educadores:

I6-D8.

Nosotros sospechamos de un, un diagnóstico, es en virtud de las conductas que hemos observado.

I2-D2.

El instrumento mío tiene que ver con la observación... a partir de la observación de la conducta en aula y de la conducta en patio, porque son dos cosas distintas.

4.4.1 Rol en la planificación de la entrega de apoyos:

Luego de la identificación y evaluación de los estudiantes que poseen TDAH, viene el proceso de entrega de apoyos, el cual se realiza dentro del aula de recursos y en el aula común, donde no solo se entregan los apoyos a los estudiantes específicos sino que al grupo curso en general. En función a lo anterior, el trabajo que realiza el educador diferencial debe estar orientado y enfocado en el contexto de aula donde se encuentra el estudiante, por ende la entrega de apoyos debe ser conversada, consensuada y planificada en conjunto con el docente de aula, para de esta manera, responder efectivamente a la diversidad presente, propiciando aprendizajes significativos y de calidad a cada estudiante (Abas-Mas et al., 2011). El educador diferencial, dentro de este contexto, donde forma parte de un equipo de aula, asume el rol de co-enseñanza, con respecto a esto el MINEDUC (2013) señala que este concepto implica a dos o más personas que comparten la responsabilidad de enseñar a algunos o a todos los alumnos asignados en un aula escolar, lo que implica y trae consigo, la distribución de responsabilidades respecto a la planificación, instrucción y evaluación de un grupo curso.

Los educadores diferenciales entrevistados, mencionan que el apoyo que realizan dentro del aula común se lleva a cabo a partir de un trabajo articulado con el docente, respondiendo a lo planteado anteriormente por Abas-Mas et al., (2011) y MINEDUC (2013), donde se apoya a todo el grupo curso en general, no haciendo distinción entre estudiantes, por ende las planificaciones que se realizan son clases a clase en función de lo observado y conversado con el docente de asignatura. Lo anterior se evidencia en:

I5-D5.

Nosotras las educadoras hacemos apoyo en aula, se hace un trabajo de articulación con los docentes todas las semanas, en donde se establecen los lineamientos de lo que vamos a abordar en cada clase.

I5-D5.

En el aula claramente, si bien apoyas al grupo de chicos integrados, tú tienes que apoyar al curso completo.

I3-D3.

La planificación es diaria, clase a clase.

I4-D4.

Yo estoy muy ligada y súper pendiente de lo que se va pasando en sala, ya, entonces ahí yo voy armando mi eh...planificación, ya, yo les pido las planificaciones a los profesores también, o sea a partir de eso yo creo la mía.

4.4.2. Rol en la entrega de apoyos en aula común y aula de recursos.

En esta sub-categoría, se concentran las opiniones referidas a la entrega de apoyos que se realiza tanto en el aula de recursos como en el aula común, todo con la finalidad de incidir positivamente en el desarrollo integral de los estudiantes, respondiendo de la mejor manera a las necesidades que presenta cada uno, ésta se refiere a las áreas específicas y las asignaturas en que cada educador ingresa.

La gran parte de los educadores entrevistados dan a conocer que la entrega de apoyos efectuada en aula común la realizan en las asignaturas de Lenguaje y Matemáticas (educación básica), y en educación media es más variado donde se ingresa a otras asignaturas. En cuanto a las áreas donde entregan los apoyos son básicamente lectura y escritura, respondiendo a lo planteado por Céspedes (2012), donde plantea que dos tercios de los niños con TDAH pueden presentar Dificultades del Aprendizaje de la lectura y/o matemáticas, las cuales están relacionadas con la inmadurez psicolingüística y de

razonamiento lógico, presentándose como barreras para el transcurso de la vida escolar, en donde los estudiantes no consolidan los aprendizajes necesarios en las distintas áreas académicas. Lo planteado anteriormente se evidencia en las siguientes opiniones otorgadas por los educadores:

I3-D3.

Lenguaje y Matemáticas son las que siempre entro.

I3-D3.

Área de lectura... escritura.

I6-D8.

Nosotros aquí tenemos nuestros propios lineamientos, que tienen que ver con eh... instaurar una mirada psicopedagógica desde el trabajo de las habilidades, de las áreas cognitivas...en el aula.

I6-D8.

Bueno en primero básico en lenguaje y matemática, pero en enseñanza media eh... bueno este año ingrese a física... geometría, inglés, en enseñanza media trato de ser un poco más variado.

I5-D5.

Acá se pierde un poco el tema de trabajar habilidades, entonces hay que pasar un poco de contenido.

II-D1.

Apelo mucho, pero mucho, mucho al tema de la planificación, para escribir, del monitoreo, de la, de la revisión del tema de las estrategias de comprensión lectora.

También dentro del aula común, los educadores diferenciales dan a conocer que trabajan la atención y el funcionamiento ejecutivo de manera transversal, respondiendo a lo planteado por Abas-Mas et al., (2011) donde indican que la intervención psicopedagógica a estudiantes con TDAH está orientada principalmente en el desarrollo del funcionamiento ejecutivo, para que el niño pueda conseguir mayor funcionalidad de los procesos que se encuentran inmaduros, lo que a su vez, le permita adaptarse a distintas y nuevas situaciones. Finalmente los educadores trabajan el ámbito afectivo, principalmente el autoestima, ya que, es uno de los aspectos más sensibles en los estudiantes con TDAH, ya que se encuentra disminuida por la acumulación de repetidas frustraciones y llamados de atención por su conducta, por ende, el desafío actual es fortalecer la autoestima en la medida que ésta es determinante en su desarrollo y superación de las dificultades (MINEDUC, 2009), todo con la finalidad de fomentar un desarrollo integral de los estudiantes. Lo planteado anteriormente se evidencia en:

I3-D3.

La atención se trabaja de manera transversal.

II-D1.

Nosotros también entramos a las pruebas, mediación, mucha mediación por el tema de, de los alumnos que tienen dificultades como de impulsividad porque responden a la primera, no leen todas las alternativas, eh... les da lata, no revisan.

I6-D6.

Yo creo que las habilidades vinculadas como a las funciones ejecutivas... todo lo que tiene que ver con la autorregulación principalmente.

I6-D6.

Yo creo que lo más importante primero es la metacognición del niño...o sea en qué sentido lo planteo, en que si el niño no le da sentido a lo que está haciendo eh... todo no tiene sentido en el fondo todo lo que tú hagas no tiene sentido.

I2-D2.

El tema afectivo es súper importante.

Las opiniones dadas por los educadores diferenciales estipulan que dentro de la entrega de apoyos utilizan de manera implícita los principios que plantea el Diseño Universal para el Aprendizaje (en adelante DUA), el cual permite responder a la diversidad existente dentro del aula. En función de esto, responden en parte a lo que estipula el Decreto n° 83/ 2015, donde se plantea el DUA como una estrategia para responder a la diversidad existente dentro del aula, considerando ritmos y estilos de aprendizajes, teniendo presente que cada estudiante es distinto. El DUA posee tres principios fundamentales, el primero hace referencia a proporcionar múltiples medios para la presentación y representación de la información. El segundo principio está relacionado con los múltiples medios de ejecución y expresión y el último principio relacionado con las múltiples medios de actuación y compromiso que poseen los estudiantes (Alba, 2013). Si bien los educadores entrevistados declaran utilizar el Diseño Universal para el Aprendizaje, lo hacen de manera implícita, no especificándolo dentro de la planificación y tomándolo como una estrategia para responder a la diversidad presente en el aula y de esta manera maximizar los aprendizajes de cada estudiante. Lo planteado anteriormente se evidencia en:

I6-D8.

La idea es que las estrategias que se implementen favorezcan a todos.

I5-D5.

En el aula claramente, si bien apoyas al grupo de los chicos integrados, tú tienes que apoyar al grupo completo.

I2-D2.

Yo no sólo le brindo apoyo a los niños que tienen necesidades educativas especiales, también le brindo apoyo a los otros niños, entonces eso hace que... yo no me vea como la tía de los especiales.

I1-D1.

Entonces uno como que siempre va haciendo el apoyo visual o concreto en complemento del tema de la revisión, el automonitoreo, la planificación, funciones ejecutivas.

I6-D6.

En el fondo si lo ocupamos pero yo por lo menos nunca haciendo consciencia de que es el DUA.

I2-D2.

DUA como dentro de la formalidad, no está, no es como para planificar en DUA, pero vamos aplicando estrategias... vamos mezclando todo en realidad.

Como se mencionaba anteriormente la entrega de apoyos se realiza principalmente en aula común, respondiendo no solo a las necesidades de los estudiantes con TDAH, sino que a todo el curso presente. La entrega de apoyos más especializada se realiza en el aula de recursos entendiéndose ésta como una sala que posee la implementación adecuada para satisfacer los requerimientos de apoyo individuales o de un pequeño grupo de estudiantes con necesidades específicas, su existencia es obligatoria para los establecimientos educacionales con PIE (MINEDUC, 2013). Los apoyos que se realizan en este lugar son más especializados respondiendo a los requerimientos y necesidades de cada estudiante.

De acuerdo a lo planteado por los educadores en relación al trabajo que llevan a cabo en el aula de recursos, responde a lo que está establecido dentro del decreto N° 170/2009, ya que buscan entregar apoyos especializados en las áreas donde se presentan mayores necesidades los estudiantes. En función de esto, se mencionan dentro de las áreas donde se entregan apoyos especializados en el aula de recursos; el área de lenguaje y matemáticas, el funcionamiento ejecutivo, enseñanza de hábitos de estudio y el reforzamiento de contenidos, todo con la finalidad de mejorar el funcionamiento del estudiante en los diversos contextos donde se desenvuelve. Lo anterior queda evidenciado en las siguientes declaraciones:

I4-D4.

Dentro del aula de recursos se trabaja especialmente lenguaje y matemáticas... se trabajan funciones ejecutivas, otras habilidades, se enseñan estrategias, hábitos de estudio.

I5-D5.

Se contemplan ciertos contenidos que están atrasados, eh... algunas habilidades psicopedagógicas que vas a intervenir y funciones ejecutivas, de acuerdo a cada niño.

I7-D7.

Tengo que trabajar sus funciones ejecutivas de planificación, de cómo organizar las cosas.

4.4.3 Estrategias utilizadas en la entrega de apoyos en aula común y aula de recursos.

Las estrategias son métodos o quehaceres que el docente utiliza diariamente en el aula para poder explicar, motivar, estimular y mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje de todos sus estudiantes. Estas estrategias son conscientes e intencionales, que tienen como fin último que los estudiantes puedan adquirir aprendizajes significativos (Jiménez, 2013). En función de esto y para poder dar respuesta a los estudiantes que presentan TDAH en el aula, los educadores diferenciales deben ejecutar diversas estrategias con la finalidad de responder a esta necesidad y fomentar en los estudiantes aprendizajes significativos, haciéndolos participantes activos de este proceso, por ende existen una serie de estrategias que se utilizan según la singularidad y características específicas de los estudiantes.

Dentro de las estrategias que se sugieren para dar respuesta educativa a los estudiantes según el MINEDUC (2009) en la guía para la comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo desde un enfoque inclusivo, en el nivel de educación básica menciona que se deben ofrecer modos de hacer las cosas que le permitan organizarse y llevar a cabo sus ideas, orientar de manera explícita la atención del estudiante hacia la tarea que se le plantea, donde es fundamental acercarse a ellos y comprobar si comprendió la actividad solicitada, ya que si no posee una claridad al inicio tendrá menos posibilidades de regular su comportamiento, se debe ayudar a descubrir, seleccionar, organizar y sistematizar la información relevante, se le deben otorgar las instrucciones de forma parcelada, ya que a medida que transcurre el tiempo dirige su atención y conducta a cualquier otro estímulo. En función de lo planteado, las opiniones vertidas por los educadores diferenciales

entrevistados responden a lo que sugiere el MINEDUC, ya que las estrategias están enfocadas a otorgar instrucciones verbales claras y precisas para que los estudiantes logren comprender la actividad, estructurar los tiempos y anticipar cada actividad a realizar para disminuir los niveles de ansiedad y logren autorregular su comportamiento, el contacto físico para poder incluirlos y comprobar si comprendió lo que debe realizar y también el realizar actividades parceladas para que logren ejecutarlas y no se distraigan con los estímulos que están presentes en el ambiente, esto se evidencia en las siguientes opiniones:

I2-D2.

Tiene que ver con significar las instrucciones verbales, es como ser más directivas, esto es lo que tienes que hacer. Entonces si tiene que ver con eso, con las instrucciones verbales, eh... darles más tiempo, em... dividir la evaluación.

I3-D3.

Todas las instrucciones claras y darles muchas actividades dentro de la sala.

I6-D8.

El estructurar el inicio de la clase, el desarrollo y el cierre... creo que lo que más me ha funcionado eh... es el tema de estructurar los tiempos.

I2-D2.

Por lo menos lo que a mí me resulta harto es el contacto, el contacto físico, tocarlos... como estamos acá...eh anticiparlos, o sea planificar, planificarlos en qué es lo que vamos a hacer.

I5-D5.

De hecho siempre tiene que ser súper parcelado, para que logren hacer la siguiente, o sino los pierdo.

I5-D5.

Tienes que ir cambiando todo el rato porque se aburren.

También el MINEDUC (2009) propone que se deben establecer rutinas de trabajo claras y reforzarlas a través del juego, las actividades deben considerar la posibilidad y espacio para las necesidades de movimiento de los estudiantes, ya que el movimiento constante es una de las conductas persistentes en ellos y esto en muchas ocasiones perturba el orden de la clase, por ende se deben otorgar diversas tareas a este estudiante, las cuales impliquen movimiento dentro y fuera de la sala, por lo consiguiente se deben organizar actividades considerando los diversos estilos de aprendizaje permitiendo flexibilidad al momento de trabajar, ofreciendo oportunidades distintas para su aprendizaje, ya que los estudiantes con TDAH suelen aprender a través de estímulos visuales. Así también, se debe aprovechar la capacidad de juego, para que los estudiantes tengan una experiencia positiva en las instancias de aprendizaje, ya que el juego permite potenciar en los niños el logro de conductas sociales fundamentales como la tolerancia, trabajo en equipo, respeto de acuerdos, etc. En función de lo planteado anteriormente, los educadores diferenciales entrevistados declaran que dentro de las estrategias más utilizadas, se encuentra principalmente el aprender a través del juego, de juegos kinestésicos que impliquen movimiento, el darle funciones específicas dentro y fuera de la sala de clases, validar la opinión de cada uno por medio del diálogo, para de esta forma también fortalecer el autoconcepto que posee cada uno y la utilización de diversos recursos ya sean tecnológicos o didácticos para implicarlos de manera activa en su proceso de aprendizaje, esto responde a lo planteado por el MINEDUC (2009) y se evidencia en lo siguiente:

I5-D5.

Empiezo la clase siempre con una actividad de funciones ejecutivas.

I6-D6.

El indicador tiene que ver principalmente con las funciones ejecutivas y luego tiene que ver con eh...otorgar los espacios para que ellos puedan manifestarse ya sea kinestésicamente, verbalmente, intelectualmente.

I3-D3.

Yo esto propongo hartito, que los niños puedan aprender a través del juego.

I6-D6.

Partir las dinámicas con juegos, juegos kinestésicos en el fondo que implique moverse, pararse, sentarse... ocupar esta misma dinámica eh... al inicio al medio y al final de las clases... cosas que los niños puedan de alguna forma descargar esta energía.

I3-D3.

Entonces le pedimos cosas, que él colabore en algunas cosas de la sala, que reparta los libros y él es muy colaborador entonces siempre lo hace.

I4-D4.

