



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

FACULTAD DE EDUCACIÓN

*DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA, ORGANIZACIÓN Y
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN*

TESIS DOCTORAL

**Estrategias de Intervención adoptadas por
los Profesores en niños del 1º Ciclo de la
Enseñanza Básica con Perturbación por
Déficit de Atención e Hiperactividad
(PDAH)**

Autora: Cátia Andreia Costa Frias Carvalho Mateus

Directores: Dra. M^a Isabel Calvo Álvarez

Dr. Ernesto Barceló Martínez



Dra. M^a Isabel Calvo Álvarez, Profesora Contratada Doctor del Departamento de Didáctica y Organización y Métodos de Investigación de la Facultad de Educación de la Universidad de Salamanca,

Dr. Ernesto Barceló Martínez, Neurólogo, Profesor Doctor del Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Costa – Barranquilla, Colombia y Director del Grupo de Internacional de Investigación en Neurociencias Conductuales de Colombia,

INFORMAN,

Que la Tesis Doctoral realizada bajo su dirección por Dña. Cátia Andreia Costa Frias Carvalho Mateus, con el título "*Estrategias de Intervención adoptadas por los profesores en niños del 1.º Ciclo de la Enseñanza Básica con Perturbación del Déficit de Atención e Hiperactividad (PDAH)*" *Estrategias de Intervención*, reúne las condiciones de calidad, relevancia y presentación exigibles a una investigación científica, por lo que es susceptible de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos la presente en Salamanca a 14 de diciembre de 2015

Fdo. M^a Isabel Calvo Álvarez

Fdo. Ernesto Barceló Martínez

Dedico este trabajo a mis padres, que con su ejemplo de vida me transmitieron los valores de la dignidad humana: respetar, defender y ayudar las personas, independientemente de su raza, religión, cultura, clase social y capacidad.

Agradecimientos

“El valor de las cosas no está el tiempo que ellas duran, pero en la intensidad con que acontecen. Por eso existen momentos inesquecibles, cosas inexplicables y personas incomparables.”

Fernando Pessoa

Al largo de este incomparable e inesquecible camino, largo, intenso, solitario y muchas veces ausente de sentido, fueron muchas las personas, que por una o otra razón, lo hicieron más corto, compartido y lleno de sentido. A todas estas personas incomparables, expreso mi sincero agradecimiento, apreso y alabanza. A la Profesora Doctora Maria Isabel Calvo Álvarez & Profesor Doctor Ernesto Alejandro Barceló que se revelaron incansables en la orientación y en el estímulo para que el trabajo fuera pautado por el rigor y para que mi contentamiento no desvaneciese. A los profesores que colaboraron conmigo, concediéndome alguno de su precioso tiempo. A las instituciones escolares que aceptaron, sin reservas, ser mi objeto de estudio y me recibieron de forma ejemplar.

A mi marido Fernando Rodrigues, y a mis hijas Iris y Lara por la comprensión de la falta de sonrisas, y de la ausencia de dedicación...pero especialmente por el mirar positivo, amor, cariño y apoyo incondicional.

A mis incomparables padres por la educación y valores transmitidos. A mi madre Lurdes y padre Alfredo siempre atentos y presentes, pero sobre todo por los cariños en la hora cierta.

A mi hermano Ivo, por los incentivos y por el excelente tío que fue durante esta etapa y que continúa a ser...

A los amigos, hermanos de corazón, y compañeras de trabajo que le importaron y me animaron en los momentos más complicados... A todos, por todo y aún más un poco...GRACIAS!!!

Resumen

El presente estudio, aborda el tema del Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad (TDAH), una temática cada vez más actual y que en el día a día viene preocupando a toda la comunidad educativa.

Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del comportamiento que se caracteriza esencialmente por la hiperactividad, por la impulsividad y por el déficit de atención, afectando distintas áreas de la vida de los niños y jóvenes. Los niños con TDAH presentan dificultades en el proceso de aprendizaje, problemas de relaciones sociales y dificultades en la ejecución de reglas y normas sociales.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado pueden reducir drásticamente los problemas escolares del alumno con TDAH. A nivel educativo existe todo un conjunto de estrategias y modificaciones que se pueden aplicar en el ambiente de aprendizaje y en los métodos de trabajo del docente, con el objetivo de mejorar el desempeño escolar de los alumnos con TDAH. Así, es importante establecer estrategias que permitan, más fácilmente, ajustar el comportamiento del niño, de tal modo que este aprenda y deje que los otros alumnos, del grupo donde se encuentra integrada, aprendan también. Cada vez más se reconoce clínicamente y al nivel educacional, que hay una necesidad de intervenir junto de los alumnos con TDAH, de manera que haya una mejor inclusión social y educativa.

Este trabajo se fundamentó en una bibliografía de diversos autores, que a lo largo de los años vienen investigando el TDAH. Así se hace un aporte teórico en la primera parte del documento. En una segunda parte, fue realizado un cuestionario, de modo a filtrar cuáles son las estrategias de intervención educativa que los docentes de la enseñanza primaria consideran más adecuadas utilizar en su práctica diaria con alumnos con TDAH.

La estructura de la disertación de tesis de doctorado está dividida en dos partes. La primera parte del marco teórico, está dividida en 5 capítulos y es dedicada a aspectos teóricos relacionados con las Necesidades Educativas Especiales y lo Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad. El primer capítulo aborda el tema de las Necesidades Educativas Especiales y de la Inclusión. El segundo capítulo aborda la definición y la prevalencia de la TDAH, así como, la TDAH en el contexto escolar. El tercer capítulo retrata los criterios de diagnóstico según lo DSM-IV-TR e según lo DSM-5 y sus diferencias. El cuarto capítulo aborda los mecanismos de observación y registro de lo trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El quinto capítulo aborda el tema de la intervención.

La segunda parte incide sobre el estudio empírico que llevamos a cabo, siendo presentado un estudio en que se filtraron las estrategias que los docentes de la

enseñanza primaria consideran más adecuadas utilizar con alumnos con TDAH. Los sujetos en estudio fueron 50 maestros del enseñanza primaria, de 3 conjuntos de Escuelas.

Con la recoja de datos, el tratamiento y evaluación del interrogatorio por cuestionario se pretendió recoger los datos esenciales para intentar obtener respuesta al objetivo específico de este trabajo.

La conclusión incluyó las reflexiones realizadas cuanto a las relaciones que se consiguieron establecer entre la problemática inicial y los resultados obtenidos al largo de la intervención investigativa.

Se espera contribuir para el conocimiento de la representación del tema y de la práctica docente, analizando si las estrategias son o no las más adecuadas

Palabras clave

Hiperactividad; Educación; Atención; Comportamiento; Intervención

Resumo

O presente estudo aborda a temática relativa à Perturbação por Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH), uma temática cada vez mais atual e que no dia-dia tem vindo a preocupar toda a comunidade educativa.

A Perturbação por Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH), é uma perturbação do comportamento que se caracteriza por alguns fatores, nomeadamente pela hiperatividade, pela impulsividade e pelo défice de atenção, afetando as diferentes áreas de vida das crianças e dos jovens. As crianças com PDAH apresentam dificuldades no processo de aprendizagem, problemas ao nível das relações sociais e dificuldades no cumprimento de regras e normas sociais.

Um diagnóstico precoce e tratamento adequado podem reduzir drasticamente os problemas escolares do aluno com PDAH. A nível educativo existe todo um conjunto de estratégias e modificações que se podem aplicar no ambiente de aprendizagem e nos métodos de trabalho do professor, de modo a melhorar o desempenho escolar dos alunos com PDAH. Desta forma, é importante estabelecer estratégias que permitam, mais facilmente, ajustar o comportamento da criança, por forma a que esta aprenda e permita que os outros alunos, da turma onde se encontra integrada, aprendam também.

Cada vez mais se reconhece clinicamente que há uma necessidade de intervir junto dos alunos com PDAH, de maneira a que haja uma maior inclusão social e educativa.

Este trabalho fundamentou-se numa bibliografia variada de diversos autores, que ao longo dos anos tem-se vindo a preocupar com esta problemática.

Assim, na primeira parte deste trabalho realizou-se um enquadramento teórico da PDAH, a segunda parte é constituída pelo estudo prático, onde foi desenvolvido um questionário, de modo a filtrar, quais as estratégias de intervenção educativas que os docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico consideram mais adequadas a utilizar com alunos portadores da Perturbação por Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH).

A estrutura da dissertação da tese de doutoramento está dividida em duas partes. A primeira parte de marco teórico, está dividida em 5 capítulos e é dedicada a aspetos teóricos relacionados com as Necessidades Educativas e a Perturbação por Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH)

O primeiro capítulo aborda o tema das Necessidades Educativas Especiais e da Inclusão. O segundo capítulo aborda a definição e a prevalência da PDAH, bem como, a PDAH em contexto escolar. O terceiro capítulo retrata os critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV-TR e segundo o DSM-5 e suas diferenças. O quarto capítulo aborda os mecanismos de observação e registo da Perturbação do Défice de Atenção e Hiperatividade. O quinto capítulo aborda o tema da intervenção.

A segunda parte incide sobre o estudo empírico que levamos a cabo, sendo apresentado um estudo em que se filtraram as estratégias que os docentes do ensino primário consideram mais adequadas utilizar com alunos com PDAH. A nossa amostra é constituída por 50 professores do 1.ºCEB, de um conjunto de escolas do Concelho de Viseu.

Com a recolha de dados, o tratamento e avaliação do interrogatório por questionário pretendeu-se recolher os dados essenciais para tentar obter respostas ao objetivo específico desta investigação.

A conclusão incluiu as reflexões realizadas quanto às relações que se conseguiram estabelecer entre a problemática inicial e os resultados obtidos ao longo da intervenção investigativa.

Espera-se contribuir para o conhecimento da representação do tema e da prática docente, analisando se as estratégias implementadas são ou não as mais adaptadas.

Palavras chave:

Hiperatividade; Educação; Atenção; Comportamento; Intervenção

Abreviaturas

DCM	.....	Disfunción Cerebral Mínima
AAP	.....	Asociación Americana de Psiquiatría
APA	.....	American Psychiatric Asociación
DAS	.....	Síndrome de Déficit de Atención
DDAH	.....	Desorden por Déficit de Atención con Hiperactividad
TDAH	.....	Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad
TDAH	.....	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
PDAH	.....	Perturbación Hiperactiva por Déficit de Atención
PDA	.....	Perturbación por Déficit de Atención
NEE	.....	Necesidades Educativas Especiales
OMS	.....	Organización Mundial de Salud
SDAH	.....	Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad
SH	.....	Síndrome Hipercinesia
CEB	.....	Ciclo de la Enseñanza Básica
IPSS	.....	Institución Particular de Solidaridad Social
EUA	.....	Estados Unidos de América
LBSE	.....	Ley de Bases del Sistema Educativo
EEE	.....	Equipos de Educación Especial
PEI	.....	Programa Educativo Individual
PE	.....	Programa Educativo
CIF	.....	Clasificación Internacional de Funcionalidad

Índice

Agradecimientos.....	7
Resumen	9
Resumo	11
Abreviaturas	13
Índice	15
Introducción.....	19
Parte I – Marco Teórico	23
1. Necesidades Educativas Especiales	25
1.1. Tipos de N.E.E.....	28
• Necesidades Educativas Especiales Permanentes.....	28
• Necesidades Educativas Especiales Temporales	29
1.2. Categorías Específicas de las N.E.E.	29
1.3. De la Segregación a la Integración.....	30
1.4. La Inclusión y las Escuelas Inclusivas	33
2. El Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad – TDAH/PDAH	39
2.1- Definición de TDAH/PDAH	39
2.2 - Evolución histórica del concepto de TDAH/PDAH	42
2.3. Sintomatología del TDAH/PDAH.....	45
2.4. Etiología del TDAH/PDAH	48
2.5. Prevalencia de la TDAH/PDAH	49
2.6 - El TDAH en Contexto Educativo	51
3. Criterios de Diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR VS DSM-5	55
3.1. Criterios de Diagnóstico del TDAH - DSM-IV-TR	55
• DSM-IV-TR (American Psychiatric Association , 2002)	56
• DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2013)	58
4. Observación y Registro	61

4.1. Escalas	61
• 4.1.1. Escala de Conners (Reducida) para Maestros.....	62
• 4.1.2. Escala de Conners (Reducida) para Padres.....	63
4.2. Instrumentos aplicados al niño.....	64
4.3. Observaciones relativas al comportamiento.....	65
4.4. Examen Neurológico.....	65
4.5. Electroencefalograma.....	66
4.6. Evaluación Psicopedagógica.....	66
4.7. Instrumentos Mecánicos de Evaluación.....	66
4.8. Diagnóstico Diferencial.....	67
5. Intervención.....	69
• Tratamiento médico, basado en psicofármacos.....	69
• Tratamiento conductual, basado en técnicas de modificación de conducta.....	69
• Tratamiento cognitivo- conductual, que utiliza técnicas cognitivas y conductuales.....	69
5.1. Intervención Educativa.....	69
• 5.1.1. Principios eficaces para enseñar alumnos hiperactivos.....	74
• 5.1.2. Estrategias eficaces para dar clases a alumnos con TDAH.....	78
• 5.1.3. Adaptaciones Educativas:.....	84
• 5.1.4. Estrategias Educativas.....	90
5.2. Intervención Comportamental.....	93
5.3. Intervención familiar.....	94
5.4. Medicación.....	97
Parte II - Componente Práctica.....	101
Capítulo 6 - Parte Práctica.....	103
6.1 Metodología.....	103
6.2 Problema.....	104
6.3 Hipótesis.....	105
6.4 Objetivos.....	106
6.5 Variables.....	107
6.6 Caracterización de la Muestra.....	107
6.7 Instrumentos de Análisis.....	108
6.8 Validación del Cuestionario.....	110
7. Análisis de los resultados.....	113

7.1. Datos Biográficos	113
7.2. Conocimiento de los maestros relativamente a la TDAH.....	115
7.3. Aplicación de estrategias de intervención a alumnos con TDAH.....	121
Capítulo 8 - Discusión de los Resultados.....	127
Capítulo 9 - Conclusiones.....	133
9.1 – Conclusiones en Castellano.....	133
9.1 – Conclusões em Português.....	140
9.3. Limitaciones del estudio	147
9.4. Futuras líneas de investigación.....	147
9.5. En forma de síntesis... ..	148
10. Bibliografía.....	149
Apêndice I - Cuestionário	157
Apêndice 2: Escala de Conners para Maestros	165
Apêndice 3: Escala de Conners para Padres	169
Apêndice 4: Percentiles de referencia – Portugal	173
Apêndice 5: Procedimientos de entrenamiento para los padres de niños con TDAH.....	177
Apêndice 6:.....	181
Esquema de programación para el maestro	181
Esquema de Programação do Professor (com adapt.)	183
• Processo de avaliação do aluno:.....	183
• Processo de programação para o aluno.....	184

Introducción

De acuerdo con Siegel, Laske, Wanderling, Hernandez, & Levenson (2015), en estudios del año de 2011, se estima que en el sistema público de salud mental de New York, 31% de los niños entre los 3 y los 17 años están diagnosticados con TDAH. En otro estudio reciente, (Thapar & Cooper, 2015) indican que el TDAH es un trastorno del desarrollo neurológico de inicio infantil con una prevalencia de 14 a 30%. Es más común en niños que en niñas. La comorbilidad con trastornos del neurodesarrollo en la infancia y los trastornos psiquiátricos es sustancial. El TDAH es altamente hereditario y multifactorial; múltiples genes y factores no hereditarios contribuyen al trastorno. Factores prenatales y perinatales han sido implicados como riesgos, pero las causas definitivas siguen sin conocerse. La mayoría de los guías recomiendan un enfoque paso a paso para el tratamiento, a partir de las intervenciones no farmacológicas y luego pasar al tratamiento farmacológico en los más gravemente afectados. Ensayos controlados aleatorios, demuestran algunos beneficios a corto plazo de los medicamentos estimulantes y la atomoxetina, pero meta análisis de ensayos ciegos de tratamientos no farmacológicos no han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones a medio ó largo plazo. Los estudios longitudinales de TDAH muestran mayor riesgo de varios problemas de salud mental y sociales, así como la mortalidad prematura en la vida adulta (Thapar & Cooper, 2015).

En nuestras escuelas, la heterogeneidad es cada vez mayor. En ellas conviven niños pertenecientes a varios niveles sociales, de diferentes culturas y con capacidades físicas e intelectuales también diversas. Comprender y respetar las capacidades de cada uno, sus semejanzas y diferencias, es fundamental para el éxito y para el buen relacionamiento de los individuos (Rodrigues & Nogueira, 2011).

La escuela desempeña un papel formador, como tal, debe ser un espacio de intervención, capaz de garantizar un recorrido de éxito que conduzca el alumno a una formación integral, asegurando su derecho a interactuar en la sociedad, como forma de disminuir los trastornos de impulsividad. Se exige a la escuela que integre y simultáneamente se responsabilice en la respuesta a dar a cada alumno que forme parte de la comunidad educativa. La escuela inclusiva deberá procesar una educación para todos, responsabilizando también el medio envolvente en la respuesta a dar a cada uno, movilizándolo un mayor número de intervinientes en el proceso educativo (Rodrigues & Nogueira, 2011).

En el sentido de buscar estrategias y respuestas pedagógicas eficaces para alumnos con necesidades educativas especiales, más en específico en el área de la TDAH y contribuir para el éxito educativo de los alumnos, motivaron la realización del presente estudio. Tal motivación tuvo por base la situación de alumnos que presentan dificultades en mantener el empeño, la atención y concentración necesarias a la exigencia del nivel de enseñanza en que se encuentra y exhibe, en el transcurrir de la

clase, comportamientos perturbadores, desencadenando sentimientos de frustración en los profesores y en el propio alumno.

“De todas las perturbaciones del desarrollo, esta es seguramente aquella en relación a la cual todos tienen opinión” (Antunes, 2009, p. 143). Es simple entender el porqué: en las fiestas de familia o en el café, en el supermercado o en el centro comercial, todos ya encontramos, alguna vez, niños llamados de «insoportables».

Determinar cuál el nivel de actividad normal de un niño es un asunto polémico, pues por ejemplo, los maestros y las madres clasifican como puntajes más altos los niños (Ortiz & Acle, 2006). Tal vez el interés por el TDAH haya surgido por la dificultad sentida en trabajar con estos alumnos y en ese sentido, de acuerdo con Puentes-Rozo, Barceló-Martínez y Pineda (2008) se propone la intervención en el paradigma conductual.

Tal vez ahora se da más atención a la TDAH, porque comprendemos que esta tiene consecuencias a largo plazo, visto que sabemos que un número importante de niños con TDAH presentará esta misma trastorno cuando sea adulto, siendo que en Portugal, la prevalencia de años con patología en adultos después de los 15 años es de 3,5% de la población y tiene un tiempo de vida de 7,8 años, siendo el valor mayor en la comunidad europea (DGS – Direção Geral de Saúde, 2014).

Los niños con TDAH presentan un comportamiento normal caracterizado, esencialmente, por un exceso de actividad (hiperactividad) o de impulsividad y por una persistente falta de atención, desproporcionales a la fase del desarrollo en que las mismas se encuentran. Se puede decir, que el TDAH se define como un estado excesivo de actividad motora, por desatención y por impulsividad. Estos comportamientos podrán manifestarse en los primeros años de vida y persistir por la adolescencia y, incluso por la edad adulta (Graeff & Vaz, 2008; Wakschlag, Leventhal, & Thomas, 2007).

En este sentido, surgió la necesidad de saber cuáles son las estrategias de intervención que los maestros del 1.^{er} Ciclo de la Enseñanza Primaria consideran más adecuadas utilizar con alumnos con TDAH en el contexto educativo.

La presente disertación de tesis de doctorado está dividida en dos partes. La primera parte del marco teórico, está dividida en 5 capítulos y es dedicada a aspectos teóricos relacionados con las Necesidades Educativas Especiales y la Hiperactividad. El primer capítulo aborda el tema de las Necesidades Educativas Especiales y la Inclusión. El segundo capítulo, aborda la definición y la prevalencia de la hiperactividad, así como, la hiperactividad en el contexto escolar. El tercer capítulo presenta los criterios de diagnóstico según lo DSM-IV-TR y según lo DSM-5 y sus diferencias. El cuarto capítulo describe los mecanismos de observación y registro de la hiperactividad. El quinto capítulo expone el tema de la intervención.

La segunda parte incide sobre el estudio empírico que llevamos a cabo, siendo presentado un estudio en que se filtraron las estrategias que los docentes de la

enseñanza primaria consideran más adecuadas utilizar con alumnos con TDAH. La muestra del estudio fueron 50 maestros de enseñanza primaria, de 3 conjuntos de Escuelas.

Con la recogida de datos, el tratamiento y evaluación de las preguntas por cuestionario se pretendió recoger los datos para intentar dar respuesta al objetivo planteado en este trabajo.

En el apartado de conclusión se incluye las reflexiones realizadas cuanto a las relaciones que se consiguieron establecer entre la problemática inicial y los resultados obtenidos a lo largo del trabajo de investigación llevado a cabo.

Finalmente, son presentadas las referencias bibliográficas, la legislación consultada y los documentos que consideramos pertinentes.

Parte I – Marco Teórico

1. Necesidades Educativas Especiales

La designación necesidades educativas especiales (NEE) fue presentado en 1978, por el Warnock Report, como siendo un campo difícil y exigente para quienes se dedican a ella, pero situando la primera escuela para ciegos ya en 1791 en Liverpool (Warnock, 1978).

Según Serra (2005), lo aún alega que este informe resultó de un estudio de evaluación de la atención a los deficientes y revolucionó la intervención al nivel pedagógico con niños con deficiencia, modificando el concepto de NEE en una referencia a nivel mundial, al sustituir el término deficiente. Este informe contiene principios que sugieren la abolición de la clasificación de la deficiencia en consonancia con su causa, apoyándose más en criterios pedagógicos (Ainscow, 1997; Correia, 1997).

Para Silva (2009, p. 140), “la mayor contribución del Informe Warnock consistió en la introducción del concepto de necesidades educativas especiales, lo que representó un contrapunto a las categorizaciones existentes hasta entonces que eran, sobre todo, del foro médico y psicológico”.

Como refiere Morgado (2010), la transición de este concepto, donde se verificó una progresión de una plantilla clínico para una plantilla educacional, hizo con que la enseñanza regular asumiera la responsabilidad por todos los alumnos. Pero, en la perspectiva de Sanches y Teodoro, (2006, p. 67), “la definición oficial del concepto sólo va a acontecer en 1981, en Inglaterra, con el Education Act, considerándose que un niño necesita de educación especial se tenga alguna dificultad de aprendizaje que exija una medida educativa especial.”

Para Correia (2013), este concepto se refiere a los niños y adolescentes con problemáticas a nivel social, físico, mental y emocional, así como a los niños y adolescentes que presentan dificultades de aprendizaje. Aún según el mismo autor, este concepto se direcciona para niños cuyas características, capacidades e intereses, no permiten acompañar el currículo normal, y así siendo tienen que ser organizadas respuestas educativas adecuadas de modo a promover el proceso de aprendizaje

Otra visión interesante, y diferente de Portugal, es la ley general de educación de México que define que, “la educación especial está destinada a personas con discapacidad, transitoria o definitiva, así como a aquellas con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género” (art. 41 de la Ley General de Educación de México).

Ya en Portugal, la ley de bases del sistema educativo de Portugal (Ley n.º 85/2009 de 27/08), en su artículo 20º, puntos 1 y 2, refiere que la educación especial tiene como objetivo la recuperación y integración socio-educativas de las personas con necesidades educativas específicas debido a deficiencias físicas y mentales, integrando actividades dirigidas a los educandos, familias, educadores y comunidades (República Portuguesa, 2009).

Quizás entre los diferentes tipos de niños con necesidades especiales, el campo de las discapacidades de aprendizaje es el más polémico, y mucha investigación multidisciplinaria se ha hecho sobre este tema. Según la definición de la DSM-IV-TR los desórdenes de aprendizaje se diagnostican cuando el logro del individuo en las pruebas estandarizadas para leer, las matemáticas y la expresión escrita es más bajo que el previsto desde punto de vista sensorial, de la inteligencia, y nivel académico. Los problemas de aprendizaje interfieren perceptiblemente el logro académico o en las actividades diarias que implican el leer, escribir, y las habilidades de las matemáticas (American Psychiatric Association, 2002).

Es decir los desórdenes de aprendizaje implican incapacidad en la lectura, escritura y la matemática, a pesar de cociente inteligente normal y ella se debe separar de las diferencias normales del desarrollo cultural y de los problemas educativos debido a la falta de oportunidad, de enseñanza pobre, de factores culturales, y de problemas de la representación visual y de la audiencia. Desordenes de aprendizaje se pueden dividir en categorías de desarrollo y educativas (Antunes, 2009).

Como necesidades educativas especiales se deben entender como aquellas que tienen ciertos alumnos con dificultades mayores que el habitual {más amplias y más profundas} y que necesitan, por eso, de ayudas complementarias específicas. "Determinar que un alumno presenta Necesidades Educativas Especiales (NEE) supone que, para alcanzar los objetivos educativos, necesita de medios didácticos o servicios particulares y definidos, en función de sus características personales" (Brennam, 1990, p. 47).

El concepto de necesidades educativas especiales (NEE), basado en criterios pedagógicos y no clínicos, fue introducido en el sistema educativo portugués por el Decreto-Ley 319/91 de 23 de Agosto. Este decreto vino a permitir que las escuelas pasarán a disponer de un soporte legal para organizar su funcionamiento en lo que concierne a los alumnos con NEE (República Portuguesa, 2009).

Actualmente, el Decreto-Ley 319/91 de 23 de Agosto fue revocado pasando a vigorar el Decreto-Ley n.º 3/2008 de 7 de Enero. Este nuevo Decreto-Ley pretende que exista la promoción de una escuela democrática e inclusiva, orientada para el éxito educativo de todos los niños y jóvenes (República Portuguesa, 2009).

Este nuevo diploma se presenta como una pieza legislativa central y que circunscribe la población destinataria de la educación especial a los alumnos con limitaciones significativas al nivel de la actividad y de la participación en uno o varios dominios de la vida, decurrentes de alteraciones funcionales y estructurales, de carácter permanente, resultando en dificultades continuadas al nivel de la comunicación, aprendizaje, movilidad, autonomía, relacionamiento interpersonal y participación social.

El Decreto-Ley establece las siguientes medidas educativas de educación especial (Portugal - Legal System):

- *Apoyo pedagógico personalizado;*
- *Idoneidades curriculares individuales;*
- *Idoneidades en el proceso de matrícula;*
- *Idoneidades en el proceso de evaluación;*
- *Currículo específico individual;*
- *Tecnologías de apoyo.*

El Decreto-Ley 6/2001, de 18 de Enero, en lo que respecta a la nueva plantilla de gestión curricular para la enseñanza primaria, vino a definir por primera vez en la legislación el concepto de necesidades educativas especiales de carácter permanente/prolongado.

La designación de alumnos con necesidades educativas especiales de carácter prolongado, se refiere a los niños y jóvenes que evidencian graves dificultades en el proceso de aprendizaje y participación en el contexto educativo/escolar, decurrentes de la interacción entre factores ambientales (físicos y sociales) y limitaciones de grado acentuado al nivel del funcionamiento del alumno en un o más de los siguientes dominios: sensorial (audición, visión y otros); motor, comunicación, lenguaje y habla, emocional/personalidad y salud física (República Portuguesa, 2009).

Existe una asunción clara de una perspectiva de inclusión que no dispensa el análisis de la singularidad de cada caso y una lógica de idoneidad de las respuestas educativas, para las cuales se crearon condiciones de especialización, aumentando el número de técnicos de educación especial y el número de clases inclusivas en Portugal, pero todavía existe un gran trabajo a hacer (Rodrigues & Nogueira, 2011).

Para ilustrar bien, todo lo que es subsecuente, es importante diferenciar los diferentes tipos de apoyo y de Necesidades Educativas Especiales (NEE).

1.1. Tipos de N.E.E.

Correia (2013), define que existe una necesidad educativa especial cuando un problema (físico, sensorial, intelectual, emocional, social, o cualquier combinación de estas problemáticas) afecta el aprendizaje al punto de ser necesarios accesos especiales al currículo, al currículo especial o modificado, o la condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para que el alumno pueda recibir una educación pertinente. Tal necesidad educativa puede clasificarse de ligera la severa y puede ser permanente o manifestarse durante una fase de desarrollo del alumno.

La relevancia a los tipos de NEE arriba, que va al encuentro de la definición de Correia y Martins (2000), atestan que estos alumnos son aquellos que carecen de apoyo de la Educación Especial al largo de su recorrido escolar, promoviendo así el desarrollo de sus capacidades socio-emocionales, académicas y personales las circunstancias específicas que los alumnos con Necesidades Educativas Especiales ostentan están asociadas a la problemáticas que estos externalizan y que comprenden problemas relacionados con lo autismo, sordo-ceguera, deficiencia auditiva, visual, problemas motores, emocionales graves y de comportamiento, dificultades de aprendizaje específicas, problemas comunicacionales, multideficiencia y otros problemas de salud, como la sida, la diabetes, la epilepsia, entre otros.

Aún en consonancia con Correia y Martins (2000), los mismos diferencian NEE de carácter permanente/significativo y de carácter temporal/ligero. Las primeras exigen una adaptación generalizada del currículo en consonancia con las particularidades del alumno, manteniéndose durante todo el recorrido escolar. Las otras, las NEE de carácter temporal son consideradas ligeras y requieren alguna adaptación del currículo en un determinado momento del proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno (Correia, 2010; Felizardo, 2010). Así, se pueden hablar de dos tipos de NEE (Correia & Martins, 2000):

- **Necesidades Educativas Especiales Permanentes**

Las necesidades educativas especiales permanentes exigen una adaptación del currículo generalizado, siendo objeto de evaluación sistemática, dinámica y secuencial, en consonancia con los progresos del alumno en su recorrido escolar. Las adaptaciones se mantienen durante gran parte o todo el recorrido escolar del alumno. Nos confrontamos en este tipo de necesidad educativa especial con niños o jóvenes con problemas intelectuales y sensoriales, perturbaciones de carácter emocional y problemas de carácter socio cultural, económico y motriz.

Alumnos con dificultades de aprendizaje (DA) están también incluidos en este grupo, dado que presentan problemas procesuales, es decir, revelan problemas en la recepción, organización y expresión de la información.

Niños con otros problemas de salud como el sida, diabetes, asma, hemofilia, problemas cardiovasculares, cáncer, epilepsia, entre otros, fueron también foco de atención especial (a partir de 1990), por parte de las instituciones educativas, pues se tratan de problemas de salud que pueden originar fracaso escolar en los niños portadores de estas enfermedades.

Es relevante destacar que en 1990 hubo un reconocimiento de dos grupos más, consumado por el Departamento de Educación de los EUA, englobando los niños que sufrieron traumatismos craneanos y los niños autistas.

• **Necesidades Educativas Especiales Temporales**

Las necesidades educativas especiales temporales exigen una adaptación parcial del currículo para que se ajuste a las características de los niños con problemas perceptivo-motores, de lectura, de escritura y de cálculo durante un determinado periodo de tiempo.

Usualmente se revelan a través de ligeros problemas de lectura, escritura, cálculo o retrasos y perturbaciones menos graves al nivel del desarrollo motor, perceptivo, lingüístico o socioemocional. En estos casos es fundamental la existencia de un equipo multidisciplinar que define un programa educativo individualizado, utilizando pedagogías diferenciadas, metodologías alternativas y estrategias diversificadas, envuelve no sólo la escuela pero también los técnicos, la familia, el médico de familia y, dependiendo de la gravedad de la deficiencia, podrá aún recurrir a un currículo funcional.

1.2. Categorías Específicas de las N.E.E.

De acuerdo con Correia y Martins (2000), se pueden definir las carecterísticas de NEE:

N.E.E. de Carácter Intelectual – Engloban los niños con deficiencia mental, cuyos problemas acentuados en su funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo les causa problemas globales. Se comprenden también en esta categoría los niños dotados y superdotados cuyo funcionamiento intelectual de aprendizaje es superior a la media.

N.E.E. de Carácter Procesológico – Son generalmente designados los alumnos con dificultades de aprendizaje (DA).

N.E.E. de Carácter Emocional – Engloba el grupo de alumnos cuyas necesidades son de tal manera graves que dificultan su éxito escolar, puede poner en riesgo su seguridad y a de aquellos que los rodean.

N.E.E. de Carácter Motriz – Abarca todos los alumnos con disfunción física o motora, de carácter congénito o adquirido que afecta el individuo en términos de movilidad, de coordinación motora o del habla, decurrentes de lesiones neurológicas, neuromusculares, ortopédicas o de malformaciones. Niños afectados por este tipo tan heterogéneo de deficiencias pueden tener múltiples manifestaciones como, por ejemplo, a nivel de coordinación motora (parálisis totales o parciales) que puede estar asociada a un cuadro de parálisis cerebral o aún a problemas ortopédicos (malformaciones o ausencia de partes del cuerpo), originando diversos grados de incapacidad.

N.E.E. de Carácter Sensorial – Se incluyen, principalmente, los alumnos cuyas capacidades visuales o auditivas están afectadas. En lo que concierne a la visión, los podemos dividir en dos subcategorías: los invidentes y los ambliopes. Los invidentes son aquellos cuya incapacidad los impide de leer; los ambliopes, aún teniendo en cuenta el grado de severidad del problema, son capaces de leer desde que se efectúen modificaciones en el tamaño de las letras.

Relativamente a los problemas de audición, estos se dividen en dos subcategorías: los sordos y los hipoacúsicos. Los sordos requieren el lenguaje gestual y los hipoacúsicos necesitan de cualquier tipo de aparato de amplificación para facilitar la audición.

1.3. De la Segregación a la Integración

Antes de la década de los 70, más concretamente antes de 1976, momento en que fueron creadas los equipos de enseñanza especial integrado en Portugal, los niños con NEE eran prácticamente excluidos de las clases regulares, reubicados en clases especiales, escuelas especiales o Instituciones Particulares de Solidaridad Social (IPSS). Según Leitão (1998), estos niños eran, así, excluidas de la escuela regular y segregadas por la sociedad, prevaleciendo la plantilla médica-diagnóstico en detrimento de la integración socio-afectiva (Leitão, 1998).

En los años 70, en la secuencia de la contestación cada vez más fuerte a esta plantilla de Educación Especial, puesto en causa por su carácter exclusivo, diríamos hasta antidemocrático, y de la casi negación a una vida social común por parte de los ciudadanos enmarcados en este sistema, son elaborados dos documentos que traen contribuciones fundamentales en el sentido de la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE): la legislación PL 94-142, publicada nos

E.U.A. en 1975 y en Inglaterra, en 1978, el llamado «Warnock Report», el cual introdujo el concepto de NEE (Warnock, 1978).

Fue así que el concepto de Educación Especial referido a los niños y jóvenes con dificultades, derivados de la deficiencia, dio lugar al concepto más vasto de necesidades educativas especiales, que no se circunscribe a esas situaciones, se abre a todos los tipos de dificultades de aprendizaje, pasando de una perspectiva clínica o médico-pedagógica, para una plantilla educativa, centrado en el aprendizaje de un currículo o de un programa (Rodrigues & Nogueira, 2011).

Esta nueva visión pasa a englobar todos los alumnos que, durante todo o sólo en parte de su recorrido escolar, revelan dificultades en acompañar los programas propuestos y necesitan de medios pertinentes para poder desarrollar estos aprendizajes. En Portugal, sólo en los años 90 se verificaron avances importantes en el plan legislativo. Se estableció la obligatoriedad del saludo de la escolaridad para todos los niños, incluyendo las portadoras de deficiencia, al nivel de la escolaridad básica, así como la gratuidad de la enseñanza, responsabilizando la escuela regular por todos los alumnos (Rodrigues & Nogueira, 2011).

Con la publicación de la Ley de Bases del Sistema Educativo (LBSE) en 1986, comienzan a asistirse a transformaciones en la concepción de la educación integrada, siendo uno de sus objetivos “asegurar a los niños con necesidades educativas específicas, debidas nombradamente las deficiencias físicas y mentales, condiciones adecuadas a su desarrollo y pleno aprovechamiento de sus capacidades” (art. 7º). A partir de la LBSE, son creados los Equipos de Educación Especial (EEE), que comprenden todo el sistema de educación y enseñanza no superior. Comienza entonces un largo camino hasta la creación del Decreto-Ley nº 319/91 de 23 de Agosto, posibilitando la inclusión en la enseñanza, por la práctica pedagógica diferenciada. Se privilegiaba también la máxima integración del alumno con NEE en la escuela/clase regular, responsabilizando, por un lado, a la escuela en la búsqueda de respuestas educativas eficaces y, por otro, los padres en la educación de sus educandos. Aún en este Decreto, se proclamaba el derecho a una educación gratuita, igual y de calidad para los alumnos con NEE, a la vez que se establece la individualización de intervenciones educativas a través de Planes Educativos Individualizados (PEI) y de Programas Educativos (PE) para responder a las necesidades de esos alumnos (República Portuguesa, 2009).

Surge el concepto de medio menos restrictivo posible, debiendo los alumnos con NEE ser educados con los alumnos sin NEE, saliendo del contexto ordinario a un espacio más restrictivo (escuelas especiales o instituciones) en casos de deficiencia profunda. Por último, este decreto introdujo el concepto de integración Correia (2001) que refiere 3 tipos de integración: la integración física, la integración social y la integración académica.

En una primera fase de implementación del Decreto-Ley n.º 319/91, surge la integración física con la creación de clases especiales, donde los alumnos con NEE deberían recibir apoyos específicos en función de sus necesidades. La educación de estos alumnos recae sobre el maestro de Educación Especial, teniendo el maestro de la enseñanza regular un papel muy reducido. El diálogo entre estos era prácticamente inexistente y el aislamiento de los alumnos con NEE era total en términos escolares y muy precario en términos sociales (República Portuguesa, 2009; Portugal - Legal System).

En una segunda fase, se pasó a una integración social, verificándose una aproximación en términos de interacciones entre los alumnos con NEE y los alumnos denominados “normales”. Los alumnos con NEE pasan a tener acceso a los ambientes sociales de las clases regulares. La enseñanza de estos alumnos funcionaba a la parte en el que respeta a las áreas académicas, juntándose con sus compañeros en Educación Física, en las expresiones artísticas, en los recreos, en el comedor y en los paseos escolares. Surge, posteriormente, la integración académica, pasando el niño con NEE a tener acceso a la clase regular. La clase especial da lugar a la sala de apoyo, donde recibía apoyos educativos de carácter permanente o temporal. Parte de la instrucción de los alumnos con problemáticas ligeras y hasta moderadas se procesaba en la sala de apoyo y la otra parte en la clase regular (Rodrigues & Nogueira, 2011).

Las sucesivas reformas educativas que han ocurrido en diversos países del mundo occidental enfatizan la filosofía de la inclusión, asumiendo que los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) deben formar parte de la comunidad donde viven, beneficiando de la enseñanza ofrecida en las escuelas regulares y, siempre que sea posible, en las clases regulares de esas mismas escuelas. Pienso que debe haber sido este principio que también motivó el Gobierno de Portugal, llevándolo a considerar la reestructuración de los servicios de educación especial a través de la publicación del Decreto-Ley n.º 3/2008, de 7 de Enero. Al punto 2, del capítulo I, del artículo 1º se percibe la intención de la creación de una escuela inclusiva:

“La educación especial tiene por objetivos la inclusión educativa y social, el acceso y el éxito educativo, la autonomía, la estabilidad emocional, así como la promoción de la igualdad de oportunidades, la preparación para el proseguimiento de estudios o para una adecuada preparación para la vida profesional y para una transición de la escuela para el empleo de los niños y de los jóvenes con necesidades educativas especiales” (República Portuguesa, 2009).

El nuevo Decreto-Ley propone el uso de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, de la Discapacidad y de la Salud (CIF. 001), de la Organización Mundial de Salud, para determinar la elegibilidad del alumno con NEE para los servicios de educación especial

y consecuente elaboración del Programa Educativo Individual (artículo 6º, punto 3), define como ventajas que están presentes en este nuevo Decreto-Ley (Portugal - Legal System):

1. La obligatoriedad de la elaboración de un programa educativo individual (PEI) para los alumnos con NEE permanentes, de hecho ya consignado en el Decreto-Ley n.º 319/1991, de 23 de Agosto;
2. La promoción de la transición de los alumnos con NEE permanentes para la vida post escolar;
3. La confidencialidad de todo el proceso de atención a alumnos con NEE permanentes;
4. La creación de departamentos de educación especial en agrupamientos.

1.4. La Inclusión y las Escuelas Inclusivas

En los finales de los años 70, comienza a reconocerse que los alumnos con NEE, con problemáticas ligeras y moderadas, consiguen alcanzar éxito escolar en las clases regulares. En 1986, los defensores de los derechos de los alumnos con NEE, los padres de los alumnos con NEE severas y el reconocimiento público de que la Escuela no estaba proporcionando las respuestas educativas necesarias a estos alumnos llevaron a una reestructuración del sistema educativo, apelando para que fueron creadas condiciones que permitieran responder a las necesidades educativas de los alumnos con NEE en las escuelas regulares de su residencia (Rodrigues & Nogueira, 2011).

Surge, así, el Movimiento Iniciativa de la Educación Regular que pretendía encontrar formas de atender a las necesidades del mayor número de alumnos con NEE en la clase regular, proponiendo la adaptación de esa misma clase con vista a facilitar los aprendizajes de los alumnos con NEE en ese ambiente.

Este movimiento dio lugar al movimiento de la inclusión, visando la idoneidad del currículo a las necesidades educativas de los alumnos. Los alumnos con NEE pasan a tener el derecho de frecuentar la clase regular, posibilitando-les el acceso al currículo común a través de un conjunto de apoyos pertinentes a sus características y necesidades educativas, sociales y emocionales. Surgen, así, las escuelas inclusivas (Correia, 1997; 1999).

Según Sánchez (2012, p. 26) “la escuela del siglo XXI se encuentra con el objetivo ineludible de promover una educación democrática e inclusiva que garantice el derecho de todos los niños y jóvenes a recibir una educación de calidad basada en los principios de igualdad, equidad y justicia social”.

En Portugal solo en 1941, se creó un curso de capacitación a maestros de Educación Especial (en Lisboa) fecha en que se empezaban a crear las “clases especiales”. Solo en las décadas de 50 y 60 se empiezan a crear asociaciones que siguen un trabajo precursor de integración, solo después de la revolución de 1974, en que se empieza a hablar de integración (Rodrigues & Nogueira, 2011).

El concepto de inclusión, que ultrapasa la integración, es más tarde consignado en la Declaración de Salamanca en 1994, refiriendo que “las escuelas tienen que encontrar la manera de educar con éxito a todos los niños, incluidos aquellos con discapacidades graves. Cada vez existe una mayor preocupación en que los niños y jóvenes con necesidades educativas especiales sean incluidos en los planes educativos elaborados para la mayoría de los niños y niñas. Esta idea ha llevado al de escuela integradora. El mérito de estas escuelas no es sólo que sean capaces de dar una educación de calidad a todos los niños; con su creación se da un paso muy importante para intentar cambiar las actitudes de discriminación crear comunidades que acojan a todos y sociedades integradoras” (UNESCO, 1994, p. 6).

Se defiende la inclusión aún de aquellos con NEE severas, independientemente de sus niveles académicos y sociales. Se pretende, así, la inserción del alumno con NEE, en términos físicos, sociales y académicos en las escuelas regulares.

En consonancia con la Declaración de Salamanca, los niños y jóvenes con necesidades educativas especiales deben tener acceso a las escuelas regulares que a ellas se deben adecuar, a través de una pedagogía centrada en el niño, capaz de ir al encuentro de estas necesidades. Las escuelas regulares, siguiendo esta orientación inclusiva, constituyen los medios más capaces, para combatir las actitudes discriminatorias, creando comunidades abiertas y solidarias, constituyendo una sociedad inclusiva y alcanzando la educación para todos (Felizardo, 2010).

En la Declaración de Madrid en 2002 se refiere que “las escuelas deben tomar un papel relevante en la difusión del mensaje de comprensión y aceptación de los derechos de personas con discapacidad, ayudar a disipar miedos, mitos y conceptos erróneos, apoyando los esfuerzos de toda la comunidad” (Congreso europeo sobre las personas con discapacidad, 2002, p. 7).

Además de eso proporcionan una educación adecuada a la mayoría de los niños y promueven la eficiencia, en una óptima relación coste – calidad, de todo el sistema educativo. Correia (2005; 2013) defiende que la inclusión debe ser la inserción total del alumno con NEE, en términos físicos sociales y académicos en las escuelas regulares, donde, por derecho, debe recibir todos los servicios adecuados a sus características y necesidades.

Para lograr una inclusión eficaz, la escuela tendrá que alejarse de los modelos de enseñanza-aprendizaje centrados en el currículo, pasando a dar más importancia a modelos centrados en el alumno, teniendo por base las, sus necesidades educativas individuales. La enseñanza está orientada para el alumno, que es visto como uno todo,

considerando tres niveles de desarrollo: académico, socio-emocional y personal (Rodrigues & Nogueira, 2011; Calvo-Álvarez & Verdugo-Alonso, 2012).

Conviene también informar de que una escuela inclusiva se prorroga no sólo al contexto escolar, sino también a los contextos naturales de la comunidad donde el niño y la familia viven y tienen sus rutinas. Leitão (2006) refiere que la inclusión es la posibilidad de proporcionar a todos y a cada uno, el acceso a mejores condiciones y aprendizajes posibles. No solamente algunos, pero todos los alumnos, tienen necesidad y deben beneficiarse de la aceptación, ayuda y solidaridad de sus pares, en un clima donde ser diferente es un valor.

Otro punto de vista de Calvo-Álvarez y Verdugo-Alonso, (2012, p. 19) es que “inclusión significa poner en marcha un sistema educativo basado en la diversidad, con el objetivo de cumplir el derecho a la educación, la igualdad de oportunidades y la participación en un entorno ordinario. La escuela inclusiva se organiza para atender a todos los alumnos, no solo a los que presentan necesidades educativas especiales”.

La escuela inclusiva es para todos, como refiere (Wiener, 2007, p. 8), que “educación inclusiva es el concepto por el cual se reconoce el derecho que tenemos los niños, las niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, a una educación de calidad, que considere y respete nuestras diferentes capacidades y necesidades educativas, costumbres, etnia, idioma, discapacidad, edad, etc.”, y como tal, debe estar estructurada de modo que pueda satisfacer todos los niños, celebrando la diferencia y la individualización de la enseñanza. No podemos, sin embargo, olvidar que la inclusión necesita de la colaboración plena y efectiva de todos los educadores. Hoy existen aproximadamente 31.776 alumnos con NEE y PEI que representa aproximadamente 2,6% de los alumnos, al paso que en las escuelas especiales, solo están matriculados aproximadamente 2.382 alumnos (0,2%), indicando que Portugal tiene una de las mayores tajadas de inclusión escolar europea, siendo por eso fundamental la cooperación entre los educadores y los diferentes profesionales (Rodrigues & Nogueira, 2011).

De acuerdo con varios estudios en escuelas inclusivas (Rodrigues & Nogueira, 2011; Dorziat, 2009; Correia, 1999 (Calvo-Álvarez & Verdugo-Alonso, 2012)), hay varias ventajas derivadas de la inclusión, en particular, una mayor colaboración entre los maestros de educación regular y educación especial, lo que permite un intercambio de estrategias/experiencias de enseñanza.

Por otra parte, permite una mayor vigilancia de los progresos, de los alumnos, combatiendo los problemas de comportamiento y, por otro, él intenta terminar con el estigma de la “*discapacidad*”. Más importante es, entonces, el desarrollo global del alumno y la aceptación de la diferencia por parte de los alumnos sin NEE.

La escuela inclusiva permite desarrollar actitudes positivas ante la diversidad, al mismo tiempo que prepara los alumnos para la vida en la comunidad. Desafortunadamente, los maestros no tienen disponible los recursos humanos y materiales, tiempo y formación necesarios para aplicar la inclusión con éxito.