Que se mueva, que él tenga que opinar, que salga adelante, que él explique algo frente a todo el curso, darle diferentes tareas también, eso ayuda mucho a los chiquititos generalmente.

I7-D7.

Tengo como la semana del ayudante.

I4-D4.

Actividades dinámicas, mucho video, mucho uso de las TICS, que tengan ellos de repente que crear la clase, mucha participación de ellos.

I4-D4.

Que la dinámica grupal, que cambiar la sala de posición.

I5-D5.

Ocupo mucho...el tema de la luz, ocupo una luz que es un cotillón que cuando ya están muy bulliciosos tomo la luz, la prendo, para que focalicen la atención en ese objeto.

I5-D5.

Ubicarlos en los primeros puestos, monitoreo constante en el aula.

I6-D6.

Decir lo que piensan... y yo pienso que eso es un muy buen canalizador y los niños de alguna medida debían saber que están en un espacio que lo legitiman.

I2-D2.

Harta conversación, mucho mucho mucho diálogo.

I2-D2.

El componente afectivo es fundamental... un profe que no es afectivo está sonao.

I2-D2.

La música los ha motivado enormemente y sobre todo a los chiquillos con TDAH y eso ha sido maravilloso, porque es su área y se sienten útiles, sienten que están brillando y eso ha sido muy bonito.

4.4.4 Progresión de habilidades en la entrega de apoyos.

En el proceso de entrega de apoyos el educador realiza una progresión de habilidades a trabajar en función de las necesidades que cada estudiante presenta. Las habilidades cognitivas son las destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea (Ramos, Herrera y Ramírez, 2010), éstas facilitan el conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo posteriormente. Hernández (2010) da a conocer que para poder adquirir una habilidad cognitiva es necesario que se ejecuten tres momentos: en un principio la persona desconoce que la habilidad existe, en un segundo momento se realiza el proceso en sí de adquirir la habilidad y desarrollarla a través de la práctica, y finalmente la habilidad ya está interiorizada de tal manera que su aplicación es fluida y automática. Estas habilidades se clasifican en básicas y superiores, donde las básicas son centrales y ayudan en la construcción de las habilidades cognitivas superiores (Ramos, Herrera y Ramírez, 2010). En la entrega de apoyos el educador debe realizar una progresión de habilidades en función primeramente de la adquisición de habilidades cognitivas básicas, para luego adquirir las habilidades cognitivas superiores necesarias para que el estudiante se desenvuelva de manera autónoma en cada actividad y tarea que se le proponga. La adquisición de estas habilidades es un proceso dinámico, ya que unas habilidades elementales dan paso a las más complejas, las más concretas a las más abstractas y así sucesivamente. Por ende, la progresión a realizar se basa de lo más concreto a lo más abstracto, de lo más simple a lo más complejo, para de esta forma también

implicar al estudiante en su proceso de enseñanza y aprendizaje, en donde pueda construir aprendizajes significativos. En función de lo anteriormente planteado, los docentes entrevistados dan a conocer que la progresión de habilidades que realizan se basa de lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo abstracto, respondiendo a lo planteado donde se indica que primeramente se desarrollan las habilidades básicas para luego adquirir las superiores, esto queda en evidencia en las siguientes opiniones vertidas:

I4-D4.

Varía dependiendo del curso también, eh...depende del contenido que se está viendo eh... con que se parta...depende mucho del contenido que pase el profesor durante el año, de esa manera yo voy avanzando y se va aumentando también la complejidad.

I5-D5.

El tema de la progresión de las actividades, jajaja es eso más que nada, funciones ejecutivas, así su diversidad.

I2-D2.

De lo más simple a lo más complejo, de lo concreto a lo abstracto y ahí varía, porque a veces de lo general a lo particular y a veces de lo particular a lo general.

4.5 El Programa de Integración Escolar y su respuesta a los estudiantes con TDAH.

El Programa de Integración Escolar en nuestro país tiene como fin ser una estrategia inclusiva para el sistema escolar, pudiendo entregar apoyos adicionales dentro de un

contexto de aula común, a todos los estudiantes que presenten necesidades educativas especiales, ya sean permanentes o transitorias, buscando el logro de los objetivos académicos, participando activamente dentro de la sala de clases y contribuyendo por ende a la calidad de la educación en los establecimientos escolares. En este sentido, y como lo señala la Guía de Orientaciones Técnicas para programas de integración escolar emitido por el Ministerio de Educación en 2013, el PIE pretende a su vez responder a las necesidades de los estudiantes que requieran apoyos para progresar en sus aprendizajes académicos y también en el desarrollo integral, el cual permita que se integren y participen de la comunidad, es por aquello que el funcionamiento del programa de integración escolar cuenta una estructura en la cual define los recursos materiales y humanos que se disponen para la entrega de apoyos a los estudiantes. Por medio de lo que los entrevistados relatan en su experiencia como educadores diferenciales dentro de sus respectivos establecimientos educacionales, sean estos Municipales o Particulares Subvencionados, la información se relaciona con; Funcionamiento PIE, Equipo Multidisciplinario y Trabajo Colaborativo.

Los entrevistados mencionan la modalidad de entrega de apoyos con las que se trabaja dentro de los establecimientos, en los cuales se puede encontrar la realidad de sólo atender necesidades de carácter Transitorias (TDAH, Trastornos Específicos del Aprendizaje, Trastornos Específicos del Lenguaje y Rendimiento en pruebas de coeficiente intelectual en el rango límite), o realidades en donde también se atienden necesidades de carácter permanente (Trastorno Autista, Disfasia Severa, Discapacidad Auditiva, Retos Múltiples, Discapacidad Visual y Discapacidad Intelectual Severa).

Se debe tener en cuenta que en esta investigación se toman como muestra dos realidades educativas distintas, Establecimientos Educacionales Municipales y Establecimientos Educacionales Particulares Subvencionados. Se entiende por los primeros como establecimientos públicos de propiedad y financiamientos estatales, administrados por las municipalidades del país. En cuanto a los segundos, son establecimientos de propiedad y administración privada, pero que reciben financiamiento estatal mediante subvención por alumno matriculado y efectivamente asistiendo a clases (MINEDUC, 1993). La razón por la cual se toma en cuenta esta diversidad, es para denotar si de igual

forma el tipo de establecimiento y sistema que lo regula incide en la diferenciación de entrega de apoyos o de atención a la diversidad, en este caso y se evidenciará en las citas expresadas por los entrevistados, dentro de lo que enmarca el funcionamiento del Programa de Integración no se observan diferencias en cuanto a cómo se regulan y organizan los apoyos, ya que en ambas situaciones o realidades se cuenta con los recursos para la compra de materiales o instrumentos, de igual manera para la contratación de equipo de trabajo idóneo y para cubrir las horas destinadas a la planificación.

De acuerdo a lo anterior, se menciona la estructura en cuanto al funcionamiento del Programa de Integración:

I3-D3.

Solamente transitorias.

I4-D4.

Tenemos funcionamiento de transitorio y PIE permanente.

A partir de esto, en relación al trabajo que desarrollan los educadores diferenciales para la atención de las necesidades educativas que presentan los estudiantes, llevan a cabo intervenciones educativas tanto en aula de clases como de recursos, enfatizando que se disponen horas para realizar este trabajo en conjunto con el docente dentro de aula y también más específico en aula de recursos, para atender de manera individualizada al alumno. Dicho trabajo se enmarca en lo que se estipula por el Programa de Integración para así responder a la diversidad y entregar los apoyos que se requieren a través de las estrategias que se estimen pertinentes bajo el criterio de los profesionales. Esto se evidencia a través de las siguientes experiencias:

D1-II.

Este Colegio es bien por decirlo así, cumple todo lo que el programa dice (...) El PIE ahora se realiza de acuerdo a lo que establecen las nuevas leyes, es decir, uno va contratando a los profesionales que se requieren por hora, de acuerdo al programa.

I4-D4.

Dentro del aula común es donde entro 10 horas semanales en lenguaje y matemática.

I5-D5.

Nosotras las educadoras hacemos apoyo en aula, se hace un trabajo de articulación con los docentes todas las semanas, en donde se establecen los lineamientos de lo que vamos a abordar en cada clase, en lenguaje y matemáticas que son las asignaturas más fuertes.

De igual forma, dan a conocer el Equipo Multidisciplinario con el cual cuentan los establecimientos educacionales, que por normativa de los Programas de Integración, se debe contar con un cuerpo de profesionales competentes para la entrega de apoyos específicos y también la evaluación como se señala en el Decreto 170/2009 y de igual manera exponen la modalidad con la cual trabajan con los estudiantes, ya sea dentro de las salas de clases o también complementando los apoyos en horarios alternos, en donde se realiza una intervención más individualizada, la cual refiere al trabajo de habilidades transversales o a la base que aún no se han afianzado y que de igual manera significan e impactan en la adquisición de nuevos aprendizajes dentro de la sala de clases, por lo cual el trabajo en aula de recursos se enfoca en dichos aprendizajes y habilidades, con el fin de impactar de manera positiva en el desempeño de los alumnos con TDAH cuando se encuentren en la sala de clases. Dicho lo anterior, esto se manifiesta en:

I5-D5.

4 educadoras diferenciales, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga y psicóloga, además de profesores especialistas de básica y cada área, ese es el equipo integral que está aquí, el equipo multidisciplinario.

I2-D2.

Hay una educadora diferencial que soy yo, está la psicopedagoga, y hay otra educadora básica con mención en psicopedagogía (...) Contamos con psicóloga, con trabajadora social, con fonoaudióloga.

I3-D3.

En aula y aula de recursos.

II-D1.

No se sacan niños de la sala (...) las educadoras diferenciales trabajamos absolutamente en aula.

I4-D4.

Dentro del aula de recursos yo los saco una vez a la semana, 45 minutos (...) dentro del aula de recursos se trabaja especialmente lenguaje y matemáticas.

I3-D3.

Ocupamos la Batería Psicopedagógica EVALUA (...) para hacer los estados de avance yo utilizo pruebas informales, pero para ingreso a PIE como de reevaluación la que pide el Ministerio.

II-D1.

Aplicar instrumentos que estén validados y eso implica que tiene que ser CLPT Y EVALÚA.

Por otra parte, los entrevistados se refieren a cómo se lleva a cabo el trabajo con cada uno de los profesionales con los que cuentan dentro del Programa, teniendo en cuenta lo que se refiere las horas de planificación de la enseñanza y de la organización de la entrega de los apoyos, tomando en cuenta los recursos materiales y humanos que deben articularse para llevar a cabo el proceso y como se señala en el decreto 170/2009, los

profesionales especializados y el docente de aula cuentan con horas específicas para coordinarse. A partir de esto, se considera importante relevar la importancia que tiene el generar un trabajo colaborativo, pues desde ahí se puede contrastar cómo se implementa esta modalidad de trabajo en las realidades educativas y con los profesionales idóneos.

El trabajo colaborativo implica contar con un equipo interdisciplinario, en donde cada profesional interviene en función del mejoramiento de los aprendizajes y de la participación inclusiva de los estudiantes que presenten alguna necesidad de apoyo, ya sea esta de carácter transitorio o permanente. De igual manera, como normativa se señala que los profesores de educación regular deben contar con un mínimo de 3 horas cronológicas semanales para desarrollar el trabajo colaborativo, y para poder otorgar mejor uso de esas horas, éstas pueden ser parceladas en función de coordinar con otros especialistas la planificación de los procesos de enseñanza y aprendizaje (MINEDUC, 2013). A partir de lo anterior, se destaca la importancia de desarrollar un trabajo colaborativo, ya que esta modalidad y herramienta de trabajo entre profesionales, permite nutrir las experiencias de entrega de apoyos y de respuesta a la diversidad por medio del diálogo y la planificación, ya que se basa como una metodología de enseñanza y de realización de actividad laboral en la cual se reconoce que el aprendizaje y el desempeño de cada profesional, se incrementa cuando hay existencia de espacios en donde se desarrollan destrezas de manera cooperativa, que permitan por ende aprender y dar solución a los diversos problemas y acciones educativas y laborales que se presenten dentro de los diversos establecimientos educacionales.

A partir de lo anterior, los entrevistados dan a conocer cómo se desarrolla el trabajo colaborativo en las realidades educativas en las que trabajan, y si bien mencionan que es una actividad que se lleva a cabo, mencionan de igual manera que no es una tarea fácil de realizar y que depende de diversos factores como horarios e instancias de encuentro y disponibilidad del docente, como se evidencia en las siguientes citas:

I5-D5.

Coordinamos una vez a la semana en reuniones y ahí se establece el plan de trabajo de la semana, por diversas razones a veces esas reuniones no se llevan a cabo, o sea se trata de hacer mensual, pero si uno como profesor va a buscar el momento para coordinarse con el otro. (...) entramos a aula, 8 horas de aula a la semana y hacemos intervención individual o grupal en el aula de recurso, ahí tu intervienes propiamente tal la necesidad educativa y en el aula claramente, si bien apoyas al grupo de los chicos integrados, tú tienes que apoyar al curso completo.

I1-D1.

Este colegio les paga a los profesores de aula horas de PIE, entonces ellos tienen sus horas para planificar con nosotros y esas horas están pagadas por el PIE, entonces no tienen nada que reclamar.

I1-D1.

Tratamos de hacer co-docencia en lo que funciona la práctica, con unos más que otros, porque hay profesores que ceden un poco más, pero si la profe no está yo puedo hacer perfectamente la clase.

I3-D3.

En el aula común hago lo que con la profesora nos coordinamos, coordinamos la co-docencia.

I4-D4.

Dentro del aula común es donde entro 10 horas semanales en lenguaje y matemática, ahí si se hace un trabajo colaborativo con el profesor de asignatura, se planifica antes la clase em... en el fondo para ver que metodología se va a emplear para todo el curso. Nos juntamos con los profesores y coordinamos algunas de las clases, y con los profesores también hay otro trabajo que es ahí más que nada el tema de la evaluación diferenciada.

I2-D2.

Yo tengo una hora de coordinación con cada profesor a la semana, nos reunimos y planificamos y vamos dando las estrategias. Cuando hay co-docencia tú logras intervenir en la clase sin que la profesora se vea afectada, porque ella asume que tú eres su par, y como tú eres su par eh... vas modificando.

Si bien, como se ha mencionado con anterioridad el Programa de Integración Escolar se constituye por medio de un equipo de especialistas, que con el uso de diversos recursos materiales, busca responder a la diversidad coordinándose entre ellos para que esta entrega de apoyos cumpla con el propósito de disminuir las barreras hacia el aprendizaje; los entrevistados aluden a la existencia de barreras y a su vez también facilitadores que inciden directamente en la entrega de esos apoyos.

4.5.1 Facilitadores del Programa de Integración para dar respuesta a los estudiantes con Trastorno por Déficit Atencional.

Los facilitadores que los entrevistados consideran como actos o hechos que favorecen el llevar a cabo prácticas que permitan la entrega de apoyos a los estudiantes con TDAH, se relacionan directamente con el acceso al trabajo colaborativo con otros profesionales dentro de la institución educativa, que si bien es un facilitador que potencia la intervención con estos alumnos dentro de la sala de clases, también es visto como un ejercicio profesional difícil de concretar en la práctica, pues manifiestan que no es algo que se lleve a cabo permanentemente y que principalmente se ven limitados por los espacios y horas de planificación, y de igual manera concretar modificar y potenciar las metodologías que se practican dentro del aula, pues también se enfrentan a los planes y programas educativos, en donde se deben cumplir una cantidad de contenidos en un tiempo determinado, lo cual, muchas veces, limita la variedad de recursos con los cuales se cuenta para la entrega de los aprendizajes. Aún así, los entrevistados rescatan la importancia de llevar a cabo el trabajo colaborativo, ya que éste favorece al aprendizaje y también al propio quehacer profesional.

Por otra parte, se considera como otra oportunidad el poder contar con un grupo de profesionales en donde encuentran apoyo y constante retroalimentación, como lo es el equipo multidisciplinario, por ende se considera de igual forma que el Programa de Integración es un facilitador hacia la entrega de apoyos, ya que en su diseño e implementación y como se ha venido mencionado, dependiendo del establecimiento, se atienden necesidades ya sean transitorias o permanentes y a partir de eso las decisiones que se llevan a cabo para la entrega de apoyos, las cuales comienzan con un proceso de evaluación diagnóstica para definir en función de las necesidades que se evidencien, los apoyos o ayudas especializadas adicionales que requieran los estudiantes para acceder y progresar en el currículo. Además, se consideran las evaluaciones de proceso que orienten el trabajo hacia la reevaluación para dar cuenta del proceso educativo anual del estudiante y de igual manera llevar a cabo una evaluación de egreso o continuidad del alumno en el programa. Desde aquí es que el equipo multidisciplinario cumple la función de realizar los apoyos desde su experiencia profesional y entregar las ayudas no sólo a los estudiantes, sino también al resto de los profesionales, ya que coordinan el trabajo en función de atender las necesidades de cada uno de los alumnos. Finalmente, y también desde las concepciones y experiencias de los educadores diferenciales, se considera también como un facilitador el uso de fármacos o apoyo de tratamiento farmacológico en estudiantes con TDAH cuando la circunstancia lo estime pertinente.

A partir de lo expuesto como facilitadores, esto se expresa en las siguientes vivencias:

I2-D2.

Lo más importante en esto es el trabajo en equipo y para que haya trabajo en equipo yo necesito comprender a mi compañero.

I6-D8.

Facilitadores... ah... creo que principalmente son... son mis colegas de trabajo, con los profesores con los que trabajo, los profesores de aula, que están siempre

dispuestos (...) el contar con un equipo multidisciplinario permite mucho el poder trabajar con chicos con... TDAH, porque existen distintas estrategias, no son solamente de la psicopedagogía, sino que desde el área de la salud, también, psicológicos, a pesar de que aquí no se hace clínica pero si... la psicóloga permite también entregar otro tipos de estrategias, que a veces uno no maneja.

I4-D4.

Al haber un trabajo de dos personas en sala, porque somos dos, el profesor de asignatura y yo, es mejor, se puede controlar bien el curso, se puede responder bien a la necesidad que hayan, el profesor para allá, yo para atrás, todo súper bien.

I5-D5.

Se hace un cuadro de doble entrada y se ponen los datos, no se po, y sugerencias para el profesor, ubicarlos en los primeros puestos, monitoreo constante en el aula, listo, y yo lo que voy a hacer con el niño en el aula de recursos (...) tenemos estas reuniones semanales donde ellos tienen su plan de trabajo y yo digo ya no se po, oye este contenido vamos a trabajar el martes y yo digo ah ya yo puedo hacer esto en la clase, te puedo preparar un material para esa clase, a esa hora.

I6-D8.

La colaboración que hacemos con los profesores es principalmente la de planificar la clase.... Si ver los objetivos, también agregar lo que es, digamos como el toque psicopedagógico a la clase, no solamente para los chicos con necesidades educativas especiales, sino que para todo aquello, aquel estudiante que puede estar en el PIE y que presenta dificultad o aquel que no presenta dificultad pero que también se potencia de estas herramientas psicopedagógicas.

Como otro facilitador, se hace referencia al uso de medicamentos o el uso de un tratamiento farmacológico que sea un apoyo para el estudiante en cuanto a sus procesos atencionales de focalización para el desempeño de diversas actividades durante sus rutinas

diarias, pues como señalan los autores Quintero y Castaño de la Mota (2014), la importancia de uso de fármacos en estudiantes con TDAH, es fundamental ya que incide en los neurotransmisores de noradrenalina y dopamina, actuando ambos en la regulación de la atención y la actividad motora, y de igual forma en el funcionamiento ejecutivo y flexibilidad cognitiva. Este facilitador se sustenta desde las creencias implícitas de los educadores diferenciales a partir de las experiencias de desempeño laboral y lo que han dilucidado a través del trabajo con estudiantes con TDAH dentro de las aulas. Se recalca que como creencia, y como se ha venido mencionado, son aquellas ideologías o prejuicios que se sostienen con respecto a un tema determinado, y en este caso el tratamiento farmacológico es considerado como un apoyo frente a un diagnóstico, que en situaciones que lo requieran, genera en el estudiante mejoras en la hiperactividad y también en aspectos cognitivos que se ven implicados en el TDAH, como es el caso de los procesos atencionales.

Con respecto a lo anterior, las creencias de los educadores diferenciales hacia el uso de fármacos en estudiantes con TDAH se orientan específicamente a casos en donde el perfil y las características del estudiante con TDAH generan un impacto no favorecedor hacia su aprendizaje, habilidades sociales y participación en el entorno, ya que cuando se sigue un tratamiento que beneficia y potencia la regulación de la conducta actuando como un apoyo, los resultados se evidencian sobre todo en la mejora de la atención y control inhibitorio del impulso, implicándose de igual manera en el funcionamiento ejecutivo y procesos cognitivos que inciden de manera significativa en el rendimiento y desempeño académico del estudiante (Abad-Mas et al., 2012).

Tomando en cuenta lo anterior, y a partir de las experiencias de los educadores diferenciales, sus visiones respecto al uso de fármacos como un facilitador son las siguientes:

I2-D2.

El tema del medicamento, eso es igual es un facilitador, si el niño está con tratamiento de medicamento adecuado, eso igual te facilita el trabajo (...) Hoy en día

incluso pudiese ser imperceptible que un niño estuviese siendo medicado, y si tu lo conoces mucho logras ver que la única diferencia es que logra focalizar, y sigue siendo el mismo, entonces con respecto a eso hay un mito hay un mito con respecto a la farmacología.

I3-D3.

No tenia tratamiento farmacológico, era necesario el tratamiento y después se notó totalmente los cambios gracias al tratamiento.

Finalmente, otro facilitador importante considerado por los entrevistados se relaciona con el apoyo de la familia en los procesos de entrega de apoyos, ya que como menciona Céspedes (2012) desde una mirada integradora de la intervención del TDAH, no sólo se debe considerar el apoyo de un equipo de especialistas, sino también a las familias, ya que en ellas se encuentra el apoyo desde lo cotidiano, desde las emociones y valores.

Como se menciona en la guía desarrollada por MINEDUC (2009) para comprender el TDAH y desarrollar estrategias de apoyos desde un enfoque inclusivo, se hace alusión a que es de real importancia que el trabajo que se desarrolle para otorgar los apoyos necesarios a estos estudiantes, debe realizarse en conjunto desde las escuelas y la familia, por lo cual, se deben establecer diálogos en los cuales se tomen en cuenta las expectativas tanto de los docentes como también de los padres frente a estos alumnos, generando de igual manera acuerdos en cuanto al apoyo que las familias darán a sus hijos, tomando en cuenta aspectos de salud física y mental, comportamental y valóricos. En este sentido, el contacto directo con la familia, permite crear una instancia de trabajo directo, confiable y estable, en donde se comparten las experiencias de trabajo y de vida con estos alumnos y se pretenden buscar las alternativas que respondan a sus necesidades y de igual manera permitan hacer a los alumnos más conscientes de su propio diagnóstico y que ellos también identifiquen sus fortalezas y debilidades, para desde ahí, generar apoyos que se destinen específicamente a afianzar áreas o habilidades y de igual manera poder potenciar otras.

Desde esta perspectiva, los educadores diferenciales comentan desde su trabajo con la familia y cómo la hacen partícipe del proceso:

I4-D4.

Siempre cuando empiezo hablo de una triada, la triada del colegio, los papás y la del alumno.

I2-D2.

Cuando hablemos de TDAH con hiperactividad, si uno trabaja en forma mancomunada con la familia, siempre vamos a llegar a puerto (...) los niños que yo he visto que son TDAH, claramente funciona, siempre que trabajamos con la mamá ¿cierto?, que tiene que ver muchas veces con el tema de los hábitos, que tiene que ver con el tema de las normas, tiene que ver cómo los anticipamos.

I6-D8.

Un chico ingresa al PIE sobretodos los que tienen TDAH, se compromete a los papás de que tienen que asistir periódicamente a las reuniones.

4.5.2 Barreras del Programa de Integración para dar respuesta a los estudiantes con Trastorno por Déficit Atencional.

Se entenderá como una barrera todo aquel obstáculo que los entrevistados encuentran en sus prácticas laborales para dar respuesta a las necesidades que presentan los estudiantes con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

Con respecto a esto, los entrevistados indican como principales barreras las metodologías que los docentes de aula llevan a cabo durante las sesiones de aprendizajes en las escuelas, en cuanto a esto, las opiniones que declaran los educadores diferenciales es que principalmente la estructura de las clases y los medios que se utilizan al respecto no son del todo favorecedores a la hora de que los estudiantes integren nuevos conocimientos y signifiquen los contenidos. A partir de esto, se señala que los docentes dentro de las aulas

juegan un papel fundamental en la enseñanza y aprendizaje de sus estudiantes, siendo quien entrega el saber y los conocimientos a los estudiantes y por ende es el puente transmisor en dicho proceso, en este sentido se busca que los alumnos sean más que solo receptores pasivos, sino que sea el docente quien incite a la crítica, la argumentación y creatividad, siendo cada alumno capaz de manipular sus aprendizajes y significarlos desde la propia experiencia (Adame, 2010).

De igual manera mencionan el poco tiempo y espacio para desarrollar el trabajo colaborativo con los docentes, en donde se ve dificultado el proceso de planificación en conjunto y la retroalimentación de experiencias hacia los profesores y su conocimiento acerca del TDAH, esto también lo relacionan a cómo está diseñado el Sistema Educativo Chileno en cuanto a la organización de los contenidos, horas y espacios de aprendizaje, teniendo esto también mayores efectos cuando las familias de los estudiantes con Déficit Atencional con Hiperactividad no se encuentran totalmente comprometidas con una adecuada entrega de apoyos que complementen el trabajo dentro del aula.

Ante esto, los entrevistados dan a conocer sus apreciaciones en primera instancia en cuanto a las metodologías que desarrolla el docente en aula:

II-D1.

Ahí te topas con ahí otro gran tope que son los profesores, profesores de Educación Básica y Media (...) entonces hay muy mala formación como en el cómo aprenden los chiquillos, en los procesos cognitivos que hay detrás el profesor todavía es muy “contenidista”, absolutamente “contenidista” y eso pasa en este colegio y todos los colegios (...) yo creo que los obstaculizadores principales de la sala de clases son las metodologías de los docentes, las metodologías y el sistema como está pensado.

I4-D4.

El tema con los profesores, eso siempre es un tema para las educadoras diferenciales (...) el hecho de proponer algo nuevo para ellos es terrible, ahí uno tiene que entrar a explicarle que una es educadora diferencial, que está ahí para apoyar a todo el

curso, para facilitarles a ellos un poco la pega también, ellos como que no ven mucho esa parte que uno está ahí para ser un apoyo.

En cuanto a una segunda barrera que mencionan los entrevistados se encuentra el Sistema Educativo y cómo éste se diseña para abordar los aprendizajes dentro de las aulas. Una de las aristas tiene que ver con las metodologías dentro del aula, pues si bien los educadores diferenciales apoyan estos procesos dentro de las salas de clases, el trabajo colaborativo que debiese generarse para planificar los aprendizajes se ve entorpecido debido a que las horas destinadas para eso no son suficientes en función de poder hacer cambios profundos, ya que los docentes deben cumplir con la entrega de planificaciones las cuales al llegar a manos de los educadores diferenciales en la mayoría de los casos los cambios sólo se plasman en las aulas y no se logra estipular anteriormente.

En este sentido, se enfatiza que en la implementación de un PIE, cada profesional tiene horas específicas para la entrega de apoyos y también para la planificación de éstos, en este caso los docentes de aula cuentan con tres horas las cuales deben destinar para el diseño de la entrega de los aprendizajes en conjunto con los educadores diferenciales, en este caso también se opta por considerar un trabajo flexible, tomando en cuenta que los profesores tienen que disponer tiempo para sus planificaciones de contenido por curso, atención de apoderados, entre otros. De acuerdo a esto, los entrevistados mencionan que el desarrollo de un trabajo colaborativo se lleva a cabo más bien dentro de las aula que de manera anticipada, ya que se manifiesta en cuánto protagonismo tiene el educador diferencial y cómo se accede a los aprendizajes en cuanto al uso de diversos elementos o materiales, aplicación de estrategias de trabajo y también al diseño de la clase referido a cómo se permite significar el contenido a los estudiantes, qué espacios se les otorga para la reflexión o para transferir esos conocimientos (MINEDUC, 2013).

En este sentido, se observa que los entrevistados, desde su experiencia, se refieren al trabajo del contenido que se va a abordar en el aula, y que evidentemente si no se planifica con el docente de manera previa, el trabajo se desarrollará de manera parcelada y la metodología y diseño de la clase será tratada sólo desde el rol del profesor de aula y no

contará con el apoyo del educador diferencial, he aquí que los educadores señalan la importancias de llevar a cabo un trabajo colaborativo, ya que no es para beneficio de un solo profesional, sino más bien se retroalimentan las experiencias laborales y profesionales y la ayuda va directamente a favor de cada uno de los estudiantes dentro de la sala de clases, por lo cual esto se manifiesta en las siguientes experiencias:

I6-D8.

Mayor obstaculizador ha sido el que, eh... el trabajo en el aula siempre se da desde el contenido.

I2-D2.

A veces siento yo que los profes van muy rápido en esto de pasar los contenidos. (...) entonces mientras las horas no estén es complejo, entonces nosotros cómo lo hacemos... en la marcha.

I7-D7.

También preguntamos a los profesores que niñas creen ellos y cuando estamos en sala también observamos (...) con algunos profesores si se logra co-docencia, pero no con todos, todo depende del profesor, no son todos los profesores iguales, hay profesores que incluso es como planificar juntos.

I3-D3.

En lo que más topamos, es que no tenemos hora de trabajo colaborativo (...) otro impedimento, yo creo que es la falta de tiempo que tenemos para planificar juntas.

I1-D1.

Nosotros el hecho del trabajo que estamos haciendo acá es con los profesores de aula, ese es nuestro gran, nuestra gran así como meta que necesitamos llegar, vamos encaminados hacia allá, pero es el trabajo más difícil que uno tiene que hacer.

I4-D4.

Es súper complicado porque no hay horas, si bien a ti te contratan por horas de planificación, el tiempo es muy poco, entonces la instancia en donde uno planifica con el profesor es en la sala (...) hay súper pocas instancias mensuales donde uno se pueda reunir con el profesor fuera de la sala.

De acuerdo a lo que se ha venido manifestando en las experiencias de los docentes, se debe entender que el trabajo colaborativo implica tiempo y espacio determinado para llevar a cabo el diseño y planificación de la enseñanza, y de acuerdo a esto los docentes son quienes deben coordinar y disponer de horarios para ejecutar un plan de acción en donde se reúnan y compartan sus experiencias, percepciones e ideas sobre el trabajo que se implementará en el aula. Desde ahí, una de las creencias se dirige a cómo está pensado el sistema, en que los docentes de aula deben cumplir con sus planificaciones, los educadores diferenciales deben cumplir con sus intervenciones y en qué momento ambos profesionales llevan a cabo encuentros de calidad que favorezcan y permitan establecer lineamientos sobre el desarrollo de una clase, sobre su diseño y también sobre cómo se abordará el contenido, por lo cual se entiende que el trabajo colaborativo es una acción compartida, y como profesionales, las responsabilidades y decisiones personales afectan a todos especialmente a los estudiantes.