Solamente estaremos ante una integración/inclusión con éxito cuando exista, lo que Calvo-Álvarez y Verdugo-Alonso (2012) sugieren que se deben:

- Crear las condiciones para que el derecho a una educación de calidad para todos sea real;
- Analizar los factores que dificultan la inclusión;
- Contar con la participación activa de todos los implicados en el proceso educativo, teniendo en cuenta sus intereses, opiniones, sentimientos, etc.;
- Principios como equidad, solidaridad e igualdad de oportunidades son clave para impulsar la inclusión en todos los ámbitos;
- Proporcionar los recursos personales, materiales y económicos;
- Formar a los distintos profesionales implicados en la acción educativa: formación inicial y continua;
- Diseñar un proceso inclusivo en todas las etapas educativas;
- Implicar a la comunidad educativa y social;
- Cooperar entre los centros ordinarios y los centros especiales;
- Lograr cambios en las actitudes de profesores, familias y sociedad;
- Apoyar la investigación.

El modelo de escuela para todos es lo que opta por la educación especial integrada, haciendo frente a la educación especial segregada que tiene lugar al margen de la educación general regular. La escuela para todos los rompe con el modelo instructor y el transmisor con la escuela tradicional donde diferentes niños no cumplen con las condiciones mínimas para su progreso. Es un nuevo modelo de escuela abierta a la diferencia donde se intenta que las minorías pueden encontrar una respuesta a sus necesidades especiales, sin perjudicar a los demás, sino todo lo contrario, en beneficio de todos los estudiantes en general, por todo lo que trae el cambio y la renovación y las nuevas características y servicios que los utilizadores pueden contar. Este modelo de "Escuela para todos", incitado por la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994) y promocionado por las orientaciones de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial para Portugal (Portugal - Legal System) y España (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual - FEAPS, 2009).

El modelo de escuela para todos presupone un cambio de estructuras y actitudes y la apertura a la comunidad; debe cambiar el estilo de trabajo de algunos maestros. Los maestros deben reconocer que cada niño es diferente a los demás, tiene sus propias

necesidades específicas y progresa de acuerdo a sus posibilidades. Un nuevo modelo que involucra la comunidad escolar y desafía a toda la institución (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual - FEAPS, 2009).

El concepto de Necesidades Educativas Especiales ha sufrido algunas modificaciones a lo largo del tiempo. Las sucesivas reformas educativas que han tenido lugar han contribuido en gran medida para la inclusión educativa y social de los alumnos con necesidades educativas especiales, así como para el éxito educativo, la autonomía, la estabilidad emocional, la promoción de la igualdad de oportunidades y la transición para el mercado laboral (Rodrigues & Nogueira, 2011).

2. El Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad – TDAH/PDAH

El trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad es una alteración del neurodesarrollo infantil (que puede ser de base genética), en que están implicados diversos factores neuropsicológicos, caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad y impulsividad (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Pineda, 2008).

Se trata de un problema generalizado de falta de autocontrol con repercusiones en su desarrollo, en su capacidad de aprendizaje y en su ajustamiento social. El TDAH es un trastorno de desarrollo caracterizado por grados de desarrollo inapropiados de desatención, sobreactividad e impulsividad, las cuales tienen frecuentemente su inicio en la primera infancia, tienen una naturaleza relativamente crónica, no simplemente explicables por deficiencias neurológicas, sensoriales, de lenguaje, motoras, deficiencia mental o disturbios emocionales severos, en que los síntomas deben aparecer antes de los 12 años (American Psychiatric Association - APA, 2013).

Estas dificultades aparecen típicamente asociadas a déficits en el comportamiento orientado por reglas y en el mantenimiento de un patrón consistente de realización a largo del tiempo (Barkley, 1990).

2.1- Definición de TDAH/PDAH

El Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Pineda, 2008) permanente, que surge en la infancia y que se mantiene en la edad adulta. Usualmente se asocia al Déficit de Atención, porque también éste posee un conjunto de marcadores idénticos presentados por el Hiperactividad, como, por ejemplo: falta de atención, impulsividad, inquietud, impaciencia, facilidad de distracción, carece de motivación, entre otras cosas. Por esta razón, es frecuente aparecer distintas designaciones, en distintos autores, para designar estos dos déficits y sus características comunes:

DDA – Disturbio de Déficit de Atención;

DDAH – Disturbio de Déficit de Atención e Hiperactividad;

TDAH – Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad;

PDAH – Perturbación de Hiperactividad con Déficit de Atención.

Recurrentemente aparece la designación de DDA en mayoría de la literatura especializada en el área, pues el déficit de atención es una de las características comportamentales comunes a hiperactividad y más frecuentemente asociada a ésta. DSM-IV-TR considera la siguiente designación: Trastorno por Déficit Atención y Hiperactividad, porque existen características comunes o aparecen regla general asociados.

La aparición de este trastorno se debe, en parte, a factores familiares y/o genéticos, pensando sé que tenga una causa hereditaria. Como nos dice Antunes (2011, p. 162; 2009) “siendo el TDAH una disfunción de carácter genética es frecuente uno de los antepasados tener también un grado de impulsividad y baja resistencia a la frustración”.

Es también un trastorno psicosocial, pues afecta la calidad de vida de los jóvenes en las dimensiones psicológicas y sociales, produciendo comportamientos reveladores de baja autoestima, de baja integración y aceptación social, baja resistencia y frustración (Antunes, 2009; 2011).

La Asociación Portuguesa de Personas con Perturbación de Hiperactividad (APCH) entiende la TDAH como una perturbación de desarrollo de carácter crónico, con base genética y neurológica. Este trastorno se produce con la capacidad de la persona en regular e inhibir el nivel de actividad (hiperactividad), inhibir comportamientos (impulsividad) y prestar atención en las tareas. Estas modificaciones del comportamiento son impropias para el nivel de desarrollo general de la persona. Las manifestaciones aparecen en varios contextos (casa, escuela, trabajo, actividades del tiempo libre) y interfieren con su funcionamiento adecuado. Los niños experimentan las consecuencias negativas de estos comportamientos a la casa, en las relaciones con los colegas, en la renta escolar y tienen mayor propensión para accidentes y comportamientos de riesgo. Si no hay tratamiento conveniente, mucho de estos problemas se mantienen hasta el ala vida adulta pudiendo existir una mayor frecuencia de conflictos maritales, familiares y profesionales (Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva)

Según la opinión de Antunes (2011, p. 144) TDAH es “una dificultad en la selección de los estímulos importantes, por mantener la atención orientada durante un período”.

El TDAH, como tal, es estudiado e investigado a lo largo de estos últimos años. Es detectada en edades muy jóvenes (Prescolar ó Jardín infantil), pero solamente es diagnosticado cuando los menores alcanzan los 6 años de edad, cuando el niño entra en la escuela y se exige que tengan competencias que anteriormente no tenían, como el aprendizaje y la integración con sus pares (American Psychiatric Association , 2002).

Para que esté sea considerado un alumno con TDAH, los síntomas deben prolongarse por un período de 6 meses o más para que los síntomas destacados se consideren válidos para clasificación del trastorno. Es una de las perturbaciones más frecuentes cuando el niño alcanza la edad escolar. Se cree que alcance entre 3 al 7% de los niños en esta fase (American Psychiatric Association , 2002).

El TDAH tiene un mayor predominio entre los elementos del sexo masculino, aunque en las niñas se diagnostique más tarde, por no presentar luego los síntomas característicos (Moura, 2008).

Los niños/jóvenes con TDAH son frecuentemente calificados de problemáticos, inquietos, distraídos, desmotivados, indisciplinados, irresponsables, agitados, malcriados o hasta poco inteligentes, pues tienen dificultad para estar tranquilos, concentrados y atentos. El niño o el adulto con TDAH ve su vida afectada y todos los que cercan, pues sus comportamientos, aunque controlados, tienen consecuencias en las relaciones sociales (Barkley, 1990).

Como refieren Sosin y Sosin (2006) los niños con Perturbación de Déficit de Atención con Hiperactividad (PDAH) tienen dificultad en permanecer sentadas y parecen estar siempre a moverse, a jugar con los objetos que están más a la mano y normalmente transmiten la sensación de que están siendo impulsados por motores que no son posibles de desconectar. “Se describen estos niños frecuentemente como siendo muy activos y agitados desde tierna edad, envolviéndose en todo el tipo de problemas” (Sosin e Sosin, 2006, p. 43-44).

Esta perturbación es originada por un desequilibrio químico de los neurotransmisores, dando lugar a modificaciones en el comportamiento. Es, por lo tanto, un trastorno que afecta algunas estructuras cerebrales y que solamente pueden normalizarse cuando se recorre a la utilización de medicación. Habitualmente es administrada la Ritalina®, nombre más conocido para el estimulante metilfenidato (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Pineda, 2008).

Selikowitz (2010) corrobora que el TDAH resulta de insuficientes cantidades de algunos mensajeros químicos en el cerebro del niño. Los medicamentos dirigidos en el tratamiento actúan al restaurar los niveles normales de estos mensajeros químicos, nombradamente la dopamina, que es muy importante en los ciclos de recompensa muy modificados en los niños con TDAH.

Sin embargo, la utilización de medicación no reúne consenso, porque lo hecho *de “controlar”* los comportamientos, también implica que el niño/adulto con TDAH pase su vida bajo el efecto de una medicación, que, además los efectos secundarios asociados a su administración, como explanado más adelante en capítulo dedicado a la intervención farmacológica, también tienen influencia en la vida del niño (Selikowitz, 2010).

Por regla general el diagnóstico de este trastorno se hace con base en los marcadores de DSM-IV-TR (ó más actualmente en la DSM-5), aunque no sea siempre fácil. Antunes (2011, p. 144) explica porque no es fácil, diciendo que *“el TDAH no tiene un marcador biológico”* y por eso la dificultad del diagnóstico diferencial.

En suma, urge la preparación de los profesionales de educación (maestro de enseñanza regular), mediante la obtención y formación de sinergias con maestros de

educación especial para dar respuesta a las necesidades educativas del niño/joven que integran el enseñanza regular, pues hay cada vez más niños siendo diagnosticados con TDAH y que requieren un acompañamiento más eficaz por parte de los padres y maestros, para que tengan un mayor éxito en control de la TDAH, en la promoción de lo suceso académico y de la integración social niño/joven portadores de la TDAH (Thapar & Cooper, 2015).

A pesar de la falta de información por parte de los maestros del enseñanza regular, se ha verificado el creciente interés en aprender más sobre esta problemática, principalmente ahora que se habla constantemente de educación y escuela inclusiva y para la cual todos los miembros de la comunidad educativa deben prepararse (Calvo-Álvarez & Verdugo-Alonso, 2012).

2.2 - Evolución histórica del concepto de TDAH/PDAH

Comprender el recorrido histórico del concepto de Trastorno Déficit de Atención y Hiperactividad (TDAH), ayuda a percibir la controversia y falta de concordancia aún existentes en cuanto a su definición y prevalencia. A lo largo de décadas, el concepto fue asumiendo diferentes designaciones que, reflejan las concepciones etiológicas y los aspectos esenciales del trastorno (Rodrigues & Nogueira, 2011).

Barkley (2006) refiere que las primeras referencias a la Hiperactividad en la literatura no médica, parecen haber surgido en 1861, en la poesía del psiquiatra alemán Heinrich Hoffman, sin embargo, las primeras descripciones científicas se deben a George Still en 1902 y a Alfred Tredgold en 1908.

En 1902 Still, presentó la primera caracterización del **disturbio hiperkinético**, al describir un grupo de niños cuyos síntomas predominantes eran las dificultades en mantener la atención, los comportamientos inquietos, las explosiones violentas y la indisciplina (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

Still, constató que, los comportamientos se verificaban más en los individuos del sexo masculino, y que los mismos tenían origen orgánico, pudiendo ser atribuida a una deficiencia biológica, probablemente hereditaria o resultante de lesiones pre o post - natales (Lopes, 2003; Barkley, 2006). Observó también, que estos niños presentaban una "*deficiencia de control moral*" en su comportamiento, bajos niveles de "*inhibición*", agresión y de atención, agresividad, hiperactividad, teniendo algunos problemas asociados, como la deshonestidad, la desobediencia, y problemas de aprendizaje escolar (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

Fue también defendida por Tredgold en 1908, que más tarde le atribuyó la designación de "**daño cerebral mínimo**" (Barkley, 2006).

Esta teoría fue también reforzada con un surtido de encefalitis epidémica en Europa y nos Estados Unidos (1917-1918), en los finales de la primera gran Guerra. Se constató que los niños que habían sobrevivido a la infección cerebral y ya recuperadas, presentaban significativas secuelas cognitivas y comportamentales (Lopes, 2003). Manifestaban comportamientos similares a los cuales incluyen actualmente la categoría de la Perturbación del Hiperactividad y la designación utilizada, según los autores, era el trastorno comportamental post-encefálico que sería resultado de una lesión cerebral (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

En las décadas siguientes se mantuvo la tendencia en asociar el concepto de hiperactividad a una base orgánica, se traduciendo en diferentes expresiones: impulsividad orgánica, lesión cerebral mínima, excitación y más tarde en disfunción cerebral mínima. Paralelamente y desde el inicio del siglo, surgieron en el sur de Europa otras tentativas de explicación psicodinámica de la hiperactividad. En 1914, Heuyer, atribuía este tipo de comportamiento a trastornos del carácter o a instintos morales (Lopes, 2003). Nos Estados Unidos, entre los años 20 y 30, el movimiento Guild Guidance relacionaba la hiperactividad con manifestaciones de conflictos inconscientes, no resueltos entre padres y niños, especialmente con la madre (Fonseca, 1998). Pero, tanto las concepciones psicoanalíticas como las organicistas fueron abandonadas debido a la insuficiencia de datos empíricos (Fonseca, 1998; Lopes, 2003).

También en la década de 1930, fue descubierta la acción que los medicamentos psicoestimulantes tenían en la reducción de la inquietud de la hiperactividad y, en los problemas de comportamiento del niño. Ese descubrimiento, vino a impulsar las teorías sobre lesiones orgánicas en el cerebro, consideradas responsables por la hiperactividad y falta de atención en niños que no habían tenido encefalitis, lo diagnosticando como lesión cerebral mínima (Barkley, 2006).

En las perspectivas de Lopes (2003) y de Barkley (2006), la publicación de artículos y trabajos entre 1936 y 1941, sobre tratamiento de niños hiperactivos y diversos tipos de patologías, por Bradley, Bower, Goldstein, Molitch y Ecles contribuyeron grandemente para la evolución del concepto de TDAH, así como para los trastornos de desarrollo de la infancia. La administración de anfetaminas y antidepresivos resultaba en mejorías notables, al nivel de los trastornos comportamentales y en el desempeño académico, sin perjuicio de áreas esenciales.

Lopes (2003), nos dice que las especulaciones a la vuelta del mecanismo bioquímico de actuación del metilfenidato y de los mecanismos neurológicos subyacentes a los problemas de comportamiento en la infancia, fueron una contribución para el desarrollo del concepto de Lesión Cerebral Mínima, iniciada con Strauss y Lehtinen em 1947, que utilizan esta denominación para clasificar niños con hiperactividad, trastornos cognitivos y problemas de adaptación social (Antony & Ribeiro, 2004).

Sin embargo no fueron encontradas lesiones orgánicas en esos niños inquietos y, en 1962, la hipótesis de lesión cerebral es abandonada por la falta de comprobación neurológica, si sustituyendo por el concepto de Disfunción Cerebral Mínima (DCM), que fue endoso durante varios años. Más tarde Kirk en 1963, refiere que el concepto de disfunción cerebral mínima tendría una “*muerte lenta*”, en la medida en que era muy vago, abarcando demasiado y no presentaba evidencias neurológicas (Barkley, 2006).

Fueron varios los autores que mostraron su insatisfacción relativamente a esta nueva designación y a medida que crecía el descontento con el término “*disfunción cerebral mínima*”, los investigadores enfatizaron el síntoma comportamental más característico del trastorno – la hiperactividad. Fue propuesto así, que se denominara Síndrome Hiperactiva de la Infancia, (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

En la opinión de Barkley (2006), el artículo de Chess en 1960 tuvo una contribución histórica muy significativa en la definición de la TDAH, en la medida en que enfatiza la actividad como un síntoma céntrico del trastorno, realza la importancia de la construcción de instrumentos objetivos de evaluación, retira la culpa de los padres por los problemas de los hijos y por fin separa los conceptos de Síndrome de Hiperactividad y Síndrome de Lesión Cerebral.

A partir de la década de sesenta se constata un creciente interés por las manifestaciones comportamentales. Este cambio de perspectiva es reconocida desde la DSM-I en 1952, solo en la DSM-II de 1968, se designando por Trastorno Hiperactivo de la Infancia. En los años setenta, se verificó un cambio en la concepción de los trastornos. Los niveles exagerados de actividad son desvalorizados, dejan de ser su principal fundamento y, el “*déficit de atención*” pasa a ser el aspecto que mejor lo definiría. Para tal, mucho contribuyeron los estudios efectuados por Douglas y Peters en 1972, que consideraron como característica fundamental del trastorno, los déficits en el mantenimiento de la atención y lo control de la impulsividad (Lopes, 2003). En la década de los 70 y 80, se hizo mucha investigación, se investigó acerca del TDAH, siendo el trastorno psiquiátrico más estudiado de la infancia.

Barkley (1990) y Lopes (2003), destacan la importancia de los trabajos e investigaciones efectuadas en los años 70, para la definición y conceptualización actual del TDAH, no sólo por la énfasis dada a los “*déficits de atención*” como aspecto fundamental del trastorno, sino por la contribución científica al nivel de la etiología, terapéutica y evaluación del TDAH.

Las investigaciones sobre las características de la hiperactividad desarrolladas en esta década, vinieron a confirmar, lo que algunos investigadores ya decían, como la existencia de algunas características asociadas, impulsividad, falta de atención, distracción, agresividad y poca tolerancia a la frustración (Barkley, 2006).

Con la publicación del DSM-III en 1980, el término de reacción hiperactiva de la infancia es sustituido por Trastorno del Déficit de Atención, pudiendo el diagnóstico del

problema ser hecho con o sin los síntomas de hiperactividad, utilizándose tres listas de síntomas: una para déficit de atención, una para impulsividad y otra para hiperactividad. Más tarde, quedó conocido por el trastorno de hiperactividad por déficit de atención, por el DMS-III-R en 1987 (Barkley, 2006; Lopes, 2003).

En la cuarta edición del DSM-IV publicada en 1994 en los criterios de diagnóstico volvieron a cambiar, a favor de una plantilla con dos dimensiones: déficit de atención en una categoría e hiperactividad e impulsividad en la otra. En consonancia con Barkley (2006) y Lopes (2003), esta década de ochenta a noventa fueron mucho relevantes por las tentativas de mejorar y desarrollar criterios de diagnóstico más específicos, por la conceptualización y diagnóstico diferencial de la hiperactividad relativamente a otros trastornos. Se destacó más tarde, también por el hecho de criticar la noción de que la incapacidad de mantener la atención constituye el principal déficit comportamental en la TDAH.

En cada repaso del DSM, el número de niños con características de la enfermedad viene aumentando así como la prevalencia del trastorno, visto que los nuevos criterios de diagnóstico engloban gran parte de los niños con problemas de comportamiento y problemas de aprendizaje.

Presentemente con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y después de un periodo en que la énfasis era dada a los déficits de atención, estos pasan a ser considerados secundarios, volviendo la actividad motora excesiva, a ser lo aspecto fundamental del trastorno. Así, a pesar del ICD-10 y el DSM-IV-TR, proponer designaciones diferentes (Trastorno Hiperactivo y Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención) presentan una mayor aproximación entre los criterios de diagnóstico, y hay más semejanzas que diferencias (Rohde & Halpern, Trastorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização, 2004).

En una perspectiva actual la TDAH es denominada por Déficit de Atención y Hiperactividad, perteneciendo a los trastornos del neurodesarrollo (American Psychiatric Association - APA, 2013), pero en todo el documento, debido al estudio haber sido empezado antes de la publicación de la DSM-5, se utilizará la referencia de la edición anterior, así mismo, porque no se registran muchos cambios como se puede ver adelante.

2.3. Sintomatología del TDAH/PDAH

La descripción clínica de TDAH aborda un conjunto de síntomas predominantes y característicos. Sin embargo, Barkley (2006) llama la atención para la diferencia entre el término "*síntoma*", que se refiere a un comportamiento o a una clase de comportamientos y, "*comprometimiento*" que se refiere a las consecuencias o resultados de síntomas, ya que por veces son confundidos en las discusiones clínicas.

Desde el punto de vista clínico, los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad son considerados las características nucleares de la TDAH, afectando de forma adversa el desempeño académico, los relacionamientos familiar y social, el ajustamiento psicosocial y, la vida laboral y profesional (Rohde & Matos, 2003).

Generalmente los niños con TDAH ya tienen un historial de vida desde el preescolar, manifestando los síntomas por lo menos durante un ancho periodo de tiempo. La duración y persistencia de los síntomas es una cuestión clínicamente relevante, para confirmar el diagnóstico de TDAH así como su frecuencia (Graeff & Vaz, 2008).

También se deben manifestar en más de un contexto social del niño, como por ejemplo la casa y la escuela. Ocurriendo en un sólo ambiente, pueden ser sólo manifestaciones representativas de una situación familiar caótica o, de una metodología de enseñanza desajustada o, pueden aún estar asociados a otros problemas de la infancia y adolescencia (Rohde & Halpern, 2004; Rohde & Matos, 2003).

Por estos motivos, también los autores llaman la atención para la comprensión del significado de “*síntoma*”, visto que para el diagnóstico es fundamental una evaluación criteriosa de cada síntoma y no una lista de síntomas. Es también importante conocer la historia de vida del individuo, no restringir el número de síntomas y tener en atención el grado de implicación asociado a los mismos (Andrade, 2003).

Como se puede verificar, están referidas las tres dimensiones primarias del trastorno, sin embargo son referidas características secundarias, resultantes de las primeras como problemas a nivel del desarrollo motor, problemas de lenguaje, déficit de autorregulación del comportamiento emocional, algún desajuste adaptativo, dificultades en la realización académica y realización de tareas y, alguna propensión para situaciones de riesgo, como accidente (Lopes, 2003).

El cuadro clínico puede variar en consonancia con el estadio de desarrollo. Por ejemplo, los síntomas de hiperactividad e impulsividad son más frecuentes y más relatados por padres y maestros de niños de preescolar con TDAH, del que síntomas de desatención que son más referidos con el aumento de la edad (Rohde & Halpern, 2004; Andrade, 2003).

El niño en edad de preescolar se caracteriza por una actividad muy intensa, de ahí ser necesario conocer bien el desarrollo normal de este nivel etario, para que el diagnóstico de TDAH sea hecho cuidadosamente antes de los seis años (Barkley, Edwards, & Robin, 1999; Rohde & Halpern, 2004; Andrade, 2003).

Según Lopes (2003) y Barkley (2006) el constructo de la atención es multidimensional, pudiendo – si referir a problemas de estado de alerta, excitación, activación, selectividad de mantenimiento de la atención, distracción o tiempo de comprensión.

El déficit de atención es una característica de la TDAH y los niños con este problema presentan elevados niveles de desatención relativamente a otros niños con la misma

edad. Las capacidades de procesamiento de información de estos niños están intactos, que el problema residirá en las dificultades de autorregulación cognitiva y comportamental (Lopes, 2003).

Los distintos estudios demuestran los problemas académicos y el bajo desempeño en actividades o tareas, que no les suscitan interés (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Pineda, 2008; Thapar & Cooper, 2015). Sin embargo, puede acontecer que el niño o adolescente con este déficit consiga permanecer por un buen periodo de tiempo, sosegado y atento, ante un programa de televisión u ordenador, ser capaz de concentrarse en alguna actividad que aprecie. Esto, puede ser explicado también porque la atención y el control motor están asociados a la motivación, desencadenada por actividades consideradas interesantes, con pocos estímulos en la vuelta del individuo (Moura, 2008).

Una explicación dada por Barkley (1998), para este tipo de “*atención selectiva*” o “*desatención selectiva*” se relaciona con la motivación y el placer desencadenado por la tarea (Antony & Ribeiro, 2004). Los autores anteriormente citados, refieren el déficit de atención como el aspecto que más interfiere en contexto escolar, en la medida que compromete el desempeño y rendimiento académico del niño.

Los niños con hiperactividad presentan generalmente niveles de actividad excesiva o inadecuados al desarrollo, sea motor o del lenguaje, que se manifiestan por la inquietud, agitación y nerviosismo, fuertes movimientos corporales innecesarios (Barkley, 2006).