I6-D6.

Yo creo que los obstaculizadores eh... las reglas que tiene el sistema mismo de escolarización.

I2-D2.

Es la estructura del sistema, entonces eso es una limitante (...) Es el sistema, este sistema en donde hay que pasar contenidos, donde en realidad no nos podemos demorar más, donde el profe está preocupado porque tiene que cumplir con las notas, donde tiene que tener las evaluaciones al día.

Y finalmente, como tercera barrera, si bien el rol de la familia también es considerado por algunos entrevistadores como un principal facilitador en la entrega de

apoyos y en la progresión de los aprendizajes de los estudiantes con TDAH, de igual forma cuando la familia no se ve completamente comprometida incide en el desarrollo desde una perspectiva integral del estudiante, pues el apoyo que se entrega en los hogares, según Céspedes (2012) marca sustancialmente los avances que un alumno puede mostrar en cuanto a la autorregulación de su comportamiento y también el fortalecimiento del autoestima desde el afecto y el acompañamiento.

Por otra parte, la familia es principalmente el pilar fundamental en cuanto a la contención emocional y socio-afectiva, ya que son los padres o el círculo en el cual se integre el estudiante, quienes a través de la educación de valores, las normas y acuerdos, educan a sus hijos con la finalidad de que se integren en la sociedad y se desenvuelvan en ella, por lo cual si este apoyo no se encuentra, estos estudiantes carecen de guía y acompañamiento que permita orientar sus conductas, la toma de decisiones y sobre todo las expectativas personales frente a su estado actual e incluso proyecciones a futuro, ya que como se ha venido mencionando, las familias deben ser conscientes de las necesidades de sus hijos y no cuestionar qué han de hacer mal, sino más bien, qué cosas pueden mejorar en conjunto para brindar las mejores experiencias y ayudas a sus hijos, tanto para cómo se desenvuelve dentro de casa, el colegio y en otros entornos (MINEDUC, 2009).

En este sentido, bajo la mirada de los entrevistados, el apoyo de la familia está orientado hacia la presencia de los progresos de sus hijos en el ámbito escolar, y de igual manera en las dificultades que puedan presentar, por otra parte la mirada que la familia oriente hacia el apoyo que los profesionales brindarán a sus hijos para evitar delegar responsabilidades solamente a los docentes, y de dicho modo especificar a la familia que son ellos también responsables de los avances de sus hijos y que deben estar presentes y entregar apoyos si es necesario en cuanto a deberes escolares, monitoreo en el hogar del desempeño de sus hijos, y por otra parte, que la familia también se responsabilice en cuanto a la toma de decisiones médicas y se informe sobre el diagnóstico de su hijo y las necesidades que pueda presentar, para así brindar apoyo y asistencia positiva, considerando siempre si es necesario tratar con diversos especialistas que favorezcan el desarrollo integral del alumno.

A partir de lo expuesto los entrevistados señalan:

I4-D4.

El poco apoyo de los papás yo creo en algunos casos, si eso obstaculiza mucho a que un chico aprenda.

I1-D1.

Nosotros le decimos a los apoderados "usted si quiere, o sea... lamentablemente si usted lo puso en este colegio, usted está de acuerdo con la Educación de este colegio y va a tener que ayudar a su hijo y ayudar a su hijo a veces implica que va a tener que ir al Neurólogo y le va a tener que dar un medicamento".

I6-D8.

Nos reunimos con los papás al menos una vez en el semestre y a principio de año dejamos súper claro que, el que este en el programa de integración no quiere decir que tenga que obligatoriamente pasar de curso.

I3-D3.

Lamentablemente ahí no tenemos apoyo de la familia para que lo lleven a neurólogo, por lo tanto tratamiento farmacológico no va a tener.

4.6 Perfil del estudiante con TDAH según el educador diferencial.

En la presente categoría, se dará a conocer el perfil del estudiante con TDAH según la mirada del educador diferencial, a partir del trabajo que realiza día a día con estos estudiantes. El TDAH constituye uno de los trastornos del desarrollo más diagnosticados en las etapas de la niñez y adolescencia, donde se destaca y enfatiza la falta de atención asociada a una conducta impulsiva e hiperactiva, las cuales tienen un gran impacto en el

desarrollo integral de la persona e interfiere generalmente de manera negativa en el ámbito social, emocional y cognitivo causando disfuncionalidad no solo en el sujeto, sino que también a su entorno (Cardo- Servera 2008).

En función con lo anterior, en esta categoría se dará a conocer la caracterización que realizan los educadores diferenciales que trabajan con estudiantes con TDAH en cuanto al perfil conductual, psicológico, cognitivo, afectivo y el funcionamiento ejecutivo de estos estudiantes.

4.6.1 Perfil conductual del estudiante con TDAH.

En la siguiente sub-categoría se presentará el perfil conductual de los estudiantes con TDAH según el educador diferencial.

El TDAH está inserto dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, en función de esto el DSM-V (APA, 2014) lo define como: un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Al momento del diagnóstico los síntomas deben haberse mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta de forma directa las actividades sociales, académicas y laborales, la edad de inicio de los primeros síntomas asociados al trastorno es hasta los 12 años.

El MINEDUC (2009) y el DSM- V (2014), dan a conocer conductas propias del TDAH, los cuales nos llevan a formar un perfil conductual de estos estudiantes. El MINEDUC (2009) destaca principalmente la presencia de una conducta inatenta, impulsiva e hiperactiva, las que se manifiestan desde el ingreso a la escuela, la conducta observada no se ajusta a la edad y nivel de desarrollo de cada estudiante. Los desafíos de estos estudiantes están orientados fundamentalmente en autorregular su comportamiento, respetar turnos de habla y resolver situaciones de conflicto según las normas establecidas. El DSM-V (APA, 2014) también da a conocer características fundamentales que presentan los niños

y niñas con TDAH, los cuales con frecuencia cometen errores en las tareas escolares, ya que, no prestan atención a los detalles, poseen dificultades para mantener la atención en actividades que se le proponen, sean estas académicas o recreativas, parecen no escuchar a lo que se les habla directamente, no siguen instrucciones y no terminan las tareas que se le proponen, se levanta en situaciones que se espera que permanezca sentado, responden inesperadamente antes de que se haya concluido la pregunta, les dificulta respetar los turnos de habla y interrumpe a otros.

En función de esto, las opiniones vertidas por los educadores diferenciales entrevistados, responden a lo que se plantea anteriormente, recalcando como un factor principal de los estudiantes con TDAH la actividad motora activa, ya que se mueven constantemente, además de ser en ocasiones disruptivos y de ocasionar un desajuste dentro del contexto en que se encuentra, no terminan las tareas, no respetan turnos de habla y son impulsivos e inactivos, esto queda plasmado en las siguientes declaraciones:

I3-D3.

Lo conocimos y totalmente disruptivo dentro de la sala, su desorden, ya empezó a molestar a sus otros compañeros.

I4-D4.

Se mueven constantemente, ¡quédate quieto!, es que no puedo.

I6-D8.

Chicos que están en constante movimiento, una conducta motora bastante activa, de las cuales se están balanceando en la sala, que alguien habló de una esquina a otra y él estaba poniendo atención y de repente up, se metió a la conversación y perdimos el foco.

I2-D2.

Es que muchas veces los chiquillos son así, como que son impulsivos, irrumpen los espacios.

I4-D4.

En el caso de los niños chicos ya ahí es más como bueno, ahí si son niños inquietos, que no terminan las tareas, que hay que mediarlos constantemente.

I5-D5.

Claramente son más inquietos, y tienen intereses que los niños en común no tienen.

I6-D6.

Bueno son niños inquietos...alumnos que eh... no respetan el turno de habla.

4.6.2 Habilidades cognitivas en los estudiantes con TDAH.

El TDAH se presenta en estudiantes que poseen un nivel intelectual normal e incluso superior, pero su desempeño escolar se ve disminuido por diversas variables cognitivas, conductuales y afectivas. En cuanto al ámbito cognitivo, presentan dificultades en la forma en que perciben y procesan la información, ya que cuentan con un estilo cognitivo impulsivo (MINEDUC, 2009), procesan la información de manera superficial y por ende la información no se almacena en la memoria a largo plazo. Poseen dificultades para poder distinguir la información central y relevante de las ideas secundarias. También presentan dificultades para poder inhibir una respuesta y por ende generan respuestas por ensayo y error. Este estilo de aprendizaje según el MINEDUC (2009) en la guía para la comprensión del Déficit Atencional en el nivel de educación básica, conlleva dificultades para poder iniciar, organizar y priorizar las tareas, entregando

respuestas simples, con tendencia a insistir en respuestas mecánicas aún cuando hayan sido incorrectas. En función de lo anterior, los educadores en las opiniones vertidas concuerdan con lo planteado por el MINEDUC, ya que declaran que en el ámbito cognitivo los estudiantes con TDAH se caracterizan por la pérdida de atención frente a cualquier actividad o tarea que se le propongan, además de trabajar tiempos breves siendo incapaces de inhibir los estímulos presentes en el ambiente, no finalizando las actividades o tareas que se le proponen. A lo planteado también incorporan que el estilo de aprendizaje que poseen estos estudiantes es principalmente visual y auditivo, lo que está evidenciado en las siguientes respuestas:

I3-D3.

La pérdida de la atención que no dura más de 10 minutos.

I1-D1.

En general ellos no tienen tantas dificultades de aprendizaje, por lo tanto, al principio, a ellos les va bien como en los cursos más chicos, pero cuando va como en subiendo el nivel de abstracción de las materias y va como requiriendo como mayor como procesos superiores en donde van como disminuyendo su conducta, o sea, sus notas.

I4-D4.

Muchos son muy visuales, muy auditivos.

I5-D5.

Los momentos de trabajo son súper breves, no logran hacer tareas completas, de hecho siempre tiene que ser súper parcelado, para que logren hacer la siguiente, o si no los pierdo.

I2-D2.

Tiene que ver con que si el chiquillo tiene con hiperactividad o sin hiperactividad, porque por ejemplo ahí está el chiquillo que nunca da problemas, es más bien, cómo lo podríamos decir, em... tradicional, que normalmente es como una foto y está ahí... y en comparación con los otros chiquillos, pareciera ser que no genera conflicto, pero cuando entran a la prueba, la prueba está en blanco o hasta la mitad, o cuando te la entrega... y lo otro es que son los chiquillos que a veces se quedan hasta el último, al último respondiendo la prueba, y tu vas, te acercas y les preguntas que es lo que pasa y te miran con cara de no sé, de yo no fui y es como...

4.6.3 Habilidades instrumentales en estudiantes con TDAH.

Los estudiantes con TDAH presentan dificultades en su rendimiento académico y escolar principalmente en las habilidades instrumentales referidas a la lectura, escritura y cálculo (Céspedes, 2012), las cuales se pueden presentar como barreras en el transcurso de la vida escolar de estos estudiantes. Estas dificultades se dan principalmente por un tema de motivación, ya que las actividades que se le proponen no logran captar su atención y no son significativas para ellos, además de que el aprendizaje de estas habilidades requiere de procesos atencionales superiores, los cuales están disminuidos en estos alumnos (MINEDUC, 2009). Siguiendo con lo anterior, el ámbito académico representa una de las áreas en que más deterioro puede causar el TDAH, ya que requiere de organización, planificación, autocontrol y concentración, las cuales son áreas de conflicto para estos estudiantes (Guzmán y Hernández, 2005).

En función con lo anterior los educadores entrevistados declaran que las mayores dificultades se presentan en el área de la lectura y escritura, debido al componente motivacional y los procesos atencionales que están a la base, respondiendo a lo planteado por Céspedes (2012) y los autores señalados, lo anterior se evidencia en las siguientes respuestas otorgadas por los educadores:

I3-D3.

Con muchas dificultades en el área de la lectura... no porque no sepan leer, si no porque no es algo que les motive.

I1-D1.

Hay otra característica, ahí en la escritura porque como requiere de un proceso de estar tranquilo, la motricidad y todo eso y concentración, generalmente tiene mala letra, se equivoca en faltas de ortografía.

4.6.4 Perfil psicológico del estudiante con TDAH.

En esta sub- categoría, se concentran las opiniones referidas al perfil psicológico de los estudiantes con TDAH, logrando un conocimiento integral que toma en cuenta lo cognitivo, conductual, habilidades instrumentales y el ámbito psicológico. En cuanto al perfil psicológico de los estudiantes con TDAH, éstos se caracterizan por poseer mayores indicadores de estrés y ansiedad, asociados a la percepción de una sobre exigencia por mejorar la conducta (MINEDUC, 2009). La autoestima es un aspecto sensible en estos estudiantes, ya que se encuentra disminuida tempranamente por la acumulación de repetidas frustraciones y llamadas de atención por la conducta que poseen, ya que los mensajes que reciben con frecuencia hacen alusión a conductas que no han logrado como: “otra vez no terminaste tu trabajo”, “quédate quieto”, “trabaja”, entre otras.

En relación a lo anterior los educadores entrevistados concuerdan con lo planteado por le MINEDUC, donde la frustración y baja autoestima son características fundamentales en los estudiantes con TDAH, por ende la labor de los educadores en general debe ir también enfocada en el ámbito psicológico- afectivo, todo con la finalidad de que el estudiante pueda ir superando las barreras y dificultades que limitan su desarrollo. Lo planteado queda en evidencia en las siguientes opiniones vertidas:

I4-D4.

Se frustran fácilmente... se frustran a cada rato, pero es que no, como no voy a poder, y de verdad a veces da pena que ellos tratan de concentrarse y no lo logran.

I5-D5.

El tema de la frustración en ellos igual es complejo.

I7-D7.

Poca tolerancia a la frustración.

I2-D2.

Muchos de ellos tienen la autoestima bastante menguada.

4.6.5 Funcionamiento ejecutivo en estudiantes con TDAH.

Las funciones ejecutivas son “las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente” (Lezak, 1982, p. 1). Son un conjunto de habilidades cognitivas que se caracterizan por relacionarse con una conducta que sea voluntaria y autodirigida. Una lesión en la corteza cerebral incidiría en el funcionamiento ejecutivo, ya que es ahí donde se ubican, trayendo consigo déficit cognitivos asociados al procesamiento de la información, con respecto a la planificación, resolución de problemas y en la organización de estímulos. También en la atención se vería afectada su dirección, sostenimiento y selección de estímulos, y por último en cuanto a memoria, existirían dificultades a nivel de búsqueda de información, en el conocimiento sobre la propia memoria, el recuerdo de referencias en torno a eventos temporales y espaciales (Perote y Serrano, 2012).

Existe una disfunción ejecutiva en el TDAH, por ende su sintomatología consiste en dificultades para la inhibición de conductas impulsivas, insuficiente capacidad de anticipación de las consecuencias de las acciones emprendidas, poca habilidad de planificación de actividades, restringida capacidad para evitar las interferencias que desvían la conducta orientada hacia la meta, escasa memoria de trabajo, retraso en la interiorización del lenguaje y déficit en la autorregulación afectiva (Cervigni, Stelzer, Mazzoni y Martino, 2012).

Como se plantea anteriormente, las funciones ejecutivas se ven interferidas en los estudiantes con TDAH, las cuales limitan el funcionamiento y el normal desarrollo de cada uno. Las principales funciones ejecutivas que se ven interferidas en los estudiantes con TDAH, según los educadores diferenciales entrevistados, son la organización y planificación, en función de esto Goia et al., (2012) declaran que son componentes importantes para la resolución de problemas, ya que la organización implica la habilidad de ordenar la información e identificar las ideas principales o los conceptos claves en tareas de aprendizaje, y así también, para comunicar información por vía oral o escrita y la planificación involucra plantearse un objetivo y determinar la mejor vía para alcanzarlo. En función de esto, esta función ejecutiva se ve interferida en los estudiantes con TDAH, lo cual trae consigo el no poder llevar a cabo y terminar una actividad o tarea que se le proponga, generando respuestas erróneas debido a la mala organización de los datos y la no planificación de los pasos que debe llevar a cabo, esto se evidencia en las siguientes opiniones otorgadas por los educadores entrevistados:

II-D1.

El que tiene TDAH generalmente no organiza nada y quiere responder lo primero que ve... su problema está más bien en la parte organización y atención, entonces cuando tienen los datos dispersos generan una mala respuesta pero si tu ayudas a ordenar esos datos, el proceso de razonamiento se da absolutamente.

I6-D6.

Que eh... tenga dificultades para seguir instrucciones eh...lo clásicamente los alumnos que no terminan las actividades cierto... los alumnos que les cuesta empezar las actividades.

También otra función ejecutiva que se ve interferida en los estudiantes con TDAH es el automonitoreo de sus acciones, respondiendo a la sintomatología del TDAH relacionada con el Funcionamiento Ejecutivo. El monitoreo o control, se refiere al hábito de medir y evaluar el propio rendimiento durante la realización de una tarea o bien inmediatamente tras finalizarla con el objetivo de cerciorarse de que la meta propuesta se alcanzó apropiadamente (Goia et al., 2002). En función de esto, los educadores diferenciales dan a conocer que esta función ejecutiva se ve interferida en los estudiantes con los que trabajan, ya que les dificulta el poder controlar y monitorear sus acciones, siendo a la vez impulsivos frente a cada tarea o actividad que se les proponga, la opiniones tienen relación a lo que se plantea sobre la dificultad para poder autorregular y automonitorear el comportamiento en los contextos específicos donde se desenvuelve, esto se evidencia en las siguientes opiniones:

I1-D1.

El tema del automonitoreo, el tema de la impulsividad que eso es lo que los chiquillos muchas veces no adquieren, por un tema de hábitos en la casa, por un tema de sociedad, por un tema mucho más macro.

I2-D2.

Son impulsivos.

I5-D5.

Siempre tienen respuesta para todo, aunque hablen puras leseras.

I7-D7.

Mucha verborrea y quiere hablar algo, tú la ves que está inquieta.

Finalmente otra de las principales funciones ejecutivas que se ven interferidas en los estudiantes con TDAH, según los educadores diferenciales entrevistados, es la iniciativa, la cual según Goia et al., (2002) es la habilidad del individuo para poder iniciar una tarea o actividad autónomamente sin necesidad de ser incitado por un agente externo. En función de esto, las respuestas otorgadas se basan principalmente en la falta de iniciativa que poseen estos estudiantes frente a cada actividad que se le propone, lo cual interfiere en sus procesos de enseñanza y aprendizaje, ya que requieren de un agente externo que este constantemente incitándolos a llevar a cabo las actividades propuestas, esto se evidencia en las siguientes respuestas:

I6-D8.

Eh... lo que si más he observado el aparente desanimo por trabajar.

I6-D8.

Evitar hacer una actividad si tienen que hacerlo por si solos.

4.7 Síntesis global del análisis.

A partir del análisis presentado previamente y generado desde las creencias implícitas y percepciones que poseen los educadores diferenciales acerca del TDAH desde sus diversas aristas como la intervención, la caracterización, cómo abordar el trabajo metodológico junto a otros profesionales e incluso cómo actúa la familia dentro de la entrega de apoyos, es que se da cuenta de estas experiencias y a su vez se sustentan desde la teoría para así otorgar un respaldo frente a lo que los entrevistados mencionan desde sus vivencias personales y lo que la literatura menciona al respecto de las diversas temáticas.

Con respecto a lo anterior, inicialmente se presentó un diagrama en el cual se da cuenta y se organizan las categorías conceptuales que engloban y enmarcan las creencias y percepciones de los educadores diferenciales, por ende desde aquí surgen categorías como: Creencias acerca del TDAH, en donde se manifiesta que éstas están directamente relacionadas a partir de las experiencias de cada docente en relación a los procesos de enseñanza y aprendizaje en el aula, intentando comprender el trastorno a partir de lo observado, en donde cada una de estas creencias dará sentido a su propio rol profesional. En función de estas categorías surgen sub-categorías relacionadas en el diagnóstico del TDAH, el sobre-diagnóstico, el tratamiento farmacológico y la intervención educativa.

Respecto a las creencias sobre el diagnóstico del TDAH, éstas se relacionan con el rol que los educadores diferenciales cumplen con respecto a apoyarse y trabajar desde lo que un profesional competente como un neurólogo determina por medio de un informe el diagnóstico de un estudiante, y desde ahí se procede a la toma de decisiones, en cuanto a la intervención que se llevará a cabo dentro y fuera del aula. En relación a esto, también surge otra creencia, que se enmarca en el sobre-diagnóstico, y es aquí en donde los educadores mencionan que si bien creen en la existencia del trastorno y que hay una diversidad en cuanto a las características que describen a los estudiantes y a los apoyos que se le deben presentar a cada uno de ellos, también se observan reacciones con que hoy en día el TDAH ha ido en aumento y eso se debe no al diagnóstico en sí, sino a qué conductas y

manifestaciones se asocian al déficit atencional, ya que se relaciona muchas veces con problemas conductuales o emocionales y en sí los profesionales desde sus experiencias, han observado que ahí prima el error, en el hecho de considerar como TDAH otras necesidades.

Relacionado con lo anterior, es que surgen las creencias sobre el tratamiento farmacológico, en donde los educadores diferenciales tienen una clara visión sobre el uso de fármacos, ya que lo relacionan con respecto al perfil del estudiante y cuándo su comportamiento y procesos atencionales y de autorregulación se presentan como barreras hacia el aprendizaje y la participación e inclusión social, desde ahí sostienen que la ayuda de los fármacos es significativa cuando permite al estudiante focalizar su atención, regular y controlar su conducta e impulsos y cuando beneficia por completo sus habilidades cognitivas influyendo directamente en su desempeño y progreso escolar, y desde ahí emana la última sub-categoría referida a la intervención educativa en el aula, en donde los educadores señalan que las estrategias a desarrollar y los apoyos van dirigidos a todos los educandos, no sólo a los que presentan una necesidad educativa en específico, sino que dichas intervenciones beneficiarán a cada uno de los estudiantes. Por otra parte también manifiestan que es capaz de atenderse a la diversidad cuando la planificación de la enseñanza se basa en eso, en reconocer que cada uno de los alumnos dentro del aula es distinto a otro y que sus estilos de aprendizaje varían, al igual que su implicancia y participación en las actividades, haciendo una diferenciación específica con los alumnos con TDAH en cuanto al trabajo directo con el funcionamiento ejecutivo referido a la autorregulación, los procesos atencionales, de memoria, planificación y de organización.

Por otra parte, en cuanto a la segunda categoría conceptual, ésta refiere a las percepciones acerca del TDAH, las cuales son entendidas a partir de lo declarado por los entrevistados, en función de comprender el TDAH y las causas que hay detrás del comportamiento y características que manifiestan en diversos ambientes. En este caso, los educadores diferenciales sustentan la descripción del diagnóstico del TDAH a través de lo que indica la literatura referida al DMS-V o CIE-10 y en respaldo obtenido por la observación directa de la conducta dentro del colegio, eso sí especifican que deben ser cuidadosos para no caer en subjetividades, quiere decir que no toda conducta de baja

atención, hiperactividad o impulsividades estaría principalmente asociado a un TDAH, sino que puede ser causante de otros trastornos a nivel emocional, psicológico, entre otros, y es ahí en donde los docentes denotan la importancia de explicar el TDAH más allá de solo un perfil conductual, sino también analizar las bases de desarrollo madurativo y de autorregulación.

Como tercera categoría se encuentra la labor de un educador diferencial en la intervención de un estudiante con TDAH, desde aquí los entrevistados relatan sus experiencias en cuanto a cuatro acciones que realizan desde su labor y estas se refieren a: descartar sospechas en cuanto a un posible diagnóstico de TDAH, la planificación de la entrega de los apoyos, las estrategias utilizadas en la entrega de los apoyos y la progresión de las habilidades tomando en cuenta la atención de las necesidades de los alumnos.

Como primer aspecto, la labor de descartar sospechas en cuanto a la posible existencia del diagnóstico de TDAH, los educadores lo asocian a su experiencia referido a identificar un perfil y distinguir ciertas características y comportamientos, en este caso manifiestan que se basan en la observación de la conducta en diversos contextos y en cómo esto incide en sus relaciones interpersonales y también en los procesos de enseñanza y aprendizaje, de igual manera, se avalan dichas sospechas desde la teoría realizando un contraste con lo que se estipula como diagnóstico de TDAH y posteriormente se apoyan en la opinión de especialistas, para así dar cuenta de la existencia del déficit atencional o no en un alumno. Por otra parte, en cuanto a la planificación de la entrega de los apoyos, los docentes señalan que si bien se centran más en trabajar en aula común, también desarrollan un trabajo específico en aula de recursos con los estudiantes con TDAH. De acuerdo a esto, los educadores señalan que tanto en aula común como en aula de recursos lo fundamental es siempre considerar que las estrategias vayan dirigidas en función de las necesidades específicas de los estudiantes, siendo estas estrategias métodos por los cuales el docente desarrolle un trabajo en el aula en donde pueda explicar, motivar y mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje. En relación con lo anterior, lo que los educadores rescatan de sus trabajos en aulas, es que proponen acciones que no transgreden la importancia del contenido a aprender, sino que lo complementa con respecto a cómo se presenta a los

estudiantes, rescatando la aplicación de dinámicas de juegos como un método de aprendizaje y también que favorece delegar un rol en donde el estudiante participe activamente de las sesiones y otorgue un significado al proceso de enseñanza y aprendizaje. Finalmente, se destaca también la labor del educador en cuanto a la toma de decisiones sobre la progresión de habilidades a la hora de intervenir sobre un área de aprendizaje en específica, pues sostienen que este proceso es decisivo ya que implica trabajar desde habilidades que están a la base o que sean más concretas para llegar a habilidades de orden superior o más abstractas, esto con el sentido de generar una base de conocimientos sólidos que permitan ir adquiriendo paulatinamente mayores aprendizajes que a su vez sean más complejos, en este sentido y en relación con los estudiantes con TDAH, trabajar siempre de manera transversal con el funcionamiento ejecutivo, que a la base del comportamiento favorecería a la autorregulación y monitoreo del propio desempeño.

En una cuarta categoría se encuentra el Programa de Integración Escolar y su respuesta a los estudiantes con TDAH, en donde los educadores diferenciales abordan este tema especificando cómo funciona el programa en sus escuelas, destacando que en sí el programa cuenta con un diseño de la enseñanza orientado a responder a las necesidades de los estudiantes y que para esto cuenta con recursos materiales y humanos necesarios para poder dar respuesta a la diversidad de realidades dentro de los establecimientos. Destacan también, que no sólo basta con lo mencionado anteriormente, sino que también el PIE se articula bajo tres elementos importantes para poder llevar a cabo la tarea de responder a la diversidad dentro de las aulas, y estos son: Equipo Multidisciplinario, el Trabajo Colaborativo, y la Participación de la Familia, y de igual manera un elemento adicional que es el Tratamiento Farmacológico en estudiantes con TDAH.

Respecto al Equipo Multidisciplinario, los educadores diferenciales destacan el profesionalismo y rol que cumplen los diversos agentes que trabajan de manera coordinada dentro del programa, para así atender y dar respuesta a los requerimientos y necesidades de los estudiantes, ya que no sólo implica el diagnóstico y su influencia en el área educativa, sino también en la salud mental, emocional y de igual manera en las relaciones sociales, por lo mismo se releva la importancia de contar con un equipo de variados profesionales que

atiendan a los estudiantes favoreciendo a su desarrollo personal y desempeño escolar. De igual manera hacen alusión al trabajo colaborativo, en donde si bien, es un facilitador hacia la atención del TDAH porque implica una labor y acción en donde los docentes de aula y los educadores diferenciales se encuentran para coordinar las acciones específicas a implementar dentro del aula, en cuanto a la planificación de la enseñanza y la entrega de apoyos, la realidad que los entrevistados dan a conocer en ciertas ocasiones se aleja de lo que el PIE propone, pues en la realidad señalan que es difícil establecer un trabajo colaborativo con los docentes, por disposición, por horario y también responsabilidades profesionales individuales, en donde se debe ser flexible y muchas veces planificar durante la sesión de clases, porque en ocasiones la planificación ya ha sido entregada con anterioridad y los cambios solo se pueden generar una vez el educador diferencial se encuentre en el aula. De esta manera, el Trabajo Colaborativo como acción de trabajo es un facilitador, pero como acción concreta a evidenciarse en los colegios, es determinada como barrera, porque en definitiva aún no hay espacios de coordinación específicos y determinados para mantener un trabajo riguroso, organizado y que trascienda en el tiempo.

Por otro lado, en cuanto al último aspecto referido al PIE, se encuentra la participación de la familia y ésta también es considerada como un facilitador y barrera a la vez señalada por lo educadores. Cuando se refiere a un facilitador, se considera cuando la familia participa de manera constante en el proceso de entrega de apoyos para sus hijos con TDAH, beneficiando al progreso de sus aprendizajes y también en aspectos madurativos, de enseñanza de hábitos y entrega de contención emocional, por ende se entiende que cuando la familia no está presente, los docentes en el aula no cuentan con un pilar fundamental en la vida de los estudiantes, y que esto puede incidir de manera negativa en cuanto al desarrollo socio-afectivo, y de igual manera en el autoestima, las percepciones y concepciones sobre sí mismos. Es por lo anterior, que los educadores diferenciales denotan gran importancia en cuán involucradas se encuentran las familias, pues es el caso del uso de fármacos, ya que los educadores diferenciales atribuyen el uso de medicamentos cuando la conducta y las características del diagnóstico en un estudiante con TDAH incide de manera negativa o se transforma en una barrera para su desarrollo, por lo cual la familia en ese

aspecto, es quien se encarga de otorgar el apoyo en cuanto al ámbito de salud de sus hijos, y en este caso, el uso de fármacos en algunas circunstancias favorecerá al incremento de habilidades atencionales, regulación de la conducta e impulsos, permitiendo al estudiante acceder de mejor forma al aprendizaje y a la participación dentro y fuera de la sala de clases.

Finalmente, y referido al cierre del análisis, se encuentra una última categoría que se relaciona con el perfil del estudiante con TDAH según lo describen los educadores diferenciales. En este sentido, estos profesionales a partir de sus experiencias laborales y lo vivido dentro y fuera de las salas de clases, perfilan a un estudiante desde el ámbito cognitivo, conductual, su desempeño en habilidades instrumentales, el funcionamiento ejecutivo y lo psicológico.