El niño hiperactivo es incapaz de controlar su atención, impulsividad y actividad motora. No se trata de falta de voluntad, para Barkley (2006) más una vez se trata de la dificultad de autorregulación e inhibición comportamental, que parecen ser características del trastorno.

La impulsividad tal como la atención tienen una naturaleza multidimensional, envolviendo los constructos del control ejecutivo, el aplazamiento de gratificaciones, esfuerzo y obediencia, pero no es de todo claro en qué aspectos interfiere en el niño con TDAH (Barkley, 2006; Lopes, 2003).

Los niños con TDAH, responden más rápido y precipitadamente, cometiendo más errores del que los otros niños ante las mismas condiciones de evaluación. Tienen dificultades en esperar por su vez, responden prematuramente, interrumpen los otros siendo inoportunas en los comentarios (American Psychiatric Association - APA, 2013).

De acuerdo con Lopes (2003) los niños impulsivos son considerados como menos sociables, menos competentes para manejar con los impulsos agresivos, incapaces de inhibir los impulsos motores, de aplazar gratificaciones y de resistir a la tentación.

2.4. Etiología del TDAH/PDAH

Los estudios para la comprensión de la etiología del TDAH, han progresado significativamente desde los años noventa, contribuyendo así a los progresos registrados a nivel de la genética, neuropsicología y neuroimagen. A pesar de las numerosas investigaciones, aún hoy, no se conocen las causas precisas del TDAH pero, la literatura apunta para un amplio campo, que van desde factores bioquímicos, neurológicos, genéticos y ambientales (American Psychiatric Association - APA, 2013).

Algunos investigadores argumentan la existencia de factores genéticos y ambientales en el desarrollo de la enfermedad (Rohde & Matos, 2003).

Hace muy tiempo que los investigadores constataron que los parientes biológicos de los niños con hiperactividad tendían a presentar más problemas del que los parientes de niños sin perturbación (Lopes, 2003), se verificando entre estos problemas, casos de alcoholismo, problemas de conducta, hiperactividad y depresión. Ya en los finales de los años ochenta residía la noción de que la TDAH tendría una fuerte componente biológica y hereditaria y, al largo de la década de noventa los estudios realizados constataron que la herencia podría explicar las características de la TDAH (Barkley, 2006).

En este campo de la genética Thapar y Cooper (2015) creen que varios genes de pequeño efecto sean responsables por una vulnerabilidad genética al trastorno. La aparición y desarrollo del TDAH, parece depender de cada uno de estos genes, de su contribución y de su interacción con el medio ambiente. Lo que es heredado será la susceptibilidad para el trastorno y no el propio trastorno.

Los problemas familiares también son relatados por algunos autores como desencadenadores ambientales. Algunos agentes psicosociales como desentendimientos familiares, trastornos mentales de los padres y otras adversidades parecen influenciar en la aparición y el mantenimiento de la enfermedad, por lo menos en algunas situaciones (Rohde & Halpern, 2004).

Las complicaciones en la gestación o en posparto, el consumo de alcohol y tabaco (sustancias tóxicas) por la madre, también parecen ser factores de riesgo para el TDAH. Más allá de los efectos del consumo de sustancias en el decurso del embarazo, la presencia de plomo en los niños muy pequeños ha sido considerado factor de riesgo, por parte de los investigadores. Sin embargo, cada uno de estos aspectos sólo es considerado si, se trata de un caso de exposición extrema. De un modo general, es cada vez más endoso entre la comunidad científica que la TDAH es determinada más por factores endógenos, relacionados con el propio individuo, del que con medio en que él está insertado (Lopes, 2003).

Otros factores que pueden afectar procesos específicos relacionados con el trastorno, como por ejemplo los daños cerebrales perinatales que tienen repercusiones en los

procesos de atención, motivación y planificación, relacionándose indirectamente con la enfermedad. A pesar de los diversos estudios, sólo fue posible establecer alguna asociación con la TDAH y no una relación directa (Rohde & Halpern, 2004).

Otros puntos de vista con base neurológica sugieren que el TDAH resulta de una disfunción del lobo frontal más precisamente del córtex pre-frontal. Los niños hiperactivos presentan una pequeña actividad cerebral en las áreas frontales del cerebro, por eso es que la administración de psicoestimulantes hace aumentar la actividad cerebral, mejorando por su parte el comportamiento (Barkley, 2006).

Otra hipótesis neurológica tiene que ver con un desequilibrio neuroquímico, una posible deficiencia de los mecanismos que regulan los niveles de dopamina (los neurotransmisores) en el cerebro en niños con hiperactividad, aunque estos datos carecen de mayor validez (Barkley, 2006; Lopes, 2003).

Últimamente se ha investido bastante en el estudio de la herencia y de la genética asociadas al TDAH y la investigación tiene si enfocado especialmente en los genes del sistema dopaminérgico (Barkley, 2006; Rohde & Halpern, 2004). En este sentido las más recientes investigaciones apuntan al TDAH como un disturbo neurológico determinado por factores genéticos. Así, parece ser consensual que los factores genéticos y ambientales son las causas del TDAH.

2.5. Prevalencia de la TDAH/PDAH

Las tasas de prevalencia de la TDAH reportadas por distintos estudios tienden a variar en función del tipo de muestra (clínico o normativo), del manual de diagnóstico utilizado (DSM-IV-TR, DSM-5, CID 10, entre otros), del protocolo de evaluación clínico entre otros aspectos. Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) lo mismo estima la prevalencia del TDAH entre los 3% y los 7% en niños con edad escolar.

Más recientemente la Asociación de Psiquiatría en la revisión del DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2013) estima que 5% de los niños y 2,5% de los adultos presentan TDAH. A pesar de Portugal aún no tener datos precisos, distintos estudios en países culturalmente cercanos al nuestro, se cree que presenta porcentajes dentro de este intervalo (5% a 7%), pero en lo que se refiere a la medicación se observa un crecimiento siendo que en 2014 el metilfenidato atinge las 13,4 dosis diarias definidas por cada 1000 habitantes (DGS – Direção Geral de Saúde, 2014).

A pesar de que el TDAH es muy común en el campo clínico, los datos relativos a su prevalencia son por veces dispares, dado que es frecuentemente descrita de forma no objetiva que no respeta a la delimitación y a los criterios para su diagnóstico. Varía en los diferentes países, inclusive dentro de un mismo país. Las diferencias encontradas en las tasas de prevalencia se deben más a las diferencias metodológicas como: el tipo

de muestras, diferentes escalas de evaluación, edades diferentes de los niños, tipos diferentes de entrevista diagnóstica, delineamiento, diferentes criterios de diagnóstico y uso de diferentes fuentes de información (Rohde & Matos, 2003; Rohde & Halpern, 2004).

La principal causa de las diferencias epidemiológicas estará en los criterios de diagnóstico utilizados que dependen de las informaciones clínicas relativas al comportamiento del paciente (Barbosa & Golfeto, 2003). Lo verifican los estudios efectuados por Rohde y Halpern (2004) que utilizaron el DSM-IV como criterio en una muestra de 1013 adolescentes brasileños donde el resultado obtenido fue del 5,8%, muy semejante a los resultados registrados en otras culturas (Barbosa & Golfeto, 2003).

En los años de 2002-2003 se realizó un estudio internacional de prevalencia, en el cual participó España, México, Venezuela, Perú y Argentina, habiéndose obtenido como resultado común “una tasa de un 5% entre varones, un 1% entre niñas, y un total de 3% si combinamos niños y niñas” (Perez, 2008, p. 17). Según el autor, estos datos son congruentes con los presentados por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos.

Al largo de varios estudios se verificó que el TDAH afecta con mayor frecuencia los niños del que las niñas, en una proporción que puede variar entre 2 para 1 y los 9 para 1 (American Psychiatric Association, 2002). A través de análisis diferenciales se constata que las niñas con TDAH presentan menores niveles de hiperactividad, desatención y de comportamientos externalizados (agresivos o delincuentes), sin embargo manifiestan más síntomas internalizados, como ansiedad y depresión (Barkley, 2006).

Puede ser frecuente, niños hiperactivos, presentan otras perturbaciones de comorbilidad que complican más el cuadro clínico. Es esencial la pesquisa de síntomas relacionados con las comorbilidades psiquiátricas más prevalentes, visto que su presencia complica el proceso de diagnóstico, con algún impacto en el pronóstico y hasta en la intervención. La literatura refiere otros tipos de psicopatologías en particular: Perturbación de Oposición, Perturbación de Comportamiento, Depresión y Ansiedad y Dificultades específicas de Aprendizaje (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

El TDAH, es según Barkley (2006) un trastorno mental reconocido universalmente, que se diferencia en su esencia de los demás trastornos.

Según Branco y Fernandes (2004), el TDAH puede alcanzar de 1,7 a 18% de la población, dependiendo de los métodos de diagnóstico aplicados y, prevalencias por encima de los 20%, han sido referidas en niños provenientes de medios socioeconómicos más desfavorecidos (datos retirados de la Unidad de Desarrollo Infantil del Servicio de Pediatría del hospital de Santa María, Lisboa). Estudios efectuados por el Centro de Desarrollo del Hospital Pediátrico de Coimbra (consultas de hiperactividad), estiman que 7% de los niños y adolescentes en edad escolar pueden presentar TDAH (Branco & Fernandes, 2004).

(Boavida, 2006) refiere que el diagnóstico se hace basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y utilizados correctamente permiten identificar y distinguir con razonable facilidad los niños que presentan TDAH.

2.6 - El TDAH en Contexto Educativo

Los niños pasan gran parte de su tiempo en la escuela, un medio ambiente donde las normas son una característica esencial. A los niños se exige que escuchen, que sigan las instrucciones, que respeten los demás, aprendan lo que se les enseña, se comprometan en el aprendizaje y, sobre todo, que pasan largas horas sentadas escuchando más que hablando.

Las manifestaciones clínicas de TDAH pueden ser muy precoces, pero es en la escuela que las modificaciones de la atención y a excesiva actividad de los niños afectados constituyen un problema serio. En los niños con TDAH las modificaciones del comportamiento son la desatención, hiperactividad y la impulsividad. La desatención se manifiesta por la incapacidad de los niños si mantener atentas. Los niños evitan tareas que exigen concentración, se distraen fácilmente y parecen no escuchar (Graeff & Vaz, 2008).

La dificultad de concentración está siempre presente en este trastorno. La hiperactividad resulta en la imposibilidad del control de la actividad y de los impulsos en situaciones donde el control es fundamental, en particular, en la escuela. Molestan el desarrollo de las clases, responden antes de completar la cuestión, interrumpen a los compañeros, no esperan su turno, cambian constantemente de actividad y no se mantienen sentados (Selikowitz, 2010).

La hiperactividad es la principal característica de este trastorno que, cuando asociado a la impulsividad, es especialmente problemático, tomando a veces accidentes personales. La utilización de las anfetaminas para calmar los señales de hiperactividad y para mejorar la realización escolar de estos niños, y la vigilancia, tuvo un impacto tan fuerte y duradero, que aún hoy, en muchos países, constituye una forma privilegiada de tratamiento de estos niños (Barkley, 2006). Los niños con TDAH tienen muchas dificultades para cumplir con las normas establecidas o para mantener el compromiso en las actividades dirigidas por el adulto.

Los comportamientos perturbadores y las dificultades de aprendizaje, que se les asocian, son manifestaciones muy frustrantes para el maestro y para el niño, pudiendo conducir al desarrollo de sentimientos mutuos de aversión o incluso de hostilidad (Vasquez, 1997). Así pues, es importante establecer estrategias que permiten, con facilidad, ajustar el comportamiento del niño, de tal manera que éste aprenda y deje que los otros alumnos, del grupo donde se encuentra integrado, aprenden también.

Es importante tener siempre presente que el TDAH es un trastorno crónico de base orgánica, cuyas manifestaciones son agravadas por las características ambientales, que son tratables pero no son curables, y que se prolongará por todo el curso escolar del alumno (Barkley, 2006). Los niños con TDAH por regla general, son desorganizados, torpes, sin capacidad para el deporte, con una inclusión escolar irregular y poco sociales, lo cual lleva muy frecuentemente a una baja estima de sí mismo y la pérdida de la motivación (Boavida, 2006).

Se considera que es principalmente a partir de los 6 años de edad que el TDAH puede diagnosticarse con “seguridad”. Es a partir de esta edad que los niños entran en la escuela y muchos de los síntomas se manifiestan, se subrayan o se consolidan. Esta edad (por vuelta de los 6 años) es importante, quizá porque es en esta edad que encontramos más niños con la misma edad juntos y dónde los comportamientos “incorrectos” se pueden observar. Los niños hiperactivos tienden a tener comportamientos o actitudes desadaptadas cuando son comparados con niños de la misma edad en los mismos contextos (Antunes, 2011).

El descuido constante, la incapacidad en ser tranquilos y el fracaso escolar son señales que alertan a los padres y les llevan a consultar a un médico o un psicólogo. A pesar de que las manifestaciones principales del TDAH se mantengan con una cierta consistencia, se van diversificando y modelando en función de los estados evolutivos por lo que pasa el niño. Así pues, el bebé difícil de maniobrar puede convertirse en un preescolar “insoportable” por su exceso de actividad, posteriormente en un alumno incapaz de permanecer sentado durante algún tiempo y de terminar las tareas que emprenden, y seguidamente en un adolescente nervioso y agitado y, finalmente, en un adulto sobreexcitado y con una energía excesiva (Rohde & Matos, 2003).

Durante la educación preescolar, estos niños manifiestan comportamientos distintos cuando comparados con niños de la misma edad, en particular, en la atención de la lección, aunque que sea dependiente de la naturaleza de las tareas. Las tareas que les permiten utilizar distintas modalidades sensoriales y que son recibidas como que divertidas, son las que recogen más atención de los niños con TDAH. Los niños con TDAH cooperan menos con los compañeros y pasan gran parte del tiempo a mirar los objetos de la sala de aula (Vasquez, 1997).

Es frecuente que estos alumnos desarrollen hábitos o tic nerviosos, que se muestran más tensos y más preocupados, que sufran cólicas y otros problemas sintomáticos (como dolores de cabeza o estómago) y, que tengan problemas de lenguaje y habla. Aunque los síntomas de TDAH pueden surgir en una edad preescolar, es esencialmente en la fase escolar que las dificultades se van a manifestar, o en términos del resultado académico o en la interacción con las personas, es decir, norma general en consecuencia, los niños con TDAH tienen competencias sociales más débiles (Graeff & Vaz, 2008).

En edad escolar, los niños con TDAH presentan una mayor probabilidad de retención, de deserción escolar, bajo rendimiento académico, dificultades emocionales y de relaciones sociales. Se supone que los síntomas de TDAH sean catalíticos, haciéndolos vulnerables a los fracasos en áreas importantes para un buen desarrollo, en la escuela y en las relaciones con los colegas. A medida que crece el conocimiento médico, escolar, psicológico y de la comunidad, relativa a los síntomas y de los problemas causados por la TDAH, se considera que un número cada vez mayor de personas están a ser correctamente identificadas, diagnosticadas y tratadas. (Graeff & Vaz, 2008)

Sin embargo, se sospecha de que un grupo significativo de personas con TDAH aún permanece no definido o con diagnóstico incorrecto. Sus problemas se intensifican y causan situaciones muy difíciles en confrontación con la vida normal, por ejemplo el contacto inter relacionamiento con otros. No podemos olvidar que la escuela constituye un espacio de extrema importancia en vida del niño, se debiendo asumir como responsable por su completo desarrollo y, como siendo potenciadora del establecimiento de vínculos sociales y emocionales. La escuela tiene un papel preponderante en la evaluación de los niños o adolescentes sospechosos de tener TDAH. Los maestros pueden observar directamente la forma como el alumno se implica en situación de grupo y, pueden comparar el desempeño del alumno con otros de la misma edad (Kessler, et al., 2005).

La institución escolar tiene muchas dificultades en tratar alumnos que presentan comportamientos y actitudes diferentes o que presentan dificultades específicas (Sosin & Sosin, 2006). Con los alumnos con TDAH, el problema asume una particular importancia, porque cuestiona el funcionamiento del grupo - grupo que exige una acción muy específica y concentrada por parte del maestro.

Como ni las escuelas, ni los maestros están preparados, muchas veces estos niños son rechazados y se asiste a una larga travesía en el desierto, con cambios de escuelas, de denuncias constantes, de fracaso y abandono escolar y conjuntamente con sentimientos de angustia, de impotencia y revuelta por parte de los padres y de los propios niños. Muchas veces, las dificultades de aprendizaje de estos niños, no son más que la expresión de uno, problema más vasto y más profundo, que se liga con las dificultades de enseñanza y con la ausencia de estrategias convenientes para tratar este tipo de situaciones (Serra, 2005).

Compete a la escuela desarrollar un programa especial o adoptar medidas que ayuden estos niños a desarrollar el autocontrol. Si la escuela se enfocar en el comportamiento inadecuado y intentar buscar las mejores soluciones para el caso específico de cada niño, ciertamente que sentirá que está realizando su papel como maestro y formador, beneficiando no solamente al alumno, como también el propio grupo, que aprenderá a desarrollar normas de colaboración y el inter ayuda ante el problema y a su resolución (Felizardo, 2010).

La experiencia escolar puede constituir un verdadero desafío para el niño con TDAH. Su impulsividad hace con que esté impedido de contestar de forma reflexiva y lo conduce frecuentemente al error, las dificultades de memoria a corto plazo dificultan la retención de información, las dificultades de planificación y organización se producen con la escritura, en particular, cuando hay tiempo limitado para eso. Los niños con TDAH no piensan en el futuro, y en consecuencia, tienen que se recordarles constantemente, de las fechas de las pruebas, los trabajos de casa que deben realizar, así como el material necesario para la lección (Boavida, 2006).

Los niños con TDAH tienen su propio ritmo. Desde luego el 1º ciclo, se comienza a exigir que los niños consiguieren permanecer concentrados sobre una tarea, “durante un tiempo siempre superior” a la capacidad del niño con este tipo de perturbación. Además sus trabajos se presentan sucios y desordenados. De otra característica de estos niños, tiene que ver con el cambio constante de actividades, siendo estos incapaces de terminarlos, perdiendo o olvidando frecuentemente el material (Boavida, 2006).

La transferencia de un medio ambiente estructurado, como lo que existe en la enseñanza primaria, para un medio ambiente desestructurado, como la enseñanza básica y secundaria, se puede constituir una etapa muy difícil para los niños con TDAH.

Cambiar de sala-de-aula a todas las horas, para los alumnos con TDAH, puede ser algo complejo, y todo es razón de distracción. Un maestro sustituto puede satisfacer la mayoría de los niños, pero será una fuente de distracción para el niño con TDAH. Estos niños no se interesan por actividades deportivas, no pero, porque no tienen capacidades, pero porque no les dedican tiempo suficiente y porque costes les cumplir con las normas de disciplina exigidas en estos casos (Sosin & Sosin, 2006).

Como podemos comprobar no existe una definición rigurosa para el concepto de hiperactividad. Los especialistas no comparten la misma opinión sobre o que es la hiperactividad, su origen y sus manifestaciones. Los niños con TDAH se caracterizan por ser impacientes, inatentos e impulsivos, se acostumbran tener problemas relacionados con los colegas y amigos, se muestran impacientes, cambian constantemente de actividad, son desobedientes, e inician con frecuencia luchas o debates con los hermanos. Además sufren de accidentes o caídas debido a la insuficiente conciencia del peligro revelado por sus comportamientos, y manifiestan dificultades de aprendizaje (Selikowitz, 2010).

Se estima que aproximadamente 3% al 7% de los niños escolarizados son hiperactivos, la mayoría del sexo masculino. En la escuela, es importante establecer estrategias que permiten ajustar el comportamiento del alumno hiperactivo, de modo que él obtenga éxito en sus aprendizajes.

3. Criterios de Diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR VS DSM-5

3.1. Criterios de Diagnóstico del TDAH - DSM-IV-TR

Los criterios de diagnóstico del TDAH en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association , 2002), clasifica el TDAH dentro del ámbito del Perturbaciones Disruptivas del Comportamiento y el Déficit de Atención, comúnmente con otras dos perturbaciones: Perturbación de Oposición y la Perturbación del Comportamiento. Recientemente con la publicación del DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2013), el TDAH se clasifica dentro de las Perturbaciones del Neurodesarrollo, dado que existen evidencias científicas que demuestran la naturaleza neurobiológica de este trastorno.

El diagnóstico de un niño con trastorno de déficit de atención con hiperactividad es esencialmente clínico, basada en criterios de comportamiento. La confirmación del diagnóstico requiere la síntesis de la información obtenida de padres, maestros y otros actores en el proceso educativo, así como la evaluación del niño a través de una historia clínica detallada, de un examen completo y objetivo, de una evaluación del neurodesarrollo, de la aplicación de diferentes escalas y, por ejemplo, de otros procedimientos que no son de rutina (Evaluación psiquiátrica infantil y educativa, elaboración de imagen de resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones) (American Psychiatric Association - APA, 2013).

El TDAH no tiene un marcador biológico, ni tiene "un parámetro que es fácilmente medible, como el azúcar en la diabetes, que nos permite afirmar con confianza la presencia de la disfunción" (Antunes, 2009, p. 144).

El diagnóstico del TDAH se basa no sólo en la observación del médico, pero también en la evaluación neuropsicológica y psicológica, y además la información ministrada por los padres, familiares y maestros que permanecen con el niño en la mayor parte de su tiempo activo, pues, "el análisis del comportamiento de cualquier ser viviente debe ser en hábitat natural, en el caso de los niños: el casa y la escuela" (Antunes, 2009, p. 145).

Para ayudar a un diagnóstico más objetivo, iremos describir los criterios de diagnóstico que están definidos en la DSM-IV-TR (American Psychiatric Association , 2002) y en la DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2013).

• DSM-IV-TR (American Psychiatric Association , 2002)

A. Inatención (1) ó Hiperactividad – Impulsividad (2):

(1) Seis o más de los siguientes síntomas de inatención deben persistir durante por lo menos seis meses con una intensidad que es inadaptable e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

1 - Inatención

(a) con frecuencia, no tiene atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en tareas escolares, en trabajo o en otras actividades lúdicas;

(b) con frecuencia, tiene dificultad en mantener la atención en tareas o en las actividades;

(c) con frecuencia parece no oír cuando si le habla directamente;

(d) con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina los trabajos escolares, cargas o deberes en el lugar de trabajo (sin ser por comportamientos de oposición o por la incomprensión de las instrucciones);

(e) con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades);

(f) con frecuencia evita, siente repugnancia o es renuente a involucrarse en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o de naturaleza administrativa);

(g) con frecuencia pierde objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápiz, libros o herramientas);

(h) con frecuencia se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes;

(i) se olvida con frecuencia de las actividades diarias.

(2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad deben persistir durante por lo menos seis meses, con una intensidad que es inadaptable y coherente en relación con el nivel de desarrollo:

2 - Hiperactividad

(a) con frecuencia mueve las manos y los pies, se mueve en exceso cuando está sentado;

(b) con frecuencia se levanta en el aula o en otras situaciones donde se espera que esté sentado;

(c) con frecuencia corre y salta en exceso, en situaciones donde es inadecuado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de impaciencia);

(d) con frecuencia tiene dificultades para jugar o para dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) con frecuencia parece que está “conectado a un motor”

(f) con frecuencia habla en exceso.

- Impulsividad

(g) con frecuencia precipita las respuestas antes de las cuestiones tienen terminado

(h) con frecuencia tiene dificultad para esperar por su vez;

(i) con frecuencia interrumpe o interfiere en las actividades de otros niños (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o de falta de atención la cual causan déficits aparecen antes de los siete años de edad.

C. Algunos déficits causados por los síntomas están presentes en dos o varios contextos, por ejemplo, escuela (o trabajo) y en la casa

D. Deben existir pruebas claras de un déficit clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante una perturbación general de desarrollo; Esquizofrenia o otra Perturbación Psicótica no son mejor explicadas por otra perturbación mental (por ejemplo: Perturbación del Humor, Perturbación de Ansiedad o la Perturbación Disociativa).

Crterios adicionales

1. Persisten durante por lo menos seis meses;

2. Aparecen antes de los siete años;

3. Presentes en más de un contexto (casa, escuela...);

4. Claramente inadecuados e inconsistentes con la edad y nivel de desarrollo del niño;

5. Causan compromiso significativo en actividades sociales, académicas o profesionales;

6. No ocurren exclusivamente en la evolución de perturbaciones del espectro autista, esquizofrenia o otra enfermedad psicótica o mental.

• DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2013)

A. Inatención (1) ó Hiperactividad – Impulsividad (2):

(1) Seis o más de los siguientes síntomas de inatención/hiperactividad deben persistir durante por lo menos seis meses, con una intensidad que es inadaptativa y coherente en relación con el nivel de desarrollo:

1 - Inatención

- Frecuentemente no presta atención a detalles o comete errores por indiferencia en actividades escolares, de trabajo o otros;
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en las actividades lúdicas;
- Con frecuencia parece no escuchar cuando lo dirigen la palabra;
- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina sus deberes escolares, tareas domésticas o deberes profesionales;
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades;
- Con frecuencia ,evita, no gusta o protesta en tareas que exigen esfuerzo mental constante;
- Con frecuencia pierde cosas necesarias a las tareas o actividades
- Fácilmente se distrae por estímulos externos a la tarea;
- Se olvida con frecuencia en las actividades diarias.

(2) Seis ó más de los siguientes síntomas de inatención/hiperactividad deben persistir durante por lo menos seis meses, con una intensidad que es inadaptativa y coherente en relación con el nivel de desarrollo:

2 - Hiperactividad

- Frecuentemente agita las manos o los pies o se remueve en la silla;
- Con frecuencia abandona su silla en la sala de aula o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado;
- Con frecuencia corre o escala en demasía en situaciones en las cuales esto es impropio; Con frecuencia tiene dificultad para jugar o se envolver tranquilamente en actividades de ocio;
- Está frecuentemente en “movimiento” como que se estíbase ligado a “un motor”;
- Habla frecuentemente en exceso;
- Impulsividad (duración mínima de 6 meses);
- frecuentemente precipita las respuestas antes de las cuestiones tiñeren terminado; Con frecuencia tiene dificultad para esperar su vez;
- Con frecuencia interrumpe o se entromete en temas de otros.

B. Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o desatención que causan perjuicio deben estar presentes antes de los 12 años de edad.

- Algunos perjuicios causados por los síntomas están presentes en dos o varios contextos (escuela, trabajo y a la casa, por ejemplo).
- Hay claras evidencias de perjuicio clínicamente significativas en el funcionamiento social, académico o profesional.

Este capítulo retrata lo diagnóstico del TDAH que se establece a partir de los criterios de DSM-IV-TR y DSM-5 siendo lo DSM-5 lo manual lo cual actualmente los profesionales se deben orientar y donde el TDAH se clasifica dentro del Perturbaciones del Neurodesarrollo, debido al momento de investigación.

La revisión bibliográfica de esta tesis se estructuró y se desarrolló según los criterios de la DSM-IV-TR, dado que en el momento de la investigación aún no había salido la última edición del DSM.

4. Observación y Registro

Reconociendo la importancia de la observación, en el análisis de los comportamientos y para establecer posibles conexiones entre ellas, es importante proceder a los registros que de ella se derivan, dentro de lo que cabe, cuantificarlos, volviéndose más objetivos y tan rigurosos que él le permite esta área.

4.1. Escalas

Es aconsejable utilizar escalas que deben estar diseñadas sólo con la inclusión de lo que es observable y que se pueden cuantificar. Los registros deben efectuarse en la casa y en la escuela. En cualquier de las situaciones, debe limitarse el intervalo de observación y contabilizar el número de veces que la misma ocurrencia se registra (Cano & Sampaio, 2007).

Las escalas de evaluación son instrumentos ampliamente utilizados que permiten evaluar los niños con TDAH, pero con información facultada por los padres y maestros que están en contacto con el niño en su medio ambiente. Estas escalas proporcionan las primeras informaciones sobre los alumnos otorgados por las personas más familiarizadas con el comportamiento del niño, pues pasan con ella varios meses o años (Kessler, et al., 2005).

Estas escalas son instrumentos de aplicación fácil, rápida y económica o, exigiendo solamente pequeñas instrucciones del especialista (o en la lectura o en la interpretación) (Simões, 1998). Los instrumentos, muchas veces son también designados de “cuestionarios” ó “inventarios del comportamiento”.

Las escalas de evaluación se consideran como métodos indirectos, dado que ellos implican descripciones retrospectivas del comportamiento del niño. Pueden también aplicarse antes, durante y después de la aplicación de un programa de intervención. Se utilizan también en la fase diagnóstica de la evaluación, en la formulación de hipótesis, permitiendo la detección y la definición de problemas (Cano & Sampaio, 2007).

Las escalas prevén una muestra diversificada de ítems, que incluyen varias dimensiones del funcionamiento psicológico (comportamentales, cognitivos y emocionales, o globales y específicos) (Simões, 1998).

Las escalas de puntuación de Conners permiten evaluar separadamente cuatro sectores del comportamiento del niño: atención, hiperactividad, tareas sociales y comportamientos de oposición. Pueden aún ayudar a hacer el diagnóstico provisional de TDAH, permitiendo estimular la gravedad de sus manifestaciones clínicas y monitorizar la respuesta del niño a la terapia adoptada. Sin embargo, no permiten hacer

un diagnóstico definitivo relativamente a esta perturbación (Rodrigues, 2004; Goyette, Conners, & Ulrich, 1978).

García (2001) y Simões (1998) refieren también que las escalas tienen, sin embargo, algunas limitaciones entre las que destaca, la falta de correspondencia entre el contenido de los ítems de las dos versiones que provienen de diferentes fuentes de información (de los adultos consultados). Esta divergencia resulta de varios factores, como la existencia de diferencias reales en el comportamiento del niño en diferentes medios de comunicación y los factores y variables personales de los informantes, tales como sus características psicopatológicas, experiencias, motivaciones, niveles de información, entre otros.

Simões (1998) refiere otras limitaciones de estas escalas de evaluación, en particular, la falta de fiabilidad de la estabilidad de los resultados a través de prueba de re-test. Varios investigadores (Cano & Sampaio, 2007; Simões, 1998; Vasquez, 1997) nos alertan para la tendencia que los mismos informadores manifiestan en comunicar menos problemas de comportamiento encontrados, de la primera para segunda evaluación.

Por lo tanto, y con vista a aumentar la fiabilidad de estas escalas, debe utilizarse intervalos más limitados entre las evaluaciones. Por otra parte, estas escalas tienen la influencia de actitudes por parte de los informadores, existiendo, en algunos casos, la tendencia para marcar todos los ítems de forma negativa, a través de la elección de la opción “muy frecuentemente”, solamente con la intención de que el niño sea tratado con medicamentos lo más rápidamente posible, para controlar el comportamiento no deseado.

Podemos decir, entonces, que estas escalas de evaluación son susceptibles a inclinaciones y a tendencias de respuesta por parte de la persona interrogada y que el recurso aislado de este método no permite la definición de un diagnóstico, siendo necesario recurrir a otros métodos de evaluación (Rodrigues, 2004).

Con las Escalas de Conners para padres y maestros, los adultos se informan sobre el comportamiento del niño, eligiendo de cuatro opciones de respuesta, que van desde “nunca” a “muy frecuentemente”, a que mejor corresponde al nivel de gravedad de los problemas actuales. Incluye distintas versiones, cada una ellas con un diferente número de ítems, usando la escala aferida por Rodrigues (2004).

• **4.1.1. Escala de Conners (Reducida) para Maestros**

Escala de Conners para maestros (en anexo) presentado en este trabajo es de veinte y ocho (28) ítems y cuatro (4) sub escalas de forma completa, y que son:

- Oposición (5 ítems)
- Problemas Cognitivos – Desatención (5 ítems)
- Actividad motora excesiva (7 ítems)
- Índice de TDAH (12 ítems)

Se trata de una escala pluridimensional, que abarca varios ámbitos de funcionamiento, que incluye el comportamiento y la personalidad, incluyendo problemas como falta de atención, hiperactividad, la agresión, el comportamiento insociable, entre otros.

El cuestionario para los maestros evalúa el comportamiento del niño en la escuela, su participación en el grupo y su reacción ante la autoridad, en el fondo, su ajuste al medio escolar. Considera que los maestros son las mejores fuentes de la información en respecto a problemas como la actividad excesiva y las dificultades de atención, dado que observan el niño en un contexto que impone grandes exigencias en términos de restricción de movimientos y de atención prolongada (Rodrigues A. , Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Estudo de standardização e propriedades psicométricas das formas reduzidas das Escalas de Conners Revistas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo, 2004; Goyette, Conners, & Ulrich, 1978).

• 4.1.2. Escala de Conners (Reducida) para Padres

La escala de Conners para Padres (en anexo) está constituido por veinte y siete (27) ítems e incluye cuatro (4) sub escalas en la forma completa:

- Oposición (6 ítems)
- Problemas Cognitivos – Desatención (6 ítems)
- Actividad motora excesiva (6 ítems)
- Índice de TDAH (12 ítems)

El cuestionario para los padres evalúa factores como problemas de conducta, problemas de aprendizaje, problemas psicossomáticos, impulsividad - hiperactividad y ansiedad, relativos al comportamiento del niño en la casa. Los padres tienen ventaja relativa a los maestros de poder observar al niño a lo largo de varios años y en un número más diversificado de situaciones. Además las percepciones de los padres son muy importantes, una vez que los mismos tiene influencia en el comportamiento del niño (Rodrigues A. , Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Estudo de standardização e propriedades

psicométricas das formas reduzidas das Escalas de Connors Revisadas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo, 2004; Goyette, Connors, & Ulrich, 1978).

4.2. Instrumentos aplicados al niño

La evaluación de hiperactividad ante la información proporcionada por el propio niño, se ha basado en pruebas que detectan déficits perceptivo-cognitivos, de coordinación visual-motriz y de rendimiento intelectual. Según García (2001) con esta finalidad, se emplean, entre otras, la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC III-R) - aplicable entre los 5 y 15 años y adaptado a la población portuguesa, prueba Gestáltico Visual-Motor de Bender, prueba de Desarrollo de la Percepción Visual de Frosting, prueba del Laberinto de Porteus y para evaluar específicamente los déficits de memoria, las Pruebas de Ejecución Continua (CPT).

- o **En La Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC)** se utiliza especialmente la subprueba de dígitos, que explora la atención sostenida y la memoria auditiva inmediata. Esta prueba consta de dos partes: primera, con series de dígitos de 3 a 9, que el niño debe repetir por la orden directa, mientras, en segunda parte, con series de 2 a 8 dígitos, a lo que debe hacer por el orden opuesto. La presentación de los dígitos es verbal y al ritmo de uno dígito por segundo (García, 2001).
- a. **La Prueba Gestáltico Visual - Motor de Bender** consiste en pedir al niño que hace copia de nueve figuras (dibujos geométricos y puntos) que el especialista él muestra para medir su destreza perceptiva y motriz (García, 2001).
- o **La Prueba del Laberinto de Porteus** mide la coordinación visual - espacial y la impulsividad. Los niños deben trazar caminos por distintos laberintos de complejidad creciente. En la evaluación final, se consideran dos medidas: el número de laberintos completados con éxito y el total de rastros realizados impulsivamente y sin orden o secuencia lógica (García, 2001).
- a. **Las Pruebas de Ejecución Continua** se utilizan para evaluar la manutención de la atención en tareas que exigen que se sea vigilante. Mientras el niño permanece sentado delante de una pantalla, aparecen dibujos diferentes en secuencias determinadas en un período de tiempo delimitado. La tarea consiste en detectar cuando dos dibujos idénticos que se presentan mezclados, aleatoriamente, con otros estímulos, aparecen uno detrás de otro. El niño debe presionar el botón de cada vez que mira la secuencia combinada. Los posibles errores pueden ser: repasar un par de dibujos idénticos, o presionar el botón cuando parecen otros dibujos que no son idénticos (García, 2001).

Aparentemente los niños hiperactivos, en su conjunto, cometen más errores y tienen tiempos de reacción mayores en estas pruebas de que los niños que no son hiperactivos, cuando se concentran lo suficiente para hacer la prueba.

4.3. Observaciones relativas al comportamiento

Se llevan a cabo observaciones de comportamiento infantil en su medio natural, especialmente en la escuela. La evaluación se ve facilitada por el uso de códigos de observación que se van a situar en los diferentes comportamientos observados en diferentes categorías de comportamiento (Cano & Sampaio, 2007).

La categoría de comportamiento incluye varias conductas objetivamente definidas, y por lo tanto los códigos comportamentales se refieren a dos o más categorías.

Según Garcia (2001) su uso se extendió al ámbito de la evaluación de la hiperactividad hace varias décadas, aunque a veces han implementado instrumentos psicométricos específicos sin garantías. Sin embargo, los códigos de observación tienen ventajas tales, como facilitar el registro de los comportamientos característicos manifiestos de lo trastorno, así como la obtención de una alta fiabilidad entre los evaluadores. Estos códigos de observación se emplean frecuentemente, para medir la eficacia de las intervenciones terapéuticas porque su estructura facilita la evaluación de los tratamientos.

Uno de los instrumentos más sobresalientes es el Código de Conducta de Observación en el Aula (Abikoff & Gittelman, 1985), que fue adaptada a la población española de por Ávila & Polaino-Lorente (1991). El código le permite registrar el comportamiento de los niños hiperactivos en la escuela y tiene diez categorías de comportamiento que recogen diversos comportamientos (verbal, vocal, la postura y especiales) que se producen durante las clases en situaciones de trabajo personal.

4.4. Examen Neurológico

La mayoría de los investigadores en este campo están de acuerdo con la imposibilidad de atribuir las causas de este “desvío” de comportamiento a graves problemas de orden neurológico. Así no será fácil, el descubrimiento de cualquier anomalía que pueda explicar y justificar las alteraciones. De todos modos, es siempre un factor a considerar, y esto por sí solo, es razón suficiente para justificar la su realización (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Pineda, 2008).

4.5. Electroencefalograma

Es un medio auxiliar de diagnóstico que ante su "objetivo" de su acción no parece tener ninguna relevancia en la detección de cualquier disfunción orgánica. Sin embargo, no siendo conocidas las causas del TDAH, todos los factores deben ser considerados en la evaluación (American Psychiatric Association - APA, 2013).

4.6. Evaluación Psicopedagógica

No creemos que algunos de los parámetros sujetos a este tipo de acciones tienen ninguna influencia sobre las actitudes cuya génesis nos gustaría conocer, sin embargo, sabemos que la aplicación y el posterior análisis de las pruebas de subtests específicos en áreas que reflejan estas disfunciones será muy útil para obtener información (García, 2001).

4.7. Instrumentos Mecánicos de Evaluación

Se tratan de mecanismos automatizados que se emplean para medir el nivel de actividad del niño. Según García (2001) la adopción del método concreto a utilizar depende del tipo de movimientos que interés anotar. Su uso ha sido limitado a las situaciones de laboratorio, no teniendo sido nunca utilizado en el ambiente natural del niño. Entre estos métodos incluyen los actómetros los oscilómetros y fotocélulas.

La función de los actómetros es registrar el movimiento de la parte del cuerpo donde el brazo o las costillas se adjuntan normalmente. Ellos vienen a ser una especie de cuerda que el niño toma en el pulso y que registra su actividad motora por los movimientos de las agujas (García, 2001).

Los oscilómetros son almohadillas sensibles a la presión, entre ellos, la almohadilla estabilimétrica que se coloca en un asiento y registra el movimiento del balanceo cuando el niño permanece sentado y realiza tareas que requieren atención y concentración (García, 2001).

Las células fotoeléctricas se utilizan para registrar los movimientos infantiles de un lado para otro. En concreto, sirven para analizar los movimientos motores del niño en un espacio físico (García, 2001).

Sin embargo, para algunos autores, los instrumentos mecánicos, a pesar de útiles para registrar tipos concretos de actividad, carecen de interés en la práctica clínica infantil. Su uso está muy limitada a los movimientos muy específicos y, por tanto, las mediciones no son válidas para cumplir con el nivel general de la actividad motora, ya

que los diferentes aspectos de esta actividad no están correlacionados. Además, estos mecanismos no proporcionan resultados que se pueden comparar, a pesar de que están diseñados para registrar el mismo tipo de actividad del motor. A esto se añade, que no existen datos normativos donde basar la interpretación de los resultados obtenidos para un niño, en particular, cuyas puntuaciones, además de más, muestran poca estabilidad en el tiempo. Finalmente, los resultados obtenidos con estos métodos en trabajos distintos, son muy inconsistentes (García, 2001).

Debido a la hiperactividad normalmente acompañarse de dificultades de aprendizaje y problemas escolares, los especialistas consideran que los resultados de las pruebas psicológicas tienen que ser complementadas con detalles sobre el rendimiento académico del niño. Estas informaciones pueden ser evaluadas por las estimaciones que los actuales maestros realizan, así como mediante la aplicación de una prueba de ingreso, o por medio de la comparación de sus calificaciones académicas con las que obtienen sus colegas (Rodríguez A. , 2004).

Por último, hay que añadir que la evaluación de los alumnos con TDAH a través de otros niños (como es habitual en los trastornos de la infancia, mediante la aplicación de sociogramas) es limitada, sobre todo al principio, en el momento en que se detectan estos problemas (inicio de escolarización).

Los autores que trabajan en esta área indican que la edad y las habilidades cognitivas de los compañeros influyen en la persistencia y en la coherencia de las decisiones de estos niños. Este factor es, por supuesto, crucial para que el sociograma sea válido. Por esta razón, con niños menores de 10 años, los psicólogos optan por otros medios y por otras fuentes para evaluar hiperactividad (García, 2001).

Vásquez (1997, p.163) afirma que "la cuantificación de los comportamientos asociados a la hiperactividad puede hacerse con recurso al almohada estabilimétrica o actómetro, que permite el registro cuantificado de los movimientos", pero siendo solamente posible su uso en el laboratorio, las informaciones no son tan relevantes para justificar su intervención.

4.8. Diagnóstico Diferencial

Siendo el niño un ser en constante cambio, presenta frecuentemente comportamientos que muestran modificaciones ante la norma y poco a poco van siendo progresivamente resueltos por el propio niño en el proceso de autocontrol y de maduración personal.

Si pretendemos, para objetivo de nuestro trabajo, solamente estudiar aquellos que están dentro do contexto de la TDAH, el diagnóstico diferencial es importante pues incluye la historia de la evolución del caso, el registro de su detección y su situación actual, así como las pruebas, escalas y los registros de observación que justifican el uso de la denominación de hiperactividad y déficit de atención.

Es aún importante que el examen al niño incluya: "Evaluación del estado neurológico, la coordinación motora, el desarrollo neurológico, pruebas de visión, la audición, su situación psíquica, la personalidad y la inteligencia" (Schweizer & Prekop, 2001, p. 117).

Otra parte muy importante es la evaluación psicológica y neuropsicológica. El psicólogo analiza los ambientes: familiar, escolar y social de los niños, así como su desarrollo evolutivo. En función de estos supuestos, lo mismo puede aplicar herramientas específicas para la evaluación de diferentes aspectos de lo trastorno y, por lo tanto, tiene varias fuentes de información: además de uno mismo, también se consulta con los padres y los maestros. Para recoger la información de los adultos, el experto utiliza entrevistas y escalas de calificación que proporcionan datos sobre el comportamiento del niño en casa y en la escuela (García, 2001).

Cuando la evaluación se lleva a cabo a partir de los propios niños, se utilizan pruebas que miden la atención sostenida en el desempeño de tareas que requieren concentración, coordinación mano-ojo - motor, etc. También se emplean pruebas mecánicas para determinar el nivel de movilidad, aunque de forma más limitada (García, 2001).

5. Intervención

Aunque la medicación sea muy importante, padres y maestros tienen también un papel fundamental en la reducción o eliminación de los síntomas, mediante la aplicación de los principios de modificación de comportamiento. Según Porfírio, Fernandes y Borges (1998), la más indicada de todas las terapias posibles es la multidisciplinar que va a envolver las vertientes con:

- **Tratamiento médico**, basado en psicofármacos
- **Tratamiento conductual**, basado en técnicas de modificación de conducta.
- **Tratamiento cognitivo-conductual**, que utiliza técnicas cognitivas y conductuales

5.1. Intervención Educativa

Es el maestro que más conoce al alumno, y deberá tener un papel importante en la identificación de las NEE (Bautista, 1997).

Lopes y Rutherford (2001, p. 81) consideran seis técnicas como estrategias específicas para el cambio de comportamientos perturbadores:

1. Refuerzo social
2. Gestión de contingencias
3. Contratos comportamentales
4. Sistemas de créditos
5. Enseñanza positiva
6. Autogestión.”

El refuerzo social incluye cualquier acto socialmente re compensador, que demuestre la constatación del cambio aunque este pueda parecer insignificante. Los autores sugieren todavía, algunas líneas orientadoras que, en su perspectiva, podrán potencializar este refuerzo, bien como (Lopes & Rutherford, 2001):

- a. ignorar el comportamiento inadecuado;
- b. utilizar el refuerzo positivo inmediatamente después del comportamiento que lo justifica;
- c. individualizar el refuerzo, lo que obviamente requiere cuidadosa observación del niño en diversas situaciones de interacción;
- d. sistematizar insistentemente el refuerzo inicial;
- e. reforzar las tentativas del alumno para aproximarse del comportamiento deseado y después de establecido, pasar a reforzarlo de modo intermitente.

En la gestión de problemas, refieren una técnica que refuerza sistemáticamente los comportamientos adecuados que se inter-relacionan con otros menos logrados, o sea, gestionar con mucho equilibrio la interdependencia entre aquellos que el niño adopta naturalmente y los que pretendemos que el desempeño (García, 2001).

Para alcanzar dicho objetivo, el maestro debe cumplir las indicaciones de (Lopes & Rutherford, 2001):

1º - Especificar los CBP (Comportamientos de Baja Probabilidad)

Ejemplos:

- Ejercicios de matemáticas
- Trabajos de ortografía
- Reglas de clase
- Tareas de clase

2º - Especificar cuales los CAP (Comportamientos de Alta Probabilidad)

Ejemplos:

- Recreo más temprano
- Puzles
- Visitas a amigos
- Juegos de ordenador

3° - Establecer niveles mínimos de realización de Comportamientos de Baja Probabilidad antes de asociarlos a comportamientos de Alta Probabilidad..

Por contratos comportamentales, se entienden los acuerdos entre dos o más personas estipulando las respectivas responsabilidades. Deben ser claramente definidos y negociados sus parámetros por las partes participantes.

Los mismos autores atribuyen a estos contratos las siguientes características (Lopes & Rutherford, 2001):

- 1° - El contrato debe ser un documento formal y escrito, especificando todas las obligaciones y privilegios de las partes implicadas.
- 2° - El contrato debe ser firmado y recibir el acuerdo de las partes.
- 3° - Los términos del contrato deben ser positivos y claros.
- 4° - El contrato debe “apelar a” y “recompensar” la realización y no la obediencia.
- 5° - La recompensa debe seguirse inmediatamente a la realización del comportamiento contratado.
- 6° - Los términos del contrato deben ser justos, realistas (esto es, aplicables en la medida del posible) y satisfactorios para ambas las partes. Sea por eso justo y que se limite a sus derechos y responsabilidades.

Sistema de créditos consiste en entregar al alumno, inmediatamente después del comportamiento positivo, un determinado número de créditos (equivalentes a puntuación) y que podrá ir acumulando. También esta estrategia debe revestir las líneas orientadoras que Lopes y Rutherford (2001) enumeran:

- 1° - Los comportamientos a reforzar deben constar de un contrato preferentemente escrito (aunque pueda ser simplemente oral) y ser específicos, o sea, deben tener una definición comportamental clara e incluir una referencia a los niveles de desempeño que se esperan sean alcanzados por el alumno.
- 2° - Los créditos deben ser distribuidos inmediatamente después de la ocurrencia del comportamiento.
- 3° - Debe establecerse un número específico de refuerzos de apoyo o premios que los alumnos podrán “comprar” con los créditos acumulados. El “costo” de los refuerzos de apoyo debe ser aclarado en el contrato.

4° - Es necesario determinar un momento específico para cambiar los créditos por los refuerzos de apoyo.

Enseñanza positiva es la designación que estos autores dan a la actitud general del maestro ante los alumnos. Consideran tres áreas relevantes según esta perspectiva: el ambiente de aprendizaje, la utilización del tiempo de los alumnos y las estrategias de comunicación.

Incluyen, en esta designación, la gestión del espacio en lo que se refiere a la disposición de los pupitres y de los alumnos, calendarización de los temas y contenidos y aún la gestión de tareas a realizar.

Lopes y Rutherford (2001), consideran eficaz la enseñanza que se basa en investigación realizada en tres pero que se complementan entre sí:

a) Investigación sobre las características de los maestros

La investigación en esta área ha procurado definir características como, por ejemplo, la inteligencia, experiencia, trazos de personalidad, creencias, expectativas como predictores de la eficacia del maestro.

b) Investigación sobre los métodos de enseñanza.

Una segunda área de estudios se relaciona, con las características de los maestros, sino con los contenidos y objetivos de los cursos, con los materiales, los espacios, etc. La investigación sobre los “métodos de enseñanza” tiene un carácter francamente experimental, siendo conducida en contextos aplicados, procurando compararse, por ejemplo, los métodos diferentes de enseñanza, de lectura, observándose posteriormente los efectos de cada uno de ellos en las realizaciones y actitudes de los alumnos.

c) Investigación sobre el comportamiento de los maestros.

La investigación en esta área es muchas veces directamente asimilada a la investigación de la eficacia del maestro o mismo tomada como sinónimo de esta.

Autogestión es una estrategia que se apoya esencialmente en la auto-motivación para el cambio como factor esencial al cambio de comportamientos perturbadores. “Dejar que los alumnos se envuelvan en la gestión de su propio comportamiento puede sí

constituir una fuerte motivación para el proceso de modificación de comportamiento en clase” (Lopes & Rutherford, 2001, p. 114).

Como líneas de orientación, estos autores aconsejan que el maestro:

- 1º - Defina los comportamientos que en la verdad quiere que los alumnos asuman.
- 2º - Establezca claramente para sí mismo cuanto “poder” está dispuesto a poner en las manos de la clase.
- 3º - Establezca clara y públicamente a los alumnos las expectativas que tiene sobre ellos.

Porque se cree que las modificaciones de comportamiento requieren maneras estructuradas y secuenciales, se refiere un esquema de los pasos de un programa de modificación de comportamiento, según Lopes y Rutherford (2001):

Figura 1: Pasos de un Programa de Modificación de Comportamiento (Lopes y Rutherford, 2001)

1 - Constatación del problema. Identificación del alumno o alumnos problema. Circunscripción del número y tipo de problemas a observar.



2 - Redefinición del problema relacionado con comportamientos observables.



3 - Decisiones sobre el registro de los comportamientos: “quien”, “que”, “donde”, “cuando” y “como” van los comportamientos a ser observados y registrados.



4 - Elaboración de Estrategias de resolución del problema a partir de los datos de la observación.



5 - Implementación de las estrategias de intervención.



6 - Evaluación de la eficacia de las estrategias utilizadas. Decisión sobre la continuación o interrupción del programa utilizado.

- **5.1.1. Principios eficaces para enseñar alumnos hiperactivos**

Según Parker (2003), en los últimos años, se ha escrito mucho sobre los tipos de programas educacionales que mejor pueden ayudar a los alumnos con TDAH o sobre las características de los maestros que pueden auxiliar estos niños a tener un mejor desempeño escolar. “Aunque no existan dos alumnos con TDAH exactamente iguales y necesitando exactamente lo mismo tipo de ambiente de aprendizaje, existen algunos principios generales que parecen tener sentido que sean seguidos cuando se enseña alumnos hiperactivos” (Parker, 2003, p. 55).

- **Mantener un aula estructurado**

Parker (2003) refiere que los docentes deben realizar esfuerzos encaminados a mantener una estructura y una rutina en su aula. Tiene sentido que, en el aula, el maestro establezca fronteras bien definidas para el niño con TDAH y que los padres tengan expectativas semejantes sobre el comportamiento en la escuela y en casa.

Al establecer normas en el aula claramente definidas, los maestros comunican sus expectativas en relación con el comportamiento y el desempeño de los alumnos. Sin embargo, para ser eficaces, las reglas deben ser cumplidas de forma consistente. Los esfuerzos realizados por el alumno para actuar en conformidad con las reglas del aula deben ser elogiados por el maestro y el éxito escolar de un alumno debe ser comunicado a los padres para que haya un refuerzo adicional a casa (García, 2001).

La estructura del aula es igualmente promovida cuando existen rutinas establecidas para el desempeño de tareas repetitivas. Los procedimientos de inicio del día escolar, de entrega y de recogida de trabajos, de distribución de tareas, de verificación del trabajo de casa y de las tareas atribuidas en el aula, de formación en línea, para salida del aula, hacen el aula más previsible y ayudan al alumno a formar buenos hábitos de conducta (Rohde & Halpern, 2004).

- **Entrenamiento de competencias de organización y de establecimiento de objetivos**

“Los maestros deben incentivar a los alumnos hiperactivos a ser organizados, aunque puedan tener dificultades al hacerlo.” (Parker, 2003, p. 55). Orientar a los alumnos con problemas de orden organizacional en el sentido de, diariamente, poner sus pertenencias personales y área de trabajo en orden y verificar sus

pupitres, para incentivar la presentación y el orden, puede constituir una gran ayuda para el alumno hiperactivo.

El refuerzo positivo frecuente, especialmente al inicio de cada actividad, motivará el alumno a dedicar más tiempo a gestionar su trabajo y sus materiales.

Los maestros deben pedir a los padres que cooperen en el entrenamiento de competencias de organización, dedicando tiempo a estar con los hijos, a fin de garantizar que estos se están organizando (Parker, 2003).

Muchas veces, los alumnos hiperactivos pueden tener dificultades para establecer objetivos y para realizar tareas, especialmente los proyectos a largo plazo. Es probable que estos alumnos necesiten ayuda extra de los padres y de los maestros para establecer metas realistas para concluir los proyectos. Dividir los proyectos en tareas más pequeñas y fijar plazos para la conclusión de cada una de ellas será menos amenazador para el alumno y mejorará las hipótesis de éxito en cada fase. Los maestros y los padres deben hablar entre ellos con frecuencia, a fin de comprobar los progresos del alumno, y deben también elogiar e incentivar al alumno (Parker, 2003).

□ Cambiar la presentación de las clases y introducir adaptaciones en las tareas a realizar

Considerando que los alumnos hiperactivos tienen dificultad en fijar la atención y que rápidamente pierden el interés en las tareas, los maestros necesitan desarrollar esfuerzos adicionales a que modifiquen su forma de dar clases, a fin de dar respuesta a las necesidades de estos alumnos (García, 2001).

Según Parker (2003), los docentes antes de presentar una clase deben captar toda la atención de la clase e intentar establecer contacto visual con aquellos alumnos que tienen dificultad en fijar la atención. Presentar el aula de forma significativa para el alumno, intentando establecer vínculo con algo que le despierte interés, referirse al alumno por su nombre, a medida que la clase se va presentando, y mostrar aprobación, en momentos adecuados, son factores que pueden constituir una gran ayuda para el discente.

Los maestros pueden hacer adecuaciones para el alumno hiperactivo, reduciendo las tareas, concediendo al niño tiempo extra para completar el trabajo, si necesario, estableciendo intervalos en un largo período de trabajo o incentivando al alumno a mantenerse trabajando (Moura, 2008).

□ Usar la atención del maestro como motivación

“Los maestros deben concebir sus aulas y sus planes de clase teniendo en mente la motivación. Las aulas que tienen centros de interés llenos de ideas para estimular mentes creativas maestros entusiastas que mantienen esas mentes ocupadas son las más indicadas para alumnos con TDAH.” (Parker, 2003, p. 56)

Durante la exposición de la clase, debe procurarse usar las experiencias personales del alumno para transmitir los conceptos deseados. Los ordenadores pueden ayudar a mejorar la motivación e la atención. Los maestros pueden descubrir que los materiales de aprendizaje que se apoyan en el recurso informático son más capaces de captar y fijar el interés del alumno hiperactivo. Gráficos coloridos, aprendizaje interactivo y retorno inmediato a las respuestas funcionan como imanes para atraer la atención. Los maestros pueden también emplear el tiempo de trabajo con los ordenadores como refuerzo para un buen comportamiento y, por veces, permitir el trabajo con esa herramienta a lo largo del día escolar (Parker, 2003).

□ Sentar al alumno cerca del maestro

Los alumnos hiperactivos “deben sentarse cerca de un buen modelo, o cerca del maestro, de forma que puedan ser incentivados a trabajar.” (Parker, 2003, p. 57) Debe evitar sentar a los alumnos hiperactivos cerca unos de otros, próximos a ventanas o expositores, o mismo cerca a áreas del aula donde están sujetos a más distracciones.

□ Planificar con antelación las transiciones

Los alumnos y los maestros gastan una considerable parte de su día en transiciones. Estos momentos son difíciles para los alumnos hiperactivos, debido a sus problemas de desorganización e impulsividad. Estos alumnos tienen dificultad en tranquilizarse y en reunir sus pertenencias personales, a fin de seguir para una nueva actividad.

Particularmente difícil para estos alumnos es el cambio de una actividad no estructurada, esto es, educación física, almuerzo, etc., para una otra más estructurada que les requiere autocontrol y trabajo realizado en la tranquilidad. Según Parker (2003), para apoyar a los alumnos en las transiciones, el maestro debe:

- Establecer reglas para las transiciones, esto es, recoger los materiales que necesitan, moverse tranquilamente, mantener pies y manos controlados y estar listo para la actividad siguiente.

- Repasar las reglas para los momentos de transición con la clase, hasta la rutina estar establecida.
- Controlar de cerca a los alumnos, durante los períodos de transición.
- Proporcionar retorno inmediato y consistente a los alumnos quienes están actuando adecuadamente.
- Establecer límites de tiempo para las transiciones, esto es, intentar completar una transición en tres minutos, etc.

□ **Identificar los puntos fuertes del alumno**

Muchas veces, los alumnos con TDAH desarrollan problemas en el dominio de la autoestima, como resultado de su débil realización escolar. Los maestros pueden tener un poderoso impacto en la percepción que el alumno tiene de sí mismo, establecer una relación maestro - alumno positiva es esencial, tanto para facilitar el aprendizaje como para incentivar el desarrollo de la autoestima positiva en el alumno. Esta relación debe basarse en el afecto, en la comprensión, respecto e incentivo. “Además de reforzar una autoestima constructiva, la preocupación positiva de un maestro incentivará a los alumnos a poner más esfuerzo en su trabajo, tanto para satisfacer el maestro como a sí mismos.” (Parker, 2003, p. 57)

Los maestros deben buscar áreas en las que el alumno con hiperactividad se destaque. “El alumno que se ve como un contribuyente válido para su clase o escuela tiene mucha más probabilidad de desarrollar un sentido positivo de sí que un alumno que siente nada tener a ofrecer.” (Parker, 2003, p. 57)

Pequeñas realizaciones pueden hacer una gran diferencia en esta área. El docente debe considerar encontrar responsabilidades que el alumno puede asumir y ayudar a establecer un sentido de importancia al alumno, por lo que se refiere al trabajo que está desarrollando (Ortiz & Acle, 2006).

□ **Usar instrucciones, avisos y consecuencias eficaces, para mejorar el comportamiento**

Según Parker (2003), una vez que los alumnos con hiperactividad presentan con frecuencia niveles más altos de incumplimiento y desatención, es importante que los docentes den instrucciones de forma que se aumente la probabilidad del alumno actuar de conformidad.

“Instrucciones específicas, breves y repetidas una única vez al niño tiene más probabilidad de ser obedecidas que aquellas que son: vagas (Haz lo que supone que debes hacer!); presentadas como pregunta (Es eso que se supone que debes hacer?); demasiado elaboradas (Si no haces lo que se supone que debes

hacer y no haces tu trabajo, fastidiarás a todos los otros y nunca terminarás antes del desayuno!) o repetidas una y otra vez” (Parker, 2003, p. 58).

Dar una sola instrucción puede no ser suficiente para que un alumno haga lo que le fue solicitado. La instrucción puede que tenga que ser seguida por un aviso y por una consecuencia, de forma que el alumno entienda que el maestro lo dice en serio. Las consecuencias deben ser creadas para enseñar al niño a actuar en conformidad en el futuro y no necesiten ser excesivamente duras o punitivas.

Como refiere Parker (2003), la pérdida de un privilegio, el período de pausa, o trabajo adicional, un recado para los padres, entre otros, son consecuencias razonables para la mayoría de estas situaciones. Siempre que sea posible, las consecuencias deben ser aplicadas de forma tranquila, pero firme y directa.

□ Enseñar la auto monitorización

“La auto monitorización es un método de enseñar a los alumnos a prestar atención a su comportamiento y a evaluar su propio desempeño, lo que conduce a un mejor autocontrol” (Parker, 2003, p. 58). El auto monitorización requiere que el alumno actúe como un observador de su propio comportamiento y que registre sus observaciones. Se viene usando en aula para ayudar a los niños a prestar atención y concluir tareas académicas, para ampliar la velocidad de desempeño en aula, para controlar el comportamiento, etc.

Como subraya Parker (2003), han sido publicados varios programas de auto monitorización concebidos para ayudar a los alumnos hiperactivos a fijar mejor la atención en clase. El Programa Escucha, Mira y Piensa (Parker, 2003) usa una audio casete que emite una señal sonora de vez en cuando para incentivar al alumno a fijar la atención en las tareas. El alumno hace una marca en una ficha propia, para registrar si estaba prestando atención cuando el sonido fue emitido. Se han desarrollado otras estrategias para incentivar a los alumnos a trabajar de forma ordenada, a usar las competencias sociales adecuadas con otros niños, a levantar la mano antes de hablar, entre otros.

• 5.1.2. Estrategias eficaces para dar clases a alumnos con TDAH

○ Diagnóstico y evaluación

Es fundamental que un niño que presente dificultades en el aula, o en el recreo, sea primer debidamente evaluada antes de formularse un plan de intervención. La evaluación deberá implicar a un pediatra y un psicólogo. “No se debe preparar un plan de control antes de hacer esta evaluación, que establece los

puntos fuertes e las dificultades específicas de un niño e identifica la(s) causa(s) de sus problemas” (Selikowitz, 2010, p. 178).

o Actitudes de los maestros

“Para controlar adecuadamente a un niño con TDAH, el maestro tiene que comprender lo que significa ser un niño con ese disturbo. El maestro también tiene que tener consciencia de su propia actitud y reacción al niño” (Selikowitz, 2010, p. 178).

Existen maestros con una tendencia natural para tener empatía con alumnos con hiperactividad y que logran trabajar bien con estos niños. Otros se molestan y se sienten frustrados trabajando con estas estos niños y se dan cuenta que sus métodos pedagógicos, exitosos con niños que no padecen de este disturbo, no funcionan con los que tienen TDAH.

Un maestro que se sienta frustrado trabajando con estos alumnos y que considere difícil realizar un programa de control del comportamiento o hacer ajustes en el aula para un niño con TDAH, debe recurrir al psicólogo de 10 escuela, a fin de superar sus dificultades.

o Acomodación en el aula

Según Selikowitz (2010), es fundamental que los maestros creen un ambiente de aprendizaje propicio al niño con hiperactividad. Este niño debe estar en la primera fila, cerca de la mesa del maestro. El profesor debe garantizar que el lugar del niño esté integrado en la disposición habitual de los pupitres del aula y no ajena. Sentando al niño cerca, el maestro puede garantizar la atención del niño. Este lugar presenta todavía la ventaja de hacer con que el alumno permanezca de espaldas para el resto de la clase, por lo que los compañeros tienen menos hipótesis de distraerle. El antiguo concepto de mandar lo alumno «endiablado» para el rincón del aula, o dejar que se sienta allí al fondo es totalmente inapropiada en el caso de estos niños.

Otra estrategia es sentar al alumno entre compañeros que sean buenos modelos y apoyos naturales en el proceso de enseñanza-aprendizaje. El ejemplo es la mejor enseñanza y el niño con TDAH va a beneficiar, tendrá la opción de imitar/copiar el comportamiento de otros niños que están a su alrededor y con los que comparte aprendizaje, tendrá menos motivos de distracción y reproducirán comportamientos adecuados a su edad y al contexto y actividad en el que se encuentre.

Siempre que posible, el maestro debe mantener el niño con TDAH alejado de focos de distracción como, por ejemplo, un aparato de aire acondicionado una ventana.

Estos niños carecen de un ambiente de aprendizaje estimulante, pero el maestro no debe caer en la tentación de crear un ambiente demasiado «ocupado». En lugar de llenar las paredes con carteles repletos de información y objetos colgados, el maestro debe intentar que el aula quede motivante, pero con un tono neutro. “Las mochilas deben dejarse al fondo de la aula, en un rincón, y las secretarías y las pizarras deben mantenerse vacíos.” (Selikowitz, 2010, p. 179), la organización, distribución del aula es un elemento importante a tener en cuenta en la propuesta de intervención con alumnado TDAH en el aula.

o El recreo

Así como es importante ofrecer un ambiente de aprendizaje propicio al niño en el aula, es igualmente esencial que el alumno hiperactivo sea adecuadamente apoyado en el recreo.

Estos alumnos necesitan frecuentemente vigilancia en el recreo, para que no se hagan daño ni a sí mismos ni a los demás. Esta vigilancia debe ser ejercida de manera que el niño no sienta que está siendo marginado, se lleve a cabo como una acción más que se desarrolla por parte de profesores y/u otros profesionales de una manera natural (Selikowitz, 2010).

Es habitual que los niños con este trastorno tengan más afinidad con niños menores y se sientan más felices en esos grupos, por ello si así lo desean puede jugar con niños menores, un objetivo es su inclusión en actividades y en contextos normalizados.

o Trabajar con los padres en equipo

“Los maestros de un niño con este disturbio deben mantener un contacto regular con los padres del alumno. Por veces, esto se hace bien a través de la libreta escolar, o del cuaderno diario del niño. Para asuntos confidenciales, debe marcarse una reunión” (Selikowitz, 2010, p.180).

El objetivo de la comunicación padres/maestros es garantizar que todos están al corriente de los progresos del niño y de los pasos que se están dando en el sentido de apoyarlo en el contexto escolar y familiar. Es también una oportunidad para que los maestros hablen con los padres sobre estrategias de apoyo al trabajo del niño en casa. Pueden incentivar a los padres a ayudar al niño a estudiar y a corregir los deberes.

De acuerdo con diversos autores Barkley, Edwards y Robin (1999) y Barkley, (2006) los padres desempeñan un papel muy importante en el proceso de intervención, datos que los niños con TDAH hacen con que haya una alteración del funcionamiento familiar, de forma a poder responder a sus necesidades de acompañamiento, que son muy particulares. A La semejanza de los otros niños, los niños con TDAH carecen de reglas, que deben ser objetivas, claras y cortas. Al se establezcan las reglas, debe ser explicado a los niños, de forma muy clara, lo que acontecerá como consecuencia de su salud o desobediencia. La desobediencia debe ser acompañada de una penalización, que deberá ser justa, rápida y consistente.

La recompensa es también muy importante y deberá ser atribuida regularmente por cualquier comportamiento que sea ajustado. Estos niños son un blanco constante de críticas, dado que es muy importante sean elogiadas por las mínimas cosas. Aunque el niño sea sólo parcialmente eficaz, eso debe ser reconocido con apoyo y elogios. La existencia de rutinas estructuradas facilita también el mejor desempeño del niño.

Por esta razón, los padres deberán hacer un registro escrito, al cual el niño haya acceso, con las horas para despertar, comer, jugar, hacer los trabajos de casa y todas las otras tareas que ella tendrá necesariamente de realizar. La modificación de la rutina deberá ser comunicada al niño con antelación, de forma que esta se pueda adaptar.

En la realidad, educar un niño con TDAH puede ser un desafío muy difícil y desgastante. Así, es importante que los propios padres creen un espacio y tiempo propios, para algún distanciamiento que propicie la reflexión acerca de su contexto familiar, lo que permite analizar sus propias actitudes y comportamientos

o Dar instrucciones

Como refiere Selikowitz (2010), los alumnos hiperactivos no poseen grandes competencias auditivas, siendo importante que los maestros sepan dar instrucciones a estos alumnos. En primer lugar, es importante captar la atención del alumno. Generalmente es necesario que el maestro se ponga delante de él y que, inclusivamente, le toque, para garantizar que es capaz de escucharlo. No obstante, el maestro no debe hacer hincapié para que el niño lo mire, pues los niños con TDAH tienen generalmente una débil autoestima y no consiguen mantener el contacto a los ojos. Obligar el niño a ese contacto visual lleva a que él se sienta mal, ya que es incapaz de concentrarse en lo que está oyendo.

Las instrucciones ministradas al alumno hiperactivo, deben ser breves y claras, pues estos alumnos no tienen buena memoria a corto plazo y sienten muchas dificultades en retener una instrucción con varias partes. Siempre es conveniente verificar si el niño entendió la instrucción dada antes de iniciar la tarea (Bautista, 1997).

o **Alteración del trabajo y pruebas para el alumno con TDAH**

Los docentes deben garantizar que los alumnos con TDAH sean evaluados por conocimientos que tienen y que no sean injustamente penalizados por sus dificultades de concentración.

Es importante que el niño no sea sobrecargado con tareas que exijan una gran persistencia.

“Las preguntas, para este niño, deben ser presentadas en «trociitos» y no en una hoja llena de preguntas. Los ejercicios deben ser divididos en partes más pequeñas y en hojas diferentes, que deben ser distribuidas separadamente. Podrá ser necesario que el maestro se reúna con el Consejo Pedagógico o con el maestro de enseñanza especial para alterar las evaluaciones y los trabajos de casa, de acuerdo con las áreas fuertes y débiles del niño. Podrá ser necesario hacer un programa educativo individual para el alumno” (Selikowitz, 2010, p. 183).

El alumno con hiperactividad puede disponer, siempre que lo requiera, de más tiempo para terminar las pruebas, una de rasgos de los niños con TDAH es su nivel de frustración, se frustran fácilmente y reaccionan mal al estrés de una prueba. También les es más difícil pasar sus opiniones a una hoja de papel y generalmente reaccionan mejor a una prueba de elección múltiple.

o **Control del comportamiento**

Según Selikowitz (2010), es importante que el maestro dialogue con el alumno hiperactivo en privado, de forma a estudiar formas de ayudarlo. El maestro debe ser capaz de llamar el niño, con alguna descripción para que los demás alumnos no se den cuenta, para poder discutir con él cuestiones de comportamiento más problemáticas.

Esta conversación debe ser tranquila, de forma a que maestro y alumno puedan, en conjunto, delinear algunas estrategias. Debe delinear-se desde pronto las consecuencias para el comportamiento menos adecuado. Deben ser discutidas las estrategias de control del comportamiento. Los castigos deben ser proporcionales a lo que el niño hizo mal y no innecesariamente severos.

Además, es de gran importancia no olvidar que los niños con TDAH gestionan muy mal los cambios y debe dárseles algo de margen. Estos cambios incluyen los momentos en que regresan al aula, después del intervalo, cuando cambian de aula, o cuando tienen un nuevo maestro. Es innato que queden excitadísimos cuando saben que los espera una actividad que les gusta.

En todas las circunstancias, los maestros deben tener como objetivo desarrollar, aumentar su autoestima del niño. Ridiculizarlo y criticarlo debe ser evitado a toda costa, son acciones que no favorecen su desarrollo personal ni su inclusión. Las recompensas deben ser dadas con libertad para ayudar a cimentarle su autoestima. Las recompensas deben ser dadas lo más pronto posible, tras la demostración del comportamiento deseado.

“Siempre que posible, enseñar al niño a controlar lo que hace. Esto le enseña a tener autocontrol. Para controlar lo que hace, el niño tiene que observar su propio comportamiento y registrar las observaciones” (Selikowitz, 2010, p. 185).

o Apoyo suplementar para niños con TDAH

Los alumnos con hiperactividad presentan generalmente retraso en una o más asignaturas. Necesitan, por eso, de algún apoyo individualizado y/o cambios curriculares y didácticos. Generalmente, aprenden muy bien cuando están solos y se observan grandes progresos cuando reciben atención individualizada.