En cuanto al perfil conductual, los entrevistados los describen como estudiantes motrizmente muy activos, impulsivos y por ende se observa un escaso control de la conducta, aún así desde el ámbito cognitivo, destacan su creatividad y denotan que estos estudiantes no tienen dificultades específicas del aprendizaje, sino más bien, es que sus características conductuales y sus déficit a nivel atencional inciden mayoritariamente en habilidades referidas a la memoria en cuanto a la retención y manipulación de la información, así también en la organización y planificación de la conducta e ideas, sumado a esto, en la iniciativa para comenzar tareas o en la constancia de su desarrollo y finalización. Lo anterior, según lo que manifiestan los educadores diferenciales, incide en habilidades instrumentales referidas al área del cálculo, lectura y escritura, razones que se encuentran directamente relacionadas con lo anteriormente estipulado, pues al presentar dificultades en organizar, planificar, monitorear y manipular información, las actividades que requieran de resolución de operatorias, producción de textos y lectura, no se desarrollan de manera satisfactoria debido a las habilidades cognitivas que se ven interferidas por los procesos atencionales y de autorregulación. Es por lo mismo, que los educadores relacionan lo anteriormente señalado con el funcionamiento ejecutivo, ya que enfatizan en que estas funciones implican capacidades mentales que son fundamentales para la realización de actividades y toma de decisiones de la manera más eficaz y acertada posible, por lo cual

esto incide de igual manera en el ámbito psicológico, ya que se evidencian en estos estudiantes altos niveles de frustración, inseguridad, estrés y baja autoestima, ya que su rendimiento se ve afectado y los resultados que obtienen muchas veces no son los que esperaban en concordancia con sus esfuerzos e implicancia, ya que antes que un diagnóstico, ellos son individuos con motivaciones intrínsecas y metas personales, por ende al no evidenciar logros o encontrarse con más barreras que oportunidades, su autoconcepto se ve impactado, afectando en el ámbito emocional y psicológico.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES:

A partir de los objetivos planteados inicialmente para el desarrollo de esta investigación, los cuales se orientan a analizar las percepciones y creencias implícitas de los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos educacionales con proyecto de integración de escuelas municipales y particulares subvencionadas acerca del TDAH y su intervención en contextos educativos. Para poder cumplir con lo anterior, se realizó una revisión de la literatura internacional y nacional, y a su vez, se recogieron y analizaron las experiencias de los educadores diferenciales que trabajan en el contexto ya mencionado.

De acuerdo a lo anterior, es que inicialmente se debió entender el concepto de creencias y percepciones para así dar cuenta de estos procesos en el análisis de las experiencias de los educadores diferenciales, por ende una creencia implícita es aquella concepción personal que las personas denotan como una verdadera teoría o mirada frente a un tema, teniendo en cuenta valores, ideologías y prejuicios, en tanto las percepciones son todos aquellos procesos por los cuales los docentes buscan comprender diversas situaciones y comportamientos de otros, otorgando un significado y una causa determinada.

En cuanto al análisis de las creencias de los educadores diferenciales frente al diagnóstico de un estudiante con TDAH, en primera instancia creen en la existencia de dicho diagnóstico y en cómo se define desde la teoría, de igual manera mantienen una postura que si bien hay porcentaje de estudiantes con este diagnósticos dentro de las aulas y que requieren de apoyos y adecuaciones, también existe un sobre diagnóstico el cual declaran que no proviene de un error de detección desde los profesionales, sino más bien pudiese ser causa del sistema de educativo, haciendo referencia a que el sobre diagnóstico se relaciona con la entrega de subvenciones escolares, lo cual afecta

directamente también en los alumnos, atribuyendo un diagnóstico que no les pertenece en donde los mismo educadores reaccionan a esta situación describiendo que muchas estudiantes vivencian una realidad más cercana a trastornos emocionales y no propiamente conductuales ni atencionales que puedan ser asociados al TDAH. Por otra parte, y también asociado a lo anterior, se describe el uso de los fármacos para el tratamiento de estudiantes con TDAH, en donde se sostiene que es eficaz y necesario cuando la conducta del alumno irrumpe y afecta directamente con sus avances académicos, control emocional e interacciones sociales, por ende atribuyen que el uso de medicamentos debe ser estudiando previamente y que en definitiva es un apoyo y un facilitador hacia el estudiante beneficiándolo en diversas áreas de desarrollo e interacción con el entorno. Con respecto a esto también sostienen como última creencia que todo apoyo que se otorgue a los alumnos debe acompañarse definitivamente por una intervención y atención de necesidades acorde los requerimientos de los alumnos con TDAH, en donde dichos procesos de intervención se orientan a ofrecer constante monitoreo a los estudiantes frente a sus desempeños y logros durante una sesión de trabajo, por otra parte mantener un control de la conducta y de los procesos atencionales, enfocado todo esto a que el alumno mantenga una conducta auto-regulada en beneficio de los procesos de enseñanza y aprendizaje dentro del aula.

Finalmente, en cuanto a las percepciones de los educadores diferenciales frente a un estudiante con TDAH, denotan que dicho diagnóstico involucra elementos que van más allá de un definición teóricamente sustentada y conocida, sino más bien que dentro de la realidad de este cuadro existe una diversidad de realidades y de expresiones del comportamiento que hace que un estudiante con TDAH sea muy distinto a otros y de igual manera presenten diversas necesidades de apoyos que efectivamente requieran una atención totalmente distinta una de otra, por ende los educadores señalan que se requiere generar énfasis en tratar y comprender este diagnóstico más allá de lo que se describe en la literatura, para así comprender al estudiante desde sus necesidades sentidas y el contexto que lo acoge a diario.

Como tercer objetivo expuesto en esta investigación, los educadores diferenciales poseen diversos conocimientos teóricos sólidos frente al diagnóstico de TDAH, teniendo un vasto manejo conceptual sobre el perfil diagnóstico de un estudiante con TDAH, de igual manera con respecto al Funcionamiento Ejecutivo teniendo en cuenta que dichas habilidades concretamente se ven afectadas en los estudiantes con TDAH, dando cuenta afectaciones sobre la auto-regulación, el monitoreo y control conductual, por lo cual tienen en cuenta la importancia de implementar una modalidad de trabajo y de entrega de apoyos desde el Diseño Universal de Aprendizaje, que si bien señalan que no se explicita directamente en la planificación de la enseñanza, se intenciona en el actuar y diseño de las actividades para así favorecer la entrega y potencialización de los aprendizajes escolares y el trabajo de diversas habilidades. De acuerdo a esto, los lineamientos de intervención que desarrollan los educadores y también la entrega de apoyos están centrados desde determinar acciones concretas para favorecer procesos de auto-regulación, auto-monitoreo y manejo de la frustración en los alumnos con TDAH y todo aquello siempre orientado desde la contención y control de las emociones.

Por último, en cuanto al cuarto objetivo expuesto en la investigación, a partir del análisis de las experiencias de los educadores diferenciales se describen que las principales metodologías usadas para la intervención de estudiantes con TDAH se centran desde el control de la conducta y los procesos atencionales, apoyados de un trabajo transversal sustentado desde el Funcionamiento Ejecutivo y orientado a partir de la implementación de la enseñanza desde un Diseño Universal de Aprendizaje, proponiendo diversas estrategias para implicar a los alumnos desde sus intereses, generando motivaciones frente a los contenidos otorgando un sentido y significado intrínseco que se promueve desde diversas maneras de representar y expresar la información y contenidos dentro del aula.

En relación a la literatura internacional, se generó un primer contraste en cuanto al cómo se aborda la necesidad del TDAH en otros países, como en España, en donde existen diversas fundaciones e instituciones que orientan su trabajo de forma multidisciplinar, por medio de diversas estrategias de intervención que abordan aspectos más allá de los procesos de enseñanza y aprendizaje, así también, trabajando de manera mancomunada con el entorno en el cual se sitúa el estudiante y a su familia. A raíz de esto, surge la necesidad de investigar cuál es la realidad de nuestro país acerca de la entrega de apoyos para estos estudiantes, centrada en cómo los educadores diferenciales, a través de sus creencias y percepciones, logran dar respuesta a la diversidad y características de estos estudiantes, pertenecientes a un contexto educativo regido por un programa de integración escolar. En relación a lo anterior, la literatura nacional revisada, refiere a la existencia de normativa que establece los lineamientos de funcionamiento y atención del programa de integración escolar, y las guías para la comprensión y desarrollo de estrategias, orientadas desde un enfoque inclusivo para trabajar en niveles de educación pre-básica, básica y media, hacia estudiantes con TDAH, las cuales hacen alusión preferentemente al trabajo conductual y tratamiento farmacológico.

Con respecto a toda la bibliografía revisada y respondiendo a la orientación de este trabajo de investigación, se entiende como TDAH; a un trastorno de inicio en la primera infancia, que tiene como origen diversos factores, ya sean genéticos y/o contextuales.

Dentro de las características de este trastorno se encuentran afectados aspectos atencionales, de funcionamiento ejecutivo, conductuales y emocionales, las cuales inciden en los procesos de aprendizaje y desarrollo integral del estudiante. Es por esto, que se considera como parte fundamental a la atención de las diversas necesidades que presenten dichos alumnos, el desarrollo e implementación de una metodología de intervención que dé respuesta a las necesidades ya mencionadas.

A partir de lo anterior, y desde los hallazgos obtenidos se puede evidenciar que el rol del educador diferencial está centrado en informar al profesor de aula sobre cómo se aborda y qué es el TDAH, lo cual se realiza desde la necesidad de implementar una metodología para la enseñanza y aprendizaje que responda a la diversidad y necesidad dentro del aula, lo que en este caso, incide al momento de dar respuesta a los estudiantes con TDAH. Lo anterior nace, debido a que el profesor de aula posee conocimientos poco asertivos acerca de lo que implica el diagnóstico, lo cual incide en cómo se planifica y estructura la entrega de contenidos a estos educandos. De esta manera, desde la labor del educador diferencial se pueden dilucidar las primeras convergencias acerca de cómo se genera un trabajo colaborativo entre los profesionales, lo cual para la entrega de los apoyos es un facilitador que en parte responde a las necesidades de estos estudiantes, aún así, la barrera para dicha situación recae en el tiempo, espacios y disposición para realizar los encuentros necesarios en los cuales se establezcan los lineamientos para la planificación de la enseñanza para el aprendizaje, entendiendo que el profesor de aula ya requiere tiempos específicos para la planificación de cada una de sus asignaturas, por lo cual, el educador diferencial debe buscar las instancias de conversación y acción con el docente de aula, en función de poder implementar una metodología que sea significativa y coherente con los contenidos a trabajar dentro del aula.

Respondiendo a la pregunta de investigación planteada inicialmente: ¿Cuáles son las percepciones y creencias implícitas de los profesores de educación diferencial pertenecientes a establecimientos educacionales con proyecto de integración escolar de escuelas municipales y colegios particulares subvencionados acerca del TDAH y su intervención en contextos educativos?, se puede dar cuenta de que es factible la existencia de este diagnóstico, el cual es caracterizado por estos profesionales con altos niveles de ansiedad y frustración, baja autoestima, activos y torpes motrizmente, además de ser impulsivos, y presentan dificultades para la organización, planificación y autorregulación de la conducta, que en muchos casos estos profesionales lo relacionan con el funcionamiento ejecutivo, así también, se perfilan como estudiantes creativos, participativos, colaboradores y con estilos de aprendizaje principalmente de forma auditiva o visual. Por otra parte, estos profesionales dan cuenta de una diversidad de características y necesidades dentro del mismo diagnóstico, lo cual hace necesario realizar una diferenciación en cuanto a cómo se debe responder a éstas, en este caso el tratamiento farmacológico, según lo mencionado por los participantes, es fundamental en algunos alumnos cuando las características implican una barrera para su desarrollo integral y calidad de vida. Aún así, los entrevistados coinciden en la creencia de un sobre-diagnóstico de este trastorno, lo cual se relaciona con los credos de los profesores de aula, atribuyendo cualquier conducta disruptiva al posible diagnóstico del TDAH.

Finalmente la investigación realizada permite evidenciar que los educadores diferenciales manejan estrategias y metodologías que se asemejan a las necesidades y características de los estudiantes con TDAH, en donde enfocan su trabajo especialmente en sus características de aprendizaje, las cuales son apoyadas por la literatura ya presentada. Sin embargo, estos educadores dan cuenta que a partir de su labor profesional y respuesta hacia alumnos con TDAH, se pueden distinguir barreras y facilitadores para su ejercicio profesional, las cuales se relacionan con el trabajo colaborativo con otros profesionales, con la participación de la familia y el sistema educativo actual, en las cuales las principales limitaciones se centran en cómo se coordinan los apoyos para responder a la necesidad del aula, ya que aún contando con el equipo profesional suficiente, no se han logrado encontrar

los espacios y tiempos para el diseño de metodologías y estrategias específicas para el trabajo con estos estudiantes y así también, la entrega de apoyos está orientada fundamentalmente al contenido, es decir, al ámbito pedagógico, y se aleja del trabajo y potencialización de habilidades específicas que están a la base de los aprendizajes instrumentales.

5.1 Limitaciones de la investigación.

Como primera limitación se puede mencionar la falencia o escases de bibliografía actualizada acerca de la entrega de apoyos dentro del aula hacia el TDAH, por lo cual, se debió buscar en autores e investigaciones internacionales, para ahondar y conocer más sobre las diversas metodologías y su efectividad dentro del aula. Lo que no se relaciona con la realidad educativa chilena, debido a que en otros países, como es el caso de España, se puede hablar de inclusión y participación activa de cada estudiante dentro de un contexto educativo, lo que se contrapone con la respuesta en nuestro país, la cual se centra en la integración de estudiantes con necesidades educativas especiales y no así, en la plena inclusión y participación de éstos.

En segundo lugar, se puede mencionar que la aplicación de entrevistas en profundidad puede generar ciertas limitaciones debido a que los participantes tienden a responder y a alejarse del motivo de estudio, abordando temas que no se corresponden directamente con la temática a investigar. Lo anterior, generó un trabajo de selección minuciosa al momento de extraer la información para el posterior análisis de los datos, ya que, se debía seleccionar información relevante de entre muchos datos que no aportaban hacia el objetivo de investigación.

Finalmente y como tercera limitación se encuentra el no haber tomado en cuenta las percepciones y creencias de profesores de aula con respecto a la intervención educativa a estudiantes con TDAH, ya que ésta información pudo haber generado un contraste entre

ambas disciplinas, lo cual pudiese haber enriquecido y complementado esta investigación. Es por esto, que sería interesante en posteriores investigaciones, realizar un “focus group”, en donde se inviten a diversos especialistas del ámbito educacional a conversar y debatir sobre las respuestas de intervención a desarrollar dentro del aula para abordar las necesidades de apoyo derivadas de TDAH y enriquecer las entregas de apoyo a dichos educandos.

5.2 Proyecciones de la investigación.

En relación a las conclusiones y hallazgos de esta investigación surge la necesidad de considerar como una posterior investigación que se oriente a dar cuenta de cómo se da respuesta al TDAH por medio de la implementación del Decreto n° 83/2015, el cual aprueba criterios y orientaciones de adecuación curricular para estudiantes con necesidades educativas especiales de educación parvularia y educación básica. En este sentido y rescatando lo expuesto por los entrevistados, a partir de las creencias y percepciones acerca del TDAH, se considera pertinente tomar en cuenta el cómo perfilan a estos estudiantes, ya que se resaltan sus estilos de aprendizaje enfocados en lo visual y auditivo, lo cual es coherente con sus características kinestésicas, por lo cual y considerando lo mencionado por el decreto, es que nace la necesidad de considerar en la planificación y entrega de apoyos el Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA), siendo una estrategia que da respuesta a la diversidad, el cual permite maximizar las oportunidades de aprendizaje de todos los estudiantes, considerando la amplia gama de habilidades, estilos de aprendizaje y preferencias.

Por otra parte, otro aspecto relevante a considerar en una posterior investigación tiene relación con el funcionamiento ejecutivo en estudiantes con TDAH, en donde se observan dos lineamientos que podrían ser posteriormente abordados, en este sentido, sería relevante analizar la importancia del funcionamiento ejecutivo como un aspecto fundamental para el aprendizaje y participación de estos estudiantes, desde aquí nace la

necesidad de generar instancias de reflexión y análisis en cuanto al diseño de situaciones de aprendizaje que se orienten al trabajo de dichas habilidades más allá de sólo intervenirlas cuando se encuentren afectadas, sino también de potenciar su desarrollo acorde a los procesos madurativos de los estudiantes dentro de las salas de clases, que también impactarían transversalmente a su vida en otros contextos, debido a que son la base de todo comportamiento e inciden directamente en la toma de decisiones y en la resolución de diversas situaciones problemáticas. Así también, sería útil la creación de propuestas que favorezcan y promuevan el desarrollo del funcionamiento ejecutivo de estudiantes con TDAH desde los primeros años a nivel escolar. Lo anterior tiene como propósito visualizar resultados en cuanto a evaluar el funcionamiento en estudiantes desde edades tempranas en el ámbito escolar para así pesquisar futuras necesidades o dificultades que requieran de ser atendidas de manera oportuna, y por otra parte se pretende generar futuras propuestas orientado al diseño de material en donde se tomen en cuenta aspectos del funcionamiento ejecutivo a partir del desarrollo madurativo de los estudiantes, pero que se centre en los avances curriculares, desde aquí poder enlazar y contrastar los objetivos escolares y orientarlos para potenciar y trabajar transversalmente en base al funcionamiento ejecutivo en los estudiantes.

Para finalizar este proceso de investigación, se evidencia que la labor del educador diferencial está supeditada y relacionada con el trabajo directo con otros profesionales, lo cual es una tarea pendiente, debido a que mientras no se realice un trabajo colaborativo activo, no se estará dando una respuesta óptima al alumnado con TDAH. Desde lo anterior sería interesante que se desarrolle una línea investigativa que evalúe cómo se lleva a cabo el funcionamiento del decreto 83/2015 en función de responder a la necesidad de desarrollar un trabajo colaborativo que dé respuesta a las necesidades de los educandos.

CAPÍTULO 6. BIBLIOGRAFÍA:

- AACAP (2013). *"TDAH: Guía para padres sobre medicamentos"*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association. Recuperado de: <http://www.parentsmedguide.org/>
- Abad-Mas, L., Arrighi, E., Fernández, L., Gandía, R. y Otros. (2012). *"TDAH: Origen y Desarrollo"*. Madrid. IMC.
- Abad-Mas, L. y Etchepareborda, M. (2005). *"Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje"*. Revista de Neurología. p. 79-89. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/secacademica/asignaturas/aprendizaje/Memoria%20de%20trabajo.pdf>.
- Abas-Mas, L., Etchepareborda, C., Gandía, R., Mulas, F., Roca, P. (2012). *"Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos"*. Revista de Neurología. Vol. 54. p. 41-53. Recuperado en: <http://www.neurologia.com/pdf/web/54s03/bhs03s041.pdf>
- Abad-Mas, L., Gandía, R., Mulas, F., Roca, P. y Ros, G. (2009). *"Métodos de Diagnóstico en el TDAH"*. En Perote, A. y Serrano, R., "TDAH: origen y desarrollo". p. 69-72. Madrid. Editorial Instituto Tomás Pascual Sanz.
- Abas-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Sirera - Conca, M., Cornesse, M., Delgado-Mejía, I., Etchepareborda, M. (2011) *"Entrenamiento de Funciones Ejecutivas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad"*. España: Revista Neurología, p. 77-83.
- Abad-Mas, L., Ruíz, R., Moreno, F., Herrero, R., Suay, E. (2013). *"Intervención Psicopedagógica en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad"*. España: Revista de Neurología. N° 57.

- Aboitiz, F., Carrasco, X. (2009). *“Déficit Atencional e Hiperactividad: fronteras y desafíos”*. Santiago: ediciones UC.
- Aboitiz, F., Galaburda, A., López-Calderón, J., y López, V. (2009). *“Neurobiología de los déficit atencional: endofenotipos y dinámica de los sistemas dopaminérgicos”*. En Boeheme, V., Förster, J., García, R., Mesa, T., López, I. y Troncoso, G., "Síndrome de Déficit Atencional". p. 27-34. Santiago, Editorial Universitaria.
- Adame, T. (2010). “Metodología y Organización del aula”. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas, N° 26, p. 1-9. Recuperado en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_26/ANTONIO_ADAME_TOMAS_01.pdf
- Alba, C. (2013). “Pautas sobre el Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)”. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Aldrich, R. (2013). “Neuroscience, education and the evolution of the human brain. Journal of the History of Education Society”. N° 42. Vol. 3. p. 396-410.
- Alonso, MJ., Arandia, M., Cases, I., Cordero, G., Ibernón, F., Fernández, I., Revenga, A., y Ruiz de Gauna, P. (2002). “La investigación educativa como herramienta de formación del profesor; Reflexión y experiencias de investigación educativa”. Barcelona: GRAO.
- Albert, J., López, M., Fernández. A., Carretié, L. (2008). España: Revista de Neurología. N° 47.
- Alza, C. (2013). *Intervenciones Actuales en el Trastorno por Déficit Atencional Con/Sin Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes”*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Chile. Chile.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR”*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *“DSM-V-TM. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales”*. Barcelona: Masson.

- Anderson, P. (2002). *"Assessment and development of executive function during childhood"*. Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence.
- Ansari, D., Coch D. (2006). *"Bridges over troubled waters: education and cognitive neuroscience"*. TrendsCognSci.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *"Guía de Consultas de Criterios Diagnósticos del DSM-V"*. VA: Arlington.
- Arco, I., Fernández, F., y Hinojo, F. (2004). *"Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Intervención Psicopedagógica"*. Revista Psicothema, Vol. 16. Nº 13, p. 408-414. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716312>
- Arias, C. (2006). *"Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas"*. Revista: Horizonte Pedagógico. Vol. 8. Nº 1. p. 9 - 22.
- Aristizábal, A. (2015). *"Avances de la neuroeducación y aportes en el proceso de enseñanza aprendizaje en la labor docente"*. Tesis Pregrado. Universidad Militar Nueva Granada. Colombia.
- Artigas, J. (2003). *"Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad"*. Revista neurología, Vol. 36. p. 68-78. Recuperado en: http://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema3/documentos/C9D_11.pdf
- Artigas, J. (2011). *"¿Sabemos que es un trastorno? Perspectivas del DSM-5"*. Revista neurología, Vol 52, págs. 59-69. Recuperado en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/52S01/bfS01S059.pdf>
- Baddeley, A. D. y Hitch, G. J. (1977): *"Working Memory"*. En G. A. Bower (Ed.): Recent Advances in Learning and Motivation. Nueva York: Academic Press.
- Barkley, R. (1997). *"ADHD and the Nature of Self-Control"*. The Guilford Press, United States.
- Barkley R. (1998). *"A Theory of ADHD: Inhibition, executive functions, selfcontrol, and time"*. In Barkley RA, ed. Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment". New York: Guilford.

- Baron, R., Byrne, D. (2005). *“Psicología Social: 10ª edición”*. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN, S.A.
- Barrera, M., Donolo, D. (2009). *“Neurociencias y su importancia en contexto de aprendizaje”*. Revista Digital Universitaria. Vol. 10. Nº 4. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num4/art20/art20.pdf>
- Battro, A. (2002). *“Cerebro, mente y espíritu”*. Nota periodística. Recuperado de: http://buscador.lanacion.com.ar/show.asp?nota_id=368026&high=neuropsicología.
- Benarós, S., Lipina, S., Segretin, M. Hermida, M., Colombo, J. (2010). *“Neurociencia y educación: hacia la construcción de puentes interactivos”*. Revista Neurológica Nº 50.
- Benson, D., Miller, B. (1997). *“Frontal Lobes: Clinical and Anatomic Aspects”*. En: T. E. Feinberg y M. J. Farah (Eds.): Behavioral Neurology and Neuropsychology. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Bianchi, E. (2012). *“Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM”*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 10. p. 1921-1038. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n2/v10n2a17>
- Bermeosolo, J. (2013). *“Cómo aprenden los seres humanos: una aproximación psicopedagógica”*. Ediciones universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Bernasconi, A. (2015). *“La educación superior de Chile: transformación, desarrollo y crisis”*. Salesianos Impresiones S.A. Centro de estudios de políticas y prácticas en educación. Santiago, Chile.
- Blanco, C. (2014). *“Historia de la neurociencia: el conocimiento del cerebro y la mente desde una perspectiva interdisciplinar”*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Blanco, R., Vera, E. (2013). *“Marco teórico de las funciones ejecutivas desde la neurociencia cognitiva”*. Universidad de Neuropsicología y Neurología de la conducta. Hospital Universitario Central de Asturias. Revista Eikasia.
- Burgos, C. (2009). *“Enfoque cognitivo-conductual: estrategia de intervención para el manejo de niños diagnosticados con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en el nivel de escuela elemental”*. Tesis de maestría, Universidad

Metropolitana. Recuperado de

http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/Curriculo_ens_2010/CBurgosDelgado_12122009.pdf

- Bravo, L. (2009) *"Psicología, Psicopedagogía y Educación Especial"*. Chile: Revista Investigación Psicológica.
- Cabrera, M. (2011). *"Diversidad en el Aula"*. Revista Experiencias Educativas. N° 41. España. Recuperado de: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_41/Lucia_Cabrera_1.pdf
- Cáceres, P. (2003). *"Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable"*. Revista Online: Escuela de Psicología, Facultad de Filosofía y Educación. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Vol. II. p. 53-82. Chile.
- Campos, A. (2010). *"Neuroeducación: uniendo las neurociencias y la educación en la búsqueda del desarrollo humano"*. Revista Digital La Educación. N° 143. Recuperado de: http://www.educoea.org/portal/La_Educacion_Digital/laeducacion_143/articles/neuroeducacion.pdf
- Cardó E, Servera M, Llobera J. (2007). *"Estimación de la pre-valencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca"*. Revista de Neurología Vol. 44. N° 1.
- Cardo, E., Servera, M. (2008). *"Trastorno por déficit de atención / hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación"*. Revista de Neurología, Vol. 46. p. 365- 372. Recuperado en: <http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/130.1-tdha.pdf>
- Carrasco, X. (2009). *"Visión básico-clínica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad"*. En Aboitiz, F. y Carrasco, X., "Déficit Atencional e Hiperactividad: fronteras y desafíos" p. 19-42. Santiago: Editorial Universidad Católica de Chile.

- Casado, A. (2010). *“Aprender a ser maestro: creencias de los estudiantes de Magisterio sobre la interacción en el aula”*. Cuenca: Universidad de Castilla - La Mancha.
- Cassandra, B., Reynolds, C. (2005). *“A Model of the Development of Frontal Lobe Functioning: Findings From a Meta-Analysis”*. Applied Neuropsychology.
- Cervigni, M., Stelzer, F., Mazzoni, C., Gómez, C., Martino, P. (2012). *“Funcionamiento ejecutivo y TDAH. Aportes teóricos para un diagnóstico diferenciando entre una población infantil y adulta”*. Internamerican Journal of Psuchology. Vol. 46. N° 2.
- Céspedes, A. (2012). *“Déficit Atencional en niños y adolescentes”*. Chile: Vergara.
- Colombo, J., Lipina, S. (2005). *“Hacia un programa público de estimulación cognitiva infantil”*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Comisión de Expertos de Educación Especial. (2004). *“Nueva Perspectiva y Visión de la Educación Especial”*. MINEDUC, Chile: K- Diseño.
- Condemarín, M., Chadwick, M., Milicic, N. (1984). *“Madurez escolar”*. Chile: Andrés Bello.
- Condemarín, M., Gorostegui, M., Milicic, N. (2004). *“Déficit Atencional, Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa”* Chile: Planeta.
- Cortés, F., Carrasco, X. y Troncoso. L. (2009). *“Síndrome de déficit atencionla:bases genéticas”*. En Boeheme, V., Förster,J., García, R., Mesa, T., López, I. y Troncoso, G., *“Síndrome de Déficit Atencional”*. p. 65-70. Santiago, Editorial Universitaria.
- Davidson, M., Amsoa, D., Anderson, L., Diamond, A. (2006). *“Development of cognitive control and executive functions from 4 to 13 years: Evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching”*. Neuropsychology.
- Decreto Supremo N° 1 (1998). *Fija normas para la integración social de personas con discapacidad*. Gobierno de Chile.
- Decreto de Fuerza de Ley N° 2 (1998). *Fija normas sobre subvención del Estado a establecimientos educacionales*. Gobierno de Chile.

- Decreto Supremo N° 170 (2009). *Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial*. Gobierno de Chile.
- Delgado, I., Etchepareborda, M. (2013). *"Trastornos de las funciones ejecutivas: diagnóstico y tratamiento"*. Revista Neurológica. N° 57.
- Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A., Sans, A. (1995). *"Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales"*. Madrid: Dykinson.
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2011). *"The sage handbook of qualitative research"*. London: Sage.
- Díaz, J. (2006). *"Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad"*. Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente. Vol. 6. N° 1. p. 20-43. Recuperado en: <http://www.psiquiatriainfantil.org/numero7/farma.pdf>
- Díez A., Figueroa, A., y Soutullo, C. (2006). *"Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato"*. Revista pediátrica atención temprana. Vol. 8. p. 35-55. Recuperado en: http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120608_UXqXXvx3UESmezaeJHTH_0.pdf
- Doetsch, F. y Hen, R. (2005) *"Young and excitable: the function of new neurons in the adult mammalian brain"*. Current Opinion in Neurobiology.
- Duque, J., Barco, J., Peláez, F. (2011). *"Santiago Felipe Ramón y Cajal, ¿padre de la neurociencia o pionero de la ciencia neural?"*. Colombia: Int. J. Morphol.
- Egon, G., y Lincon, Y. (2002). *"Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa"*. Compilación de Denman, C., y Haro, J. A., "Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social". P. 113-145. Sonora: Colegio de sonora. Recuperado de:

[Guba_y_Lincoln.pdf](#)

- Fernández, R. (2001). "*La entrevista en la Investigación cualitativa*". Revista Pensamiento Actual.
- Ferreres, V., y González, Á. (2006). "*Evaluación para la mejora de los centros docentes*". España, PRAXIS.
- Fuster, J. (2008). "*The prefrontal cortex*". Editorial: Londrés: AcademicPress.
- Flores, J. (2008). "*Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana*". Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. Vol.8. N° 1.
- Galve, J. (2009). "*Intervención Psicoeducativa en el Aula con TDAH*". Revista Psicología Educativa, Vol. 15. N°2. p. 92-101. Recuperado de <http://es.slideshare.net/fundacioncadah/intervencion-psicoeducativa-en-el-aula-con-tdah>
- García, R. (1999). "*Enfoque sistémico del síndrome de déficit de atención. Aspectos familiares*". En Förster, J., Mesa, T., Mesa, I. y Troncoso, L. "Síndrome de Déficit Atencional". p.145-151. Santiago, Editorial Universitaria.
- Giménez, J., Murillo, J. (2007). "*Mente y cerebro en la neurociencia contemporánea: una aproximación a su estudio interdisciplinar*". Scripta Theologica.
- Gioia, G., Isquith, P., Retzlaff, P., Espy, K. (2002). "*Confirmatory Factor Analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*" in a Clinical Sample. Child Neuropsychology.
- Godoy, P., Meza, L. y Salazar, A. (2004). "*Antecedentes históricos, presente y futuro de la educación especial en Chile*". Ministerio de Educación de Chile, Chile.
- González, J. Bach-Y-Rita, P. Smith, B y Otros. (2006). "*Perspectivas contemporáneas sobre la cognición, percepción, categorización, conceptualización*". México: Siglo XXI.