Los maestros tal vez puedan encontrar algún tiempo durante el día para sentarse solos con el alumno y prestarle apoyo individualizado. Si no pueden, o si eso no es suficiente para que presten la ayuda necesaria, es importante que se encuentren otras formas de apoyo al niño, la planificación diaria del proceso de enseñanza ayudará a generar espacios y tiempos para una atención individualizado a aquellos alumnos que lo requieran.

Las escuelas pueden disponer de recursos económicos para disponer de un maestro de educación especial, que presta apoyo individualizado a niños con dificultades de aprendizaje. Si no es posible, el maestro puede encontrar y/o contar con un voluntario (padres, adultos, alumnos de cursos superiores) para apoyar a estos niños, teniendo en cuenta la actividad o contenidos que se vaya a trabajar en el aula, o pedir a los padres un apoyo extra-escolar siempre que su hijo lo requiera.

o Los maestros y la medicación del niño

Los docentes desempeñan un papel relevante en el acompañamiento prestado a la administración de la medicación a los niños con hiperactividad y en el control de sus efectos secundarios, positivos y negativos. “Un maestro que no

conozca las potenciales ventajas de la medicación en estos niños no reúne condiciones para desempeñar este papel” (Selikowitz, 2010, p. 186).

Para que la medicación surta buenos resultados, es necesario administrarla juntamente con otras estrategias.

Es fundamental que el niño que toma medicación no se sienta limitada por eso. El docente debe evitar señalar al niño, delante de sus compañeros de clase, para que tome la medicación. En el caso de alumnos pequeños, el docente debe verificar, discretamente, si el alumno tomó la medicación.

A los docentes cabe aún la función de controlar los efectos, positivos o negativos, de la medicación.

Es una lástima que todavía haya maestros y directores con una actitud negativa en relación con la medicación para el TDAH. Es por eso que los pediatras y padres pueden decidir no implicar al maestro en el control de la medicación del niño (Selikowitz, 2010, p. 187).

• 5.1.3. Adaptaciones Educativas:

La atención a los alumnos con necesidades educativas conlleva la puesta en práctica de medidas de atención a la diversidad que cubran todas áreas, desde medidas administrativas, organizativas, curriculares.

Según Barkley (2006), modificar algunos aspectos en el proceso de enseñanza - aprendizaje de los alumnos con TDAH, pueden sensibilizar al profesor a una reflexión permanente sobre su actuación pedagógica, en la medida en que tienen que ajustar su método y estilo de enseñanza, a los aprendizajes de los alumnos, a las especificidades y necesidades educativas individuales.

Las listas de verificaciones siguientes, proporcionan algunos ejemplos de modificaciones que pueden ser llevadas a cabo en el ambiente del aula y en los métodos de trabajo del maestro para facilitar la inclusión y el éxito escolar del niño con TDAH (Rief, 1998).

1. Adaptaciones en el ambiente de aprendizaje

- Sentar al niño en una zona con pocos distractores.
- Colocar los alumnos de forma a que todos puedan ver la pizarra.
- Evitar cualquier fuente de estimulación que no sea el propio material de aprendizaje.
- Ayudar a mantener al área de trabajo del niño libre de materiales innecesarios.

- Dar oportunidades al niño para que pueda moverse.
- Identificar sonidos del exterior que puedan molestar el alumno.
- Proporcionar un lugar en el aula donde el niño pueda trabajar aislado, si necesario.
- Mantener en el aula «rincones» donde el niño pueda hacer alguna actividad manual o artística.
- Establecer y realizar tareas de forma rutinaria.
- Establecer reglas bien claras y exigir su cumplimiento efectivo.
- Construir listas de verificación para que el alumno se organice.

2. Adaptaciones para obtener la atención de los alumnos

- Hacer una pregunta interesante, especulativa, usar una imagen, contar una pequeña historia o leer un poema para generar la discusión y el interés en la lección siguiente.
- Probar un juego, una dramatización para atraer la atención y agudizar la curiosidad.
- Contar una historia. A los niños de todas edades les gusta escuchar historias, especialmente historias personales. Es la forma más eficaz de ganar su atención.
- Añadir un poco de misterio. Llevar un objeto relevante para la clase en una caja o en una bolsa. Es una manera fantástica de despertar la curiosidad y las ganas de adivinar y puede conducir a excelentes discusiones o servir de motivación para la expresión escrita.
- Llamar la atención de los alumnos con algún sonido: una campana, un despertador, etc.
- Variar el tono de voz: fuerte, suave, susurrante. Experimentar dar una orden en tono de voz fuerte «Atención, Parados, Listos» seguido de algunos segundos de silencio antes de seguir en un tono de voz normal para dar instrucciones.
- Usar señales visuales: encender y apagar las luces o levantar las manos lo que indicará a los alumnos que deben levantar la mano y cerrar la boca hasta que todos estén callados.

- Encuadrar el material visual para el que se pretende la atención de los alumnos con las manos o con otro material colorido.
- Al usar el retroproyector, empezar con la proyección de una imagen divertida en la pantalla para despertar la atención.
- Usar el color para despertar la atención.
- Demostrar y modelar entusiasmo sobre la lección siguiente.
- Usar el contacto visual. Hacer con que los alumnos miren al maestro mientras este se les dirige.

3. Adaptaciones para enfocar la atención de los alumnos

- Emplear estrategias multisensoriales cuando hable para los alumnos.
- Proyectar la voz para estar seguro que le están escuchando todos los alumnos.
- Llamar los alumnos para la delantera, para cerca del maestro, si el objetivo es una lección expositiva.
- Explicar la finalidad y relevancia de la clase para captar la atención de los alumnos.
- Incluir demostraciones y actividades manuales en la lección, siempre que posible.
- Usar una linterna de bolsillo o un puntero laser: apagar la luz y captar la atención de los alumnos iluminando los objetos relevantes.
- Usar guías de estudio incompletos que serán rellenados por los alumnos a medida que la clase se va desarrollando. Estos rellenarán las lagunas en base a lo que el maestro va diciendo o escribiendo.
- Usar material visual. Escribir palabras clave o dibujos en la pizarra mientras les da clase. Usar material apelativo como dibujos, gestos, diagramas, objetos.
- Hacer muchas ilustraciones. No importa que no dibuje bien. Animar a los alumnos a dibujar también, aunque no tenga talento para el dibujo. Los dibujos torpes, a veces son mejores para ayudar a acordarse de cierta materia.
- Usar un puntero cómico para orientar la atención de los alumnos para lo que se quiere enseñar.

- Llevar los alumnos a escribir pequeñas notas o ilustraciones sobre palabras clave de la clase.

4. Adaptaciones en el ritmo de trabajo

- Ajustar el ritmo de la clase a las capacidades de comprensión del alumno. Alternar actividades paradas con actividades más activas.
- Conceder más tiempo para completar las tareas.
- Reducir la cantidad y la extensión del trabajo y de las pruebas.
- Esparcir pequeños períodos de trabajo con pausas o cambio de tarea.
Establecer límites precisos para terminar las tareas.
- Establecer contratos escritos con premios para el término de determinadas tareas.

5. Adaptaciones para mantener la atención de los alumnos

- Desplazarse por el aula para mantener la visibilidad.
- Organizar la materia a enseñar en temas, siempre que posible, permitiendo que se establezcan conexiones entre los diferentes aspectos.
- Hacer la presentación de los contenidos a enseñar de forma viva y a un ritmo ligero, evitando momentos muertos en clase.
- Permitir que los alumnos hablen y no se limiten a escuchar, reduciendo al máximo posible el tiempo que el maestro pasa hablando.
- Estructurar la clase por forma a que se formen pequeños grupos o pares de alumnos para maximizar la participación y la atención de los alumnos.
- Puede hacer uso frecuente de respuestas a coro, sobre todo cuando es posible una respuesta con pocas palabras. Durante la clase, parar con frecuencia y conducir los alumnos a repetir a coro una o dos palabras clave.
- Usar el ordenador, siempre que esté disponible, para desarrollar determinadas competencias. El ordenador puede ser una herramienta muy apelativa.

6. Adaptaciones en los métodos de enseñanza

- Hacer una presentación general de la lección antes de empezarla.
- Relacionar la información nueva con la experiencia del niño.
- Usar ejemplos concretos antes de seguir para el abstracto.
- Repartir las tareas complejas en tareas más pequeñas.
- Reducir el número de conceptos presentados de una vez.
- Llevar los alumnos a verbalizar las instrucciones y los contenidos aprendidos. Complementar las instrucciones orales con instrucciones escritas.

7. Adaptaciones en las estrategias

- Evitar el uso de lenguaje abstracto como metáforas o juegos de palabras. Acentuar la información más importante.
- Usar frases cortas y reducidas al esencial del tema en estudio. Llamar la atención del alumno antes de presentar aspectos clave.
- Familiarizar al alumno con el vocabulario nuevo.
- Evitar que sea necesario tomar muchas notas de la pizarra o copiar mucha información de los libros.
- Usar fichas de aplicación bien organizadas, evitando la mezcla y el desorden de los elementos
- Dar pistas o consejos al alumno para que empiece su trabajo.
- Evitar presionar demasiado el alumno para que se le dé prisa o haga correcto.

8. Adaptaciones para mantener a los alumnos en actividad

- Establecer en clase un ambiente más cooperativo y menos competitivo.
- Utilizar al máximo posible las estrategias de aprendizaje cooperativo.
- Usar el trabajo de grupo de forma adecuada, no solo trabajar en grupo. Los niños con TDAH tienen dificultad en integrarse en grupos mal estructurados en que los papeles no están bien definidos.
- Estar seguro que todos los alumnos comprenden el trabajo que tienen que hacer antes de ponerlos a trabajar individualmente.

- Designar un compañero para acompañar al alumno comprobando si este comprendió las tareas.
- Dar trabajo individual a los alumnos, el tipo de trabajo que sabemos que serán capaces de completar.
- Facilitar otro trabajo de fácil ejecución en el caso que el alumno tenga que esperar por la ayuda del maestro.
- Utilizar los alumnos para ayudar otros alumnos mientras el maestro está ocupado con un determinado grupo.
- Utilizar los compañeros para leer al alumno las informaciones más importantes.
- Utilizar los compañeros para incitar al alumno a quedarse con la tarea (de forma mutua).
- Tener señales que los alumnos pueden usar para señalar al maestro que necesitan ayuda (una bandera, u otra señal cualquiera que haya sido combinada).
- Comprobar con frecuencia lo que pasa en el aula. Todos los alumnos necesitan refuerzo positivo. Hacer comentarios positivos con frecuencia y elogiar a los alumnos. A algunos alumnos les gusta competir con el reloj. Un simple despertador o cronómetro puede incentivarlos a darles prisa con su trabajo.
- Establecer un sistema de premios, en el que los alumnos reciben u determinada prima si alcanzan un objetivo previamente definido.

9. Adaptaciones en la evaluación

- Permitir instrumentos de evaluación alternativos (presentación oral, respuesta múltiple, etc.)
- Establecer, de común acuerdo, expectativas realistas en cuanto a los resultados a alcanzar.
- Aceptar respuestas con solo las palabras clave.

10. Adaptaciones en el tratamiento de comportamientos inadecuados

- Prever y evitar los problemas, siempre que posible.
- Establecer reglas precisas y consecuencias claras.

- Evitar un lenguaje de confrontación.
- Establecer alternativas para comportamientos inadecuados. Establecer en el aula un lugar para «apaciguar».
- Elogiar generosamente los comportamientos adecuados.
- Ignorar/ desconsiderar comportamientos. Algunos comportamientos perderán el impacto si ignorados.
- Evitar, tanto cuanto posible, dar atención a comportamientos inadecuados empezados solamente con ese objetivo.
- Evitar criticar al alumno.
- Comprobar los niveles de tolerancia y ser comprensivo ante señales de frustración.
- Hablar en privado con el alumno sobre sus comportamientos inapropiados. Facilitar comportamientos alternativos a los comportamientos no deseados.
- Alejar objetos que puedan empezar un comportamiento no deseado.
- Reaccionar con humor en momentos de tensión para aliviarla.

En teoría, todos los niños con TDAH pueden recibir una educación apropiada sin el apoyo de servicios de educación especial. Sin embargo, en la práctica puede que esta sea una solución inevitable para algunos (nunca lo es para todos), las características de cada alumno, las características del centro, la formación de los profesores y los apoyos internos y externos determinaran esta realidad.

La adecuación de los programas escolares deberá ser una vertiente fundamental en las opciones de intervención, ya que es en la escuela donde se manifiestan más los síntomas que impiden un aprendizaje y desarrollo normal.

• 5.1.4. Estrategias Educativas

Una vez que los trastornos hiperactivos están frecuentemente asociados a los de aprendizaje, no conociéndose claramente los factores de su dependencia (Rebelo, Simões, & Fonseca, 1998), es imprescindible que la intervención se oriente a facilitar el aprendizaje de esos alumnos. Por eso, importa recurrir a técnicas consideradas eficaces para mejorar la enseñanza, generalmente conocidas como estrategias compensadoras, una vez que ya se suponen problemas existentes. Caso las

dificultades no hayan alcanzado niveles de gravedad considerables, pero haya signos que a eso conducen, es igualmente relevante considerar medidas preventivas.

Los alumnos con déficits de atención e hiperactividad, para perfeccionar o remediar sus competencias escolares básicas, para aprender a leer o escribir y para los cálculos matemáticos, bien como para aprender a gestionar su aprendizaje, requieren, frecuentemente, instrucción compensatoria o apoyos escolares complementarios (Schweizer & Prekop, 2001).

Sin embargo, más que proporcionarles todo esto, paralelamente a la lección normal en el aula, hay que, de parte de todos los maestros y otros profesionales de la escuela, introducir métodos diversos de prevención y de intervención, subordinados a estos principios:

- Promoción de enseñanza activa y continua de normas y reglas, relativas a comportamientos apropiados;
- Distinción y fijación de niveles y contingencias a esas normas y reglas, adaptando las expectativas del personal de la escuela a ellos;
- Modificación de los currículos escolares y de las normas de evaluación, por forma a ir al encuentro de sus problemas y a evitar frustraciones y desmotivación, mejorando los resultados y niveles de aprendizaje;
- Monitorización y supervisión continua del aprendizaje en las asignaturas básicas (lectura y escritura, matemáticas) o en otras asignaturas curriculares;
- Fomentar la independencia de los alumnos, enseñándoles a organizar las materias escolares
- Adoptar estrategias adecuadas de estudio y de trabajo.

Aunque estas estrategias no hayan sido desarrolladas específicamente para los alumnos hiperactivos/desatentos, ellas pueden tener indirectamente un efecto positivo en la resolución o control de sus problemas. Por eso, sucede que cuando estos alumnos son ayudados a superar sus dificultades de aprendizaje, ellos, muchas veces, están más atentos, más motivados y comprometidos en el aula, colaboran más y, consecuentemente, se vuelven menos irrequietos y perturbadores (Selikowitz, 2010).

Los estímulos, consejos, explicaciones que el maestro presenta desempeñan un papel importante en la modificación concreta de comportamientos problemáticos. Su adaptación a las dificultades que los alumnos hiperactivos revelan llevará seguramente a un mayor compromiso y participación en los trabajos escolares y a una mayor probabilidad en la finalización de las tareas y en más éxito en el aprendizaje. Para eso, es necesario que los maestros sigan muy de cerca esos alumnos.

Muchas veces, los alumnos no observan las normas y reglas de la escuela porque no las conocen bien o no se dan cuenta de su importancia. Esta afirmación es, en

general, válida para cualquier alumno, pero se aplica con más pertinencia a alumnos con problemas de atención, impulsividad e hiperactividad.

Son sobretodo estos quienes necesitan que se les diga abiertamente, y sin ambigüedad, lo que tienen que hacer, que normas y reglas deben, en ese preciso momento o muy cercanamente, observar.

Si necesario, explicar bien, dando ejemplos concretos y evaluando, en seguida, si han sido bien comprendidas. Una manera de hacerlo será escribir las reglas de comportamiento en la pizarra o en una hoja a colocar en la mesa del alumno; además, acordarles, de vez en cuando, sobre todo cuando sean infringidas.

Segundo DuPaul y Stoner (1994), varios estudios, en el ámbito de la práctica educativa, indican que estos comportamientos y actitudes, por parte de los maestros, son eficaces para la promoción de comportamientos adaptados, en el aula:

- Acordar las reglas a los alumnos y enseñarlas activamente, a través de discusión y ejemplos;
- Mantener contacto visual con los alumnos;
- Antes de iniciar una actividad, acordarles los comportamientos indispensables y que son los esperados para su realización;

- Caminar, moviéndose por el aula, para aconsejar e instruir a los alumnos, sobre el comportamiento;
- Utilizar estímulos y señales no verbales en la orientación de alumnos hiperactivos, para reorientarlos, mientras está ocupado con otros alumnos;
- Dar instrucciones rápidas, cortas y bien direccionadas;
- Asegurarse que los alumnos han comprendido lo que se ha explicado y que hayan hecho lo pedido, antes de seguir para otro tema, lo que deberá hacerse de forma breve y bien organizada;
- Comunicar, frecuentemente y de forma clara, la distribución de los asuntos por tiempos, indicando cuando se espera que estén terminados; ayudar a memorizar las reglas, haciéndoles preguntas de vez en cuando.

Para alumnos con TDAH, también es, generalmente, importante atender a las circunstancias ambientales. Por eso la propuesta de ponerlos en espacios donde no existan muchos estímulos irrelevantes para la tarea, apartándolos de compañeros que fácilmente los distraigan, y en un lugar del aula, donde los maestros puedan fácilmente seguir y orientar. Por eso, es conveniente que estos alumnos estén integrados en clases más pequeñas (Selikowitz, 2010).

La introducción de las estrategias, previamente enumeradas, en la práctica de las clases de los maestros parece, por un lado, prevenir comportamientos inadaptados y, por otro,

enmendar los previamente existentes. Su aplicación exigirá conocimiento, aceptación y práctica, por los maestros, que, en caso de no poseerlos, necesitarán de formación en ejercicio de funciones.

5.2. Intervención Comportamental

Las intervenciones comportamentales se desarrollan a partir de los años 60, basadas en la publicación de varios trabajos que comenzaron a evidenciar la posibilidad de controlar el comportamiento de los niños, a través del cambio de variables ambientales relacionadas con la misma (DuPaul & Stoner, 1994).

Los métodos utilizados se orientan hacia controlar las conductas atormentadas y suponen que estos dependen de factores o estímulos presentes en el ambiente. Desde esta perspectiva, es posible reducir, alterar o mejorar el comportamiento desde el cambio del ambiente circundante.

Son aplicadas las nociones de refuerzo, extinción y punición, de forma a producir el cambio de los comportamientos.

El tratamiento comportamental debe basar su línea de actuación en tres vertientes:

- El entrenamiento de los padres;
- El tratamiento centrado en el niño;
- La intervención centrada en la escuela.

Según Vasquez (1997), la estrategia de intervención deberá seguir, de un modo general, los pasos de las técnicas de cambio de comportamiento, a saber:

- Definición operacional del comportamiento indeseado;
- Establecimiento de una línea de base;
- Definición de los factores que motivan el comportamiento y lo hacen persistir;
- Aplicación del programa de alteración del comportamiento recurriendo sobre todo al refuerzo;
- Evaluación del proceso.

Esta estrategia tiene en cuenta que un determinado comportamiento es influenciado por los antecedentes y que su repetición estará dependiente de los consecuentes.

Por otras palabras, el objetivo de cualquier terapia comportamental consiste en reducir la frecuencia de comportamientos inadecuados y ampliar la frecuencia de

comportamientos deseados. La mejor forma de influir un determinado comportamiento es concederles atención y la mejor forma de ampliar la frecuencia de un comportamiento deseado es “sorprender al niño comportándose” (García, 2001).

De este modo, las estrategias de modificación de la conducta tienen como objetivo inducir respuestas apropiadas, aumentando la probabilidad que el comportamiento deseado se repita y disminuyendo la probabilidad de la ocurrencia de conductas inapropiadas, llevando a su desaparición. Es necesario tener en cuenta que una conducta inapropiada solo termina cuando es cambiada por un comportamiento socialmente aceptado.

5.3. Intervención familiar

En general, los padres se dan cuenta que algo no está bien con su hijo y, ante esta constatación, buscan, de médico en médico, una solución, pero la vivencia del problema cambia sus interacciones sociales y condiciona igualmente las del niño. Ser madre o padre de un niño con TDAH no es fácil, pues habrá una gran dificultad en entender cómo un niño aparentemente normal puede ser “tan fatigoso”, tan desgastante y poco capaz de seguir instrucciones u órdenes que le son repetidas veces sin fin (Sosin & Sosin, 2006).

En varias situaciones del cotidiano, los padres de estos niños sienten un inmenso constreñimiento e incluso un visible disgusto al ver que, a pesar de su persistencia educativa, los hijos son capaces de defraudarlos en público. Así, es necesario que los padres tengan consciencia que los niños no pueden hacer nada al respecto del comportamiento que exhiben y son además las primeras víctimas de esos comportamientos.

Tener un hijo con TDAH produce una considerable presión sobre la cohesión conyugal, una vez que es muy difícil mantener el equilibrio y las relaciones saludables cuando la tentación es culpabilizar al otro por el descontrol del (de la) hijo(a). Los conjugues hacen, uno al otro, lo que siente que terceros les hacen a ellos, acusaciones injustas, desinterés o falta de compromiso. Esta situación no contribuye en nada para la resolución del problema; muchas veces es antes un obstáculo para dar soluciones para el problema, en tanto que el niño al darse cuenta que el clima de tensión tiene mucho que ver con su comportamiento, amplía su nivel de ansiedad, volviéndola aún más inestable (Lopes, 2003).

Chaves (2001), refiere la urgencia en cambiar cuatro actitudes negativas en el comportamiento de los padres de estos niños:

- Aislamiento del niño del mundo exterior;
- Simulación muchas veces a través del silencio y de la negación de que nada está errado;
- Tentativas para descubrir formas de “solucionar” las dificultades o minimizar las diferencias;
- Minimizar el impacto de la excepcionalidad lejos del niño mientras trabaja para garantizar que su hijo tenga una vida plena.

La mayoría de estos padres posee puntos de vista negativos sobre sus niños. “Los padres de los niños con dificultades de aprendizaje tienden a atribuir el éxito más a la suerte que a la capacidad, y el fracaso más a la falta de capacidad que a la suerte.” (Chaves, 2001, p. 16).

En la problemática específica de nuestro estudio, la TDAH es trascendente a la participación activa de los padres para que se produzca la generalización del aprendizaje del niño en la vida diaria. Chaves considera, resumidamente, que son determinantes las siguientes recomendaciones básicas (Chaves, 2001):

- Dar atención al niño, escuchándolo y hablándole con tranquilidad. Los padres deben explicar al niño su problema y los medios para superarlo.
- Si el comportamiento del niño afecta su logro estudiantil, es imprescindible que los padres mantengan una conversación personal con el maestro para un cambio de opiniones sobre el niño y para planificar en conjunto el apoyo al niño.
- Los padres deben conocer los intereses de su hijo y usarlos como elementos motivacionales para ayudarlo a aprender, de modo más eficaz, siguiendo programas de aprendizaje asociados. Un padre o una madre pueden decir al hijo: «En cuanto termines los trabajos escolares puedes jugar a la pelota.»
- Actuar siempre como modelos positivos.
- Ayudar al niño a ampliar la confianza en sí mismo y su autoestima.
- Demostrar afecto al niño con besos y caricias. El niño hiperactivo necesita contacto físico y afecto.
- Aceptar al niño como es. No crear expectativas inadecuadas, más allá de sus posibilidades.
- Favorecer una situación estructurada. Mantener constantes los horarios de las comidas, baño y sueño.
- Comunicar al niño cualquier posible cambio de la dinámica familiar con suficiente anticipación para que el niño pueda adaptarse.
- Participar en las tareas domésticas de acuerdo con sus capacidades.

- Comentar de forma tranquila al niño sus malas actuaciones haciéndole ver que es siempre necesario pensar antes de actuar y que la prisa causa accidentes.
- Utilizar el castigo físico como forma correctora solo cuando es absolutamente necesario.
- Felicitar el niño cuando se comporta bien. Eso aumentará los comportamientos positivos.
- Preocuparse con la alimentación del niño y con una dieta nutritiva adecuada con suficiente soporte vitamínico.
- Comentar los errores del niño y encontrar posibles alternativas a sus errores.
- No actuar con el niño permisivamente. La libertad total presupone una madurez que estos niños no poseen. Cuando están en un ambiente sin normas definidas, se sienten ansiosos y confusos. Estos niños aprenden poco cuando los mayores están poco preocupados en motivarlos.
- Recomendar a los padres que utilicen su autoridad de forma asertiva, lo que implica saber decir “no” cuando el niño pide o exige cosas poco razonables.
- Permitir un ambiente consistente. La consistencia no significa rigidez sino coherencia y firmeza en las actitudes de los padres.

Para Chaves (1999), los procedimientos de entrenamiento, a desarrollar con los padres de los niños que presentan TDAH, exigen nueve sesiones con la duración media de una hora y media, a dos horas para grupos y una hora y media para familias individualmente. Por considerar útil para el presente estudio, optamos por su transcripción.

Lopes (2003), enuncia un conjunto de reglas que pueden resultar preciosas en la forma de afrontar el comportamiento inestable, inquieto e inmaduro de los niños con TDAH, tales como:

- **Ser proactivo** - saber anticipar preferiblemente lo que va a suceder y estar preparado para actuar sobre los sucesos y no propiamente reaccionarles, no se puede reaccionar al comportamiento de los niños con TDAH por impulso, pues, se corre el riesgo de ser imprevisible, incoherente e incluso carente de autoridad. Los niños con TDAH necesitan que las personas que tratan diariamente con ellas sean estables, firmes, coherentes y, simultáneamente, comprensivas y disponibles.

- **Actuar con un objetivo definido** – tener un objetivo claro, para no perder el tiempo y la energía con cuestiones con alguna relevancia, pero que, son en todo caso secundarias, en cuanto comparadas con otras de mayor importancia.

- **Poner las cosas más importantes en primer lugar** – hay situaciones que pueden ser ignoradas, es necesario saber desistir de algunas pequeñas cosas en función de objetivos superiores.

- **Pensar en la victoria** – en la medida en que él crece y se aproxima a la adolescencia, las personas que con él tratan tienen que especializarse en la negociación.

- **Intentar primero comprender y solo después ser comprendido** – si buscamos primeramente comprender las dificultades, ampliaremos las probabilidades de ser cortés, delicado, de mantener promesas y de demostrar respeto por ellas.

- **Fomentar la complicidad de los padres con los hijos** – permite alcanzar un bien estar familiar de orden superior a la que sería alcanzada por la acción aislada de cada uno de los miembros. Si los objetivos son compartidos y negociados, la probabilidad de éxito sube.

- **Utilizar con frecuencia el refuerzo positivo** – el buen comportamiento debe ser reforzado de forma inmediata y sistemática. Castigar el malo comportamiento genera, frecuentemente, un mayor sentimiento de fracaso y amplía el conflicto.

Son los padres quienes tienen que distinguir un verdadero problema de un “mal comportamiento”. Intervenir en estos casos, presupone la búsqueda de ayuda especializada, pero sobre todo una implicación personal en el cambio.

Los padres de estos niños son el único bastón sólido en el cual ellos se pueden acoger, ya que las relaciones con el resto del mundo pueden presentar muchas dificultades.

5.4. Medicación

Conviene señalar que la TDAH no tiene cura, aunque pueda ser controlada. Solo el conocimiento y análisis de cada caso y de las características de cada niño, en particular, permitirán seleccionar la forma de tratamiento más adecuada y ajustada a cada situación (Branco & Fernandes, 2004).

Las opciones varían entre la administración de psicofármacos, a técnicas de modificación de comportamiento, las técnicas cognitivas y meta cognitivas o una aproximación pluridisciplinar abarcando las diferentes vertientes.

Las medicinas han sido eficaces para muchos niños con TDAH. “No subsisten muchas dudas en cuanto al hecho de la medicación ser la intervención más eficaz en la disminución de los síntomas principales da TDAH, en particular en la desatención e hiperactividad” (Antunes, 2009, p. 166). Sin embargo, la mayoría de os especialistas están de acuerdo que las medicinas no deben ser la única forma de tratamiento. Esta es una decisión que debe ser adoptada por los padres después de debidamente aconsejados e informados, a respecto de las ventajas y desventajas de la medicación, por los médicos.

Una constatación importante de este estudio es el hecho del tratamiento combinado producir resultados superiores a cualquier otro tratamiento con una dosis inferior de medicinas. Esta será, así, la opción de elección para los casos en los que los efectos secundarios, cuya intensidad está dependiente de la dosis, se hacen sentir con más intensidad (Branco & Fernandes, 2004).

Recientemente hemos asistido a críticas en relación a los psicoestimulantes y otras medicinas empleadas en la TDAH, que se basan en el hecho de la medicación no «curar» la disfunción. “Este argumento me parece débil: las gafas que utilizo para leer o escribir tampoco curan mi «vista cansada», pero me permiten seguir trabajando de una forma funcional” (Antunes, 2009, p. 166)

Otro aspecto a tener en cuenta, y que los profesionales de salud que prescriben las medicinas deben tener presente, es el hecho de haberse constatado, en algunos estudios, que si el seguimiento de individuos que son medicados es sistemático, esto es, con la dosis ajustada mensualmente al evolucionar de los síntomas de acuerdo con el feedback proporcionado por los padres y, eventualmente, por los maestros, se logran resultados superiores a los verificados en el proceso en que el médico se limita a prescribir sin más seguimiento, como es costumbre en la generalidad de los servicios de salud. Las medicinas más utilizadas son psicoestimulantes como el Dexedrine y Ritalina basados en la Dextroanfetamina y en el Metilfenidato respectivamente (Branco & Fernandes, 2004).

“En Portugal existen en el momento tres formulaciones comerciales de la misma sustancia química: el Rubifen, la Ritalina LA y el Concerta” (Antunes, 2009, p. 168).

El Metilfenidato empezó a usarse en el tratamiento de déficit de atención en los EEUU hace más de 60 años. Es así una sustancia largamente experimentada, cuya seguridad está atestada por millones de niños a quienes ha sido administrada. “El Metilfenidato es, probablemente, la medicina con acción sobre el Sistema Nervioso de los niños mejor estudiado.” (Antunes, 2009, p. 168).

No se conoce muy bien el mecanismo de actuación de estas drogas, presumiéndose que estimulan los neurotransmisores del cerebro, produciendo un efecto regulador más eficaz en la actividad motora, ampliando la atención, reduciendo la impulsividad (y en algunos niños, la agresividad) y produciendo una mejoría sustancial en lo que más preocupa padres y educadores: el rendimiento escolar.

De acuerdo con García (2001) existen algunas orientaciones que deben orientar la decisión de prescribir un tratamiento farmacológico:

1. Comprobar si han sido aplicadas otras iniciativas terapéuticas, especialmente tratamientos comportamentales, y, en caso afirmativo, que resultados han presentado;
2. Analizar las posibilidades de aplicar el tratamiento con éxito. Esto significa que, antes de su comienzo, es necesario evaluar la capacidad y la motivación de los padres y de la familia en general para seguir las prescripciones médicas, bien como sus actitudes previas para con el tratamiento con fármacos, pues es posible que algunos padres no acepten la posibilidad que sus hijos tomen estimulantes durante un determinado período;
3. Antecedentes familiares en el consumo de drogas. Cuando se tiene conocimiento que algún miembro de la familia es adicto a sustancias tóxicas, el especialista decidirá, generalmente, de forma negativa sobre la conveniencia de la prescripción farmacológica;
4. Considerar las actitudes y las expectativas del niño para con el tratamiento farmacológico;
5. Tener en cuenta la edad del niño y no prescribir medicación a jóvenes y adolescentes.

La decisión de aplicar medicinas debería tomar en consideración los efectos secundarios que los mismos puedan producir.

Así como se puede comprobar son inmensas las estrategias que pueden aplicarse a alumnos hiperactivos, con el fin de minimizar algunas de las dificultades con las que estos alumnos se enfrentan.

A nivel educativo existe todo un conjunto de estrategias y cambios que pueden aplicarse en el ambiente de aprendizaje y en los métodos de trabajo del maestro, con vistas a mejorar los niveles de rendimiento escolar de los alumnos con hiperactividad.

Cuanto más informados y sensibilizados están los maestros para esta temática, más fácilmente se sentirán renovados en su role de promotores de un aprendizaje activo y de éxito individual, aunque tal ni siempre sea fácil. Trabajar con un niño hiperactivo es una ardua tarea, que exige del maestro una alteración, o mejor dicho un ajustamiento.

A nivel familiar, la participación activa de los padres es fundamental para que se produzca la generalización del aprendizaje del niño en la vida diaria. Es enunciado un conjunto de reglas que puede revelarse preciosas en la forma de tratar con el comportamiento inestable, inquieto e inmaduro de los niños con TDAH.

La medicación es otra forma de tratamiento utilizada para controlar el comportamiento de niños hiperactivos. Es fundamental el feedback proporcionado por los padres y maestros a los médicos, de forma a convenir las cantidades prescritas para que se alcancen mejores resultados (Branco & Fernandes, 2004).

Parte II - Componente Práctica

Capítulo 6 - Parte Práctica

Una investigación deberá ser conducida por etapas, que pueden ser, la definición del problema, la formulación de las hipótesis y de las variables, selección de la muestra y definición de los procedimientos o metodologías indispensables a la investigación en estudio (Sousa, 2005).

El problema es el objetivo de la investigación. Toda la investigación transcurre con el objetivo de darle respuesta. Las hipótesis formuladas son “respuestas” probables al problema, que irán a ser probadas y que después serán endosadas o refutadas. Las variables surgen como intermediarios que permiten que los objetivos de la investigación no sean distorsionados. La selección de la muestra es hecha porque se considera que aquel grupo será representativo de una determinada realidad. Los procedimientos y la metodología escogida permiten un control de todo lo que se pasa en la investigación, así como a recoja de los datos y su análisis estadístico (Sousa, 2005).

Todas estas fases se encadenan y forman parte de uno todo, en que las diferentes partes constituyentes dependen siempre unas de las otras o de la anterior, pretendiendo servir como investigación a al Programa de Doctorado Educación Especial: Objeto y tendencias de investigación, con enfoque en proponer y descubrir estrategias de intervención adoptadas por los maestros en niños del enseñanza básica con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

6.1 Metodología

En consonancia con Sousa (2005), en el abordaje a una investigación, no podemos huir de la metodología, pero de su exagerado rigor, sí. Este autor defiende, aunque no existan métodos mejores del que otro, pero sí métodos que mejor o peor sirven el estudio pretendido. Nuestro estudio asienta fundamentalmente en una metodología cuantitativa, derivando del paradigma positivista (Tuckman, 2000; Sousa, 2005).

La metodología de un trabajo científico exige un conjunto de procedimientos y estrategias, que se pueden englobar en tres momentos esenciales: la Planificación Global, la Fundamentación Teórica y la Investigación Empírica. Cada uno de estos momentos, por su parte, tiene como caracterizadores actos y estrategias que los especifican (Sousa, 2005; Carmo & Ferreira, 1998).

Buscamos, que la metodología y los instrumentos utilizados estén en consonancia con los objetivos a que nos propusimos. El estudio se inicia por una Planificación Global que Borg y Gall (1996), consideran como el paso más importante de cualquiera proyecto de

investigación. En esta, el primer paso consiste en el levantamiento del problema, la definición de los objetivos y la enunciación de las hipótesis.

La Fundamentación Teórica es, como referimos, el segundo momento de la investigación y presenta como objetivo último conferir el rigor científico al trabajo, a través de la consulta de la opinión de autores de reconocida idoneidad en el dominio del estudio (Sousa, 2005; Pardal & Correia, 1994).

La Investigación Empírica, última parte del proceso, tiene como objetivo esencial consolidar en el terreno percepciones de elementos de una muestra previamente determinada, buscando en su comprensión respuestas para el problema y para las hipótesis formuladas, o sea, la opción metodológica del estudio (Borg & Gall, 1996; Pardal & Correia, 1994; Sousa, 2005).

Tal comprensión va a ser recogido, a través de una técnica e instrumento de recogida de datos, «el interrogatorio por cuestionario», los cuales, irán a ser tratados y analizados en una perspectiva analítico-descriptiva que, según Pardal y Correia, (1994), es la más apropiada a estudios de esta naturaleza. Es un proceso de recogida sistematizada, en el terreno, de datos susceptibles de ser comparados, para responder a un determinado problema (Carmo & Ferreira, 1998).

El objetivo central del cuestionario elaborado es conocer qué estrategias consideran más adecuadas utilizar con alumnos con TDAH los docentes de Enseñanza Primaria.

Se buscó hacer un análisis profundo, de un grupo limitado de población, concretamente maestros de Enseñanza Primaria que realizan funciones lectivas en la sala de clase de escuelas públicas de la enseñanza regular portuguesa, más en específico del municipio de Viseu, Portugal.

6.2 Problema

Sabiendo que toda la investigación asienta en un problema inicial, que “el investigador intenta expresar más exactamente posible aquello que busca saber, elucidar, comprender mejor. La pregunta de partida servirá de primer hilo conductor de la investigación. Debe presentar calidades de claridad, de ejecutabilidad y de pertinencia” (Quivy & Campenhoudt, 1997, p. 44).

El problema del TDAH es un asunto relevante en el dominio de nuestro cotidiano. La TDAH afecta la vida de un gran número de niños: en la escuela, en la comunidad y en la relación con los otros como ha quedado recogido en el marco teórico de nuestro trabajo.

Ante esta realidad, el problema que motivó esta investigación fue un sentimiento interior de búsqueda de un mayor conocimiento sobre el tema y la controversia que coloca los

profesores ante este trastorno y así identificar y conocer la respuesta a la siguiente problemática:

Cuáles son las estrategias de intervención que los maestros de la Enseñanza Primaria consideran más adecuadas utilizar con alumnos con TDAH?

6.3 Hipótesis

La etapa que se sigue a la selección de un problema consiste en formular hipótesis. “Una hipótesis, o sea, una sugerencia de respuesta para el problema, que debe presentar las siguientes características” (Tuckman, 2000, p. 25):

1. Establecer una conjetura sobre la relación entre dos o más variables.
2. Ser formulada claramente y sin ambigüedad, en forma de frase declarativa.
3. Ser verificable, o sea, debe ser posible de reformulación, en forma operacional, de modo a poder ser evaluada a partir de datos.

Las hipótesis constituyen un objetivo útil para justificar un estudio de investigación y garantizarle una orientación. Las hipótesis de las que partió nuestro trabajo son las que presentamos a continuación:

Hipótesis:

H1 - Los maestros seleccionan estrategias comunes para la intervención junto de alumnos con TDAH.

H2 - El uso de la medicación es un factor considerado como contribuyente para la intervención junto del alumno con TDAH.

H3 - La acomodación del alumno con TDAH en la sala de clase es una estrategia relevante en el proceso de intervención junto del alumno con TDAH.

6.4 Objetivos

Objetivos Generales:

- Buscar contribuir para la caracterización de la TDAH y para el análisis de su implicación escolar;
- Abordar la realidad de la TDAH y de los Problemas de Comportamiento en la escuela, así como poner en evidencia las perspectivas y estrategias sostenidas por los profesores a los niños así identificados;

Objetivos Específicos:

1. Analizar el conocimiento de los docentes del 1.º Ciclo de la Enseñanza Básica en relación a TDAH (Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad);
2. Analizar cual la Formación que los docentes poseen relativamente a esta problemática;
3. Cuáles los principales problemas de comportamiento asociados a los niños con TDAH;
4. Cuáles las principales características asociadas a los niños con TDAH;
5. Analizar las Diferencias entre los docentes que ya trabajaron con alumnos con TDAH y los docentes que nunca trabajaron con alumnos con TDAH, en relación a la identificación de las características que aparecen asociadas al TDAH;
6. Analizar las diferencias entre los docentes que ya realizaron formación sobre el tema de la hiperactividad y déficit de atención y los docentes que nunca realizaron formación sobre el tema, en relación a la identificación de las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH;
7. Verificar las diferencias entre los docentes con más y con menos tiempo de servicio, en relación a la identificación de las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH;
8. Averiguar la Experiencia y formación de los docentes para trabajar con alumnos con TDAH;
9. Analizar juntamente con los docentes, como los mismos caracterizan su trabajo con alumnos con TDAH;
10. Cual la opinión de los docentes sobre las estrategias de intervención con alumnos con TDAH;
11. Cuáles las Estrategias de intervención implementadas por los profesores en la sala de clase;
12. Cuáles las Estrategias de intervención educativas implementadas por los profesores.

6.5 Variables

Variables Independientes:

- Estrategias de Intervención - Selección de estrategias para la intervención junto de alumnos con TDAH por maestros de enseñanza primaria;
- Género (sexo)
- Edad
- Habilitaciones
- Categoría profesional
- Tiempo de servicio.

Variable Dependiente:

- eficacia percibida de las estrategias de intervención utilizadas.

6.6 Caracterización de la Muestra

La muestra significa un determinado número de sujetos de una población definida como representativos de esa población (Tuckman, 2000).

En este estudio, la muestra fue recogida en el municipio de Viseu y es constituida por **50 docentes** de enseñanza primaria. De estos 50 docentes, **19** son del **Grupo de Escuelas del Viso**, **17** del **Grupo de Escuelas Infante Don Henrique**, **14** del **Grupo de Escuelas de Abraveses**.

La poca expresividad de la muestra en términos de aplicación de pruebas estadísticas de índole inferencial resulta de la intención exploratoria de este estudio, cuyos resultados se pretenden constituir como orientaciones con vista a la realización de estudios más abarcadores. No obstante la preocupación con el rigor metodológico del estudio, no es posible generalizar los resultados del estudio dada la poca representatividad de la muestra.

Al elegir la dimensión de análisis «Identificación», pretendíamos determinar, algunos parámetros que nos permitieran, trazar el perfil socio - demográfico de los elementos de la muestra. Para tal, optamos por los indicadores de **género**, **edad**, **habilitaciones**, **categoría profesional** y **tiempo de servicio**. Estos indicadores, al permitir definir un perfil, nos posibilitan igualmente, ver hasta qué punto las líneas del mismo puede contribuir para la interpretación del objeto de análisis.

6.7 Instrumentos de Análisis

La palabra cuestionario deriva del término latino “*quastionariu*”, siendo según Sousa (2005) una técnica de investigación, en la cual se interroga una serie de sujetos por escrito, buscando conocer sus opiniones, actitudes, predisposiciones, sentimientos, intereses, expectativas, experiencias personales, entre otros.

Fue precisamente este el motivo que nos ha conducido a la utilización de este instrumento de recogida de datos y, que nos permitió proceder al análisis de los datos recogidos a través de un procedimiento estadístico descriptivo e inferencial. El cuestionario de respuesta cerrada es el instrumento más utilizado en este tipo de investigación. La construcción de un cuestionario sólo se debe efectuar después de concretizarse la revisión de la literatura, definir los objetivos, hipótesis y cuestiones de investigación.

La elección de este tipo de instrumento acarrea algunas ventajas. En un estudio de este tipo y de esta dimensión, no sería de todo posible basarlo en observaciones directas, el cuestionario se asume así como el instrumento de recogida de datos más adecuado, debido a la cantidad de sujetos que permite comprender, aunque estos se encuentren a distancias considerables. Los datos se obtienen de una forma relativamente rápida, permitiendo con alguna facilidad la cuantificación de los datos. Proporciona algún confort al sujeto, dado que este puede proceder a su cumplimentación en el momento que considere más conveniente. El anonimato está garantizado, lo que podrá originar respuestas más sinceras y verdaderas (Tuckman, 2000).

El uso de cuestionarios puede traer también algunas desventajas. Luego a la partida, no hay la garantía de su devolución, o de su total cumplimentación. Como el investigador no está presente en el momento de su cumplimentación, pueden surgir algunas dudas derivadas de la interpretación del sujeto (Sousa, 2005).

Sousa (2005) refiere algunos cuidados en el uso de esta herramienta de recogida de datos, de forma a evitar la aparición de algunos problemas. Veamos la idoneidad de los mismos en relación con nuestro estudio:

- Cooperación. Es importante que el sujeto esté dispuesto a cooperar de libre voluntad. Fue presentado y explicado a los maestros de algunas escuelas, el propósito del estudio, el carácter anónimo del mismo, así como la petición de efectuar la cumplimentación de los referidos cuestionarios. El hecho de ser el investigador compañero de profesión, pensamos que contribuyó para una mayor cooperación en la respuesta a los mismos.
- Conocimiento. Hubo el cuidado de verificar si los sujetos de la muestra poseían conocimientos dentro del área abordada por el cuestionario.

- Capacidades. Los sujetos de la muestra poseían capacidades para responder al tipo de cuestiones formuladas.
- Honestidad. Buscamos tener certeza de que los sujetos respondían honestamente, no dando respuestas al azar, o hasta, deliberadamente erróneas.
- Exención. La forma como las cuestiones son colocadas puede influenciar las respuestas. Formulamos las cuestiones de forma que no influyeran en la respuesta de los sujetos en ningún sentido.
- Descripción. La intimidad de los sujetos es un aspecto a preservar. No fueron efectuadas preguntas de naturaleza personal ni íntima, ni de cualesquier otras áreas sensibles.
- Anticipación. El sujeto podrá en algunas situaciones no responder en consonancia con su propio pensamiento, pero efectuar sus respuestas, buscando adivinar el pensamiento del investigador, yendo al encuentro de sus ideas. A fin de evitar esta situación, el investigador no formuló ni dividió cualquier opinión.

La presente investigación tiene como instrumento de trabajo, la aplicación de cuestionarios a docentes de Enseñanza Primaria, de modo a conocer cuáles las estrategias que estos docentes consideran más adecuadas adoptar con alumnos con TDAH.

Cuando se llega a la concepción de un cuestionario es necesario ya haber ejecutado todo el trabajo preliminar relacionado con la planificación, la consulta y la definición exacta de la información que es necesario obtener. Sólo en este momento se está en condiciones de saber se el cuestionario es el más adecuado al objetivo propuesto y si a través de él se obtendrán datos relevantes.

En la elaboración y estructuración del cuestionario se tuvo en cuenta algunos factores, expresamente, el tipo de cuestiones, la presentación del cuestionario, la distribución y la devolución del mismo. Es igualmente importante tener presente que es en la altura de la concepción de los cuestionarios que es necesario reflejar sobre la forma como las respuestas serán analizadas. Este fue elaborado con base en la consulta bibliográfica efectuada.

El cuestionario (en anexo) es constituido por tres partes, siendo la primera la caracterización de la muestra (sexo, edad, habilitaciones académicas, tiempo de servicio y situación profesional). La segunda parte inquiriendo sobre el conocimiento que los docentes tienen en relación a los alumnos con TDAH y sus características. De la tercera parte forman parte un conjunto de cuestiones que abordan la aplicación de

estrategias de intervención con alumnos con TDAH. El cuestionario es constituido por preguntas cerradas.

La razón por la cual este estudio se centra en este nivel de enseñanza se debe al hecho de que en la enseñanza primaria existe un programa nacional para cumplir y los profesores, de un modo general, tienen dificultades en conseguir diversificar su práctica, atendiendo a las características de cada alumno y, en este caso particular adaptando el currículo a la especificidad de la TDAH.

El cuestionario fue aplicado a los maestros a través del Google Docs.

El Google Docs es un paquete de aplicativos del Google que funciona on-line y que permite la creación y comparte de documentos a través del internet. Este cuestionario posteriormente fue enviado por email a los docentes inquiridos. Posteriormente, analizamos los datos recogidos usando como técnica el análisis de contenidos para intentar cumplir el objetivo primordial, lo de responder al problema de investigación.

6.8 Validación del Cuestionario

Como ya informamos anteriormente, la construcción de nuestro cuestionario, tuvo como base un instrumento ya utilizado en varios estudios nacionales, lo que nos parece constituir una ventaja.

La construcción del cuestionario tuvo siempre presente la revisión de la literatura, los objetivos del estudio y la población del mismo, atendiendo a los cuidados metodológicos en la formulación y ordenación de preguntas, así como en la forma como los sujetos podrían responder a las varias cuestiones (Sousa, 2005).

La realización de una pre-prueba fue también una garantía de un cuestionario mejor sucedido. Según Correia (1999), la exigencia de precisión