- González, M. (1999). *“Creencias, atribuciones y autoeficacia en profesores de enseñanza básica municipalizada”*. Tesis presentada para optar al grado de Doctor en Ciencias de la Educación. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Guzmán, R., Hernández, I. (2005). *“Estrategias para evaluar e intervenir en las Dificultades de Aprendizaje Académicas en el Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad”*. Revista de Teoría: Investigación y Práctica Educativa. Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna p. 2-30.
- Grau, M., García, J. (2004). *“Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”* Madrid: Exlibris Ediciones.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundación Sant Joan de Déu, coordinador (2010). *“Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad”*. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya. Recuperado en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
- Henao, C., Ramírez, L., Ramírez, C. (2006). *“¿Qué es la intervención psicopedagógica?: Definición, Principios y Componentes”*. Colombia: Revista Medellín-Colombia.
- Henríquez, M. (2009). *“Por qué decimos que el TDAH es un desorden hereditario”*. En Aboitiz, F. y Carrasco, X., *“Déficit Atencional e Hiperactividad: fronteras y desafíos”*. Santiago: Editorial Universidad Católica de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2009). *“Fundamentos de Metodología de la Investigación”*. España: Mc Graw Hill/ Interamericana de España, S.A.U.
- Hernández, R., Fernández, C. del Pilar, M. (2010). *“Metodología de la Investigación. Quinta Edición”*. México: Mc Graw Hill/Interamericana de España, S.A.U.

- Hernández, S. (2001). *“Evaluación de habilidades cognitivas”*. México. Universidad de Guadalajara.
- Hervás, A., Durán, O. (2014). *“El TDAH y sus comorbilidades”*. Revista Pediatría Integral, Vol. 9. p. 643-654. Recuperado en: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/el-tdah-y-su-comorbilidad/>
- Hidalgo, M. (2014). *“Situación en España del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”*. Revista Pediatría Integral, Vol. 9. p 595-597. Recuperado en: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/situacion-en-espana-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>
- Hidalgo, M., Soutullo, C. (2011). *“Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)”*. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil, Revista de educación integral del pediatra extra hospitalario. p. 1- 25. Recuperado en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:E8QmcVinbSwJ:www.fundacioncadah.org/cpanel3/API/download.php%3Fid%3D89%26account%3Dj289eghfd7511986+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl>
- INFAC (2013). *“Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): ¿Infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicalizado? Una Reflexión”*. Osakidetza. Vol. 21. Nº 5.
- Jaspas, J., Hewstone, M. (1985). *“La teoría de la atribución”*. Psicología Social II. Madrid: Paidós.
- Jiménez, G. (2013). *“La interactividad estudiante - maestro incide en el cumplimiento de actividades dentro del aula en los niños de séptimo año del centro educativo bilingüe Thomas Cranmer”*. Cantón Ambato provincia de Tungurahua. Tesis de Maestro. Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6937/1/FCHE-SEB-1240.pdf>
- Lavados, J., Slachevsky, A. (2013). *“Neuropsicología: bases neuronales de los procesos mentales”*. Chile: Mediterráneo.
- Kandel, E., Schwartz, J., Jessell, T. (1997). *“Neurociencia y conducta”*. Madrid: Prentice Hall.

- Lavigne, R., Romero, J. (2010). *"El TDAH: ¿qué es? ¿qué lo causa? ¿cómo evaluarlo y tratarlo?"* España: Ediciones Pirámide.
- Lavigne, R., Romero, J. (2010). *"Modelo Teórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad I"*. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, Vol. 8. p. 1303-1338. Recuperado en: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?466>
- Ley N° 20.201 (2007). *Modifica el DFL de 1998, de educación, sobre subvenciones a establecimientos educacionales y otros cuerpos legales*. Gobierno de Chile.
- Ley N° 20.370 (2009). *Ley General de Educación. Establece los requisitos mínimos que deberán cumplir los niveles de educación Parvularia, Básica y Media*. Gobierno de Chile.
- Ley N° 20.422 (2010). *Rige las normas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Gobierno de Chile.
- Lezak M. (1982). *"The problem of assesing executive functions"*. International Journal of Psychology. p. 281.
- Loro, M., Quintero, J. García, N., Jiménez, B., Pando, F., Varela, P., Campos, J., Correas, J. (2009). *"Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención / hiperactividad"*. Revista neurología, Vol. 49. p. 257- 264. Recuperado en http://www.uma.es/media/files/Actualizacion_en_el_tratamiento_del_tdah_1.pdf
- López, A. (2014). *"Importancia del trabajo interdisciplinar en niños con TDAH"*. Tesis de Grado en Educación Primaria. Universidad de Valladolid. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5044>
- López, I., Rodillo, E., Kleinsteuber, K. (2008). *"Neurobiología y diagnóstico del trastorno por déficit de atención"*. Revista médica clínica Las Condes, Vol. 15. p. 511- 524.
- Mediavilla, C. (2003). *"Neurobiología del trastorno de hiperactividad"*. Revista Neurológica, Vol. 36. p. 555-565. Recuperado en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3606/o060555.pdf>
- MINEDUC. (1993). *"Informe OIE-Ministerio de Educación"*. Ministerio de Educación, Sistemas Educativos Nacionales. Santiago, Chile.

- MINEDUC. (2002). *“Escuela, Familia y Discapacidad; Guía para la familia de niños, niñas y jóvenes con discapacidad”*. Ministerio de Educación, División de Educación General. Santiago, Chile.
- MINEDUC. (2005). *“Política Nacional de Educación Especial: Nuestro Compromiso con la Diversidad”*. Chile: Maval.
- MINEDUC. (2009). *“DÉFICIT ATENCIONAL: Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo desde un enfoque inclusivo, en el nivel de educación media”*. Ministerio de Educación; Unidad de Educación Especial, Santiago, Chile
- MINEDUC. (2009). *“Programa de Integración Escolar PIE: Manual de Orientaciones y Apoyo a la Gestión”*. Chile. Recuperado de: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201405071255480.ManualOrientacionesPIE.pdf>
- MINEDUC. (2008). *“Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia. Problemas de atención y memoria”*. Ministerio de Educación, Departamento de Educación General, Santiago, Chile.
- MINEDUC. (2013). *“Análisis de la Implementación de los Programas de Integración Escolar (PIE) en Establecimientos que han Incorporado Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales Transitorias (NEET)”* Gobierno de Chile: Fundación Chile.
- MINEDUC. (2013). *“Orientación Técnicas para Programas de Integración Escolar (PIE)”*. Ministerio de Educación, División de Educación General Unidad Educación Especial, Santiago, Chile.
- MINEDUC. (2015). *“Decreto N°83. Aprueba criterios y orientaciones de adecuación curricular para estudiantes con necesidades educativas especiales de educación parvularia y educación básica”*. Santiago: Ministerio de Educación, Chile.
- Miranda, A. (2011). *“Manual práctico de TDAH”*. Madrid: Síntesis.
- Miranda, A., Arlandis, M., Soriano, M. (1997). *“Instrucción en estrategias y entrenamiento atribucional: efectos sobre la resolución de problemas y el*

autoconcepto de estudiantes con dificultades de aprendizaje.” Infancia y aprendizaje; p. 37-52.

- Montoya, E., Herrera, E. (2014). “*Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas*”. En: Navarro, J.; Gracia, M; Lineros, R; Soto, F. (Coords). Claves para una educación diversa. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Morales, S. (2001). “*Creencias y valores de educadores de párvulos en la comuna de Temuco*”. Tesis presentada a la Universidad de la Frontera para optar al grado de Magíster en estudios Psicológicos. Temuco: Universidad de la Frontera.
- Myers, D. (2000). “*Psicología Social*”. Colombia: Mc Graw Hill.
- Navarro, I. (2009). “*Déficit de Atención con Hiperactividad: Una investigación Empírica*”. (Tesis de maestría, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de [http://eprints.ucm.es/9652/1/T31044 .pdf](http://eprints.ucm.es/9652/1/T31044.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. “*Trastornos mentales del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*”. Madrid, España: Meditor.
- Orjales, I. (2000). “*Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley*”. Revista Complutense de Educación, Vol. 11, N° 1. p. 74-76. Recuperado de http://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_N04yegaLKvHKUyZbWVTS_0.pdf
- Oviedo, G. (2004). “*La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt*”. Revista de Estudios Sociales. N° 18. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200010&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200010&lng=en&tlng=es)
- Pascual, I. (2008). “*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*”. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. p. 140- 150. Recuperado en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>
- Perearnau, M. (1982). “*Psicología social de la educación*”. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.

- Pineda, D. (2000). *"La función ejecutiva y sus trastornos"*. Revista de Neurología. N° 30. Vol. 8. p. 764-768.
- Pizarro, A. (2003) *"Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitivo-conductual en un contexto educativo para el tratamiento de niños chilenos diagnosticados con trastorno por déficit atencional/hiperactividad"*. Tesis de maestría, Universidad de Chile. Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113344/cs39-pizarroa64.pdf?sequence=1>
- Pozo, J. (2000). *"Concepciones de aprendizaje y cambio educativo"*. Chile: Ensayos y Experiencias. N° 33.
- Pozo, J., Gándara, J., García, V., García, X.R. (2005). *"Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad"*. Boletín de pediatría. Vol, 45. p. 170- 176. Recuperado en: <http://www.siiis.net/documentos/ficha/217527.pdf>
- Puebla, R., Talma, M. (2011). *"Educación y neurociencias, la conexión que hace falta"*. Estudios Pedagógicos, Vol. 37. p 379-388. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071807052011000200023&script=sci_arttext
- Quintero, J., Castaño de la Mota,C. (2014). *"Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit atención e hiperactividad (TDAH)"*.Revista Pediatría Integral, Vol. 9. p. 600-608. Recuperado en: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/02/n9-600-608_Javier%20Quintero.pdf
- Ramos, C., Pérez, C. (2015). *"Relación entre el modelo híbrido de las funciones ejecutivas y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad"*. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Vol. 32. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/5986/6987>
- Roberts, S., Del Pilar, R. (2014). *"Funciones ejecutivas, atención y conducta"*. Recuperado de: http://www.ucsp.edu.pe/archivos/revistadeinvestigacion/2_Funcion_Ejecutiva_atencion_y_conducta.pdf

- Robles, B; (2011). *“La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico”*. Cuicuilco. Vol. 18. p. 39-49. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>
- Rodríguez, P; Criado, I. (2014). *“Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo”*. Revista Pediatría Integral, Vol. 9. p. 624- 633. Recuperado en: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/plan-de-tratamiento-multimodal-del-tdah-tratamiento-psicoeducativo/>
- Roizblatt, A., Bustamante, F., Bacigalupo, F. (2003). *“Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos”*. Revista médica de Chile. Vol. 131. N°. 10. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003001000015&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872003001000015.
- Romero, J., Lavigne, R. (2005). *“Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios Diagnósticos. I. Definición, Características y Tipos”*. Sevilla Junta de Andalucía.
- Saavedra, S. (2014). *“Vivencias sobre el proceso educativo de niños estudiantes diagnosticados con TDA/TDAH en un colegio municipal de la comuna El Bosque en Santiago de Chile”*. Tesina para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad Academia Humanismo Cristiano. Chile.
- Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez., E., Santoro, E., Villegas, J. (2012). *“Percepción Social en Psicología Social”*. México: Trillas.
- Sances, C. (2009). *“Intervención familiar grupal en niños con trastorno por déficit de atención Con hiperactividad (TDAH)”*. España. Recuperado de: <http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/39590/TFC-SANCES-2009.pdf?sequence=1>
- Sánchez, T. (2001). *“Creencias acerca del proceso educativo en alumnas de la carrera de Educación de Párvulos”*. Universidad Católica de Temuco. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios Psicológicos. Temuco: Universidad de La Frontera.
- SENADIS. (2010). *“Manual sobre la Ley N° 20.422: Establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”*.

Ministerio de Desarrollo Social. Santiago; Servicio Nacional de Discapacidad. Santiago, Chile.

- Servera, M. (2005). *"Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión"*. Revista de Neurología. p.361-364. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4006/s060358.pdf>
- Servera, M. (2011). *"El TDAH requiere un abordaje típico multidisciplinar"*. España: INFOCOP Online. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3448
- Servicio de Salud Araucanía Sur. (2011). *"Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad y Mal Rendimiento Escolar"*. Chile: Protocolo Institucional.
- Simón, E. (2012). *"Educación Emocional y Habilidades Sociales con Alumnos con Necesidades Educativas Especiales: Propuesta de Intervención"*. Tesis para optar al grado de profesor de Educación Primaria. Universidad de Valladolid. Palencia.
- Soutullo, C., Chiclana, C. (2008). *"TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad"*. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universtaria. España: Universidad de Navarra.
- Sylwester, R. (1995). *"A celebration of Neurons: An Educator's Guide to the Human Brain"*. Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Taylor, SK; R, Bogdan. (1987). *"Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significado"*. Barcelona: PAIDOS
- Tirapu, J., García, P., Luna, T., Roig, C., Pelegrín. (2008). *"Modelos funcionales y control ejecutivo (II)"*. Revista de Neurología, N° 46
- Tirapu, J., Luna, P. (2011). *"Neuropsicología de la funciones ejecutivas"*. Manual Neurología.
- Tirapu, J., Muñoz, J. (2005). *"Memoria y funciones ejecutivas"*. Revista de Neurología. Vol. 8. N° 41. Recuperado de: http://www.uma.es/media/files/Memoria_y_funciones_ejecutivas.pdf
- Tirapu, J. Ríos, M., Maestú, F. (2011). *"Manual de neuropsicología"*. 2 ed. Barcelona: Viguera.

- Touriñán, J. (2011). *"Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La mirada Pedagógica"*. Brasil: Revista Portuguesa de Pedagogía.
- Troncoso, C., y Daniele, E. (2003). *"Las entrevistas semi-estructuradas como instrumentos de recolección de datos: una aplicación en el campo de las ciencias naturales"*. Ponencia en el XIV encuentro Estado de la Investigación Educativa, Reduc.
- Ulloa, R., Arroyo, E., Ávila, J., Cárdenas, J., Cruz, E., Gómez, D., Higuera, F., Rivera, F., Santos, G., Velásquez, V., Peña, F. (2005). *"Algoritmo del Tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños y Adolescentes"*. Salud mental, Vol 28. p. 1-10. Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam055a.pdf>
- Vásquez, J., Cárdenas, E., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., De la Peña, F. (2010). *"Guías clínicas para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad"*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Vaquerizo, J., Cáceres, M. (2006). *"El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica"*. Vox pediátrica, Vol. 14. p. 22-33. Recuperado en: <http://spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed14.2pags22-33.pdf>
- Vargas, L. (1994). *"Sobre el concepto de percepción"*. Revista Alteridades. Vol. 4, N° 8. México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Vera, D. Osses, S., Schiefelbein, E. (2012). *"Las Creencias de los profesores rurales: una tarea pendiente para la investigación educativa"*. Estudios pedagógicos. Recuperado en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052012000100018&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-07052012000100018.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052012000100018&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-07052012000100018)
- Vivas, M., Gallego, D., González, B. (2007). *"Educar las Emociones"*. Venezuela: C.A.
- Yarce, J. (2005). *"El poder de los valores en las organizaciones"*. México: Ruz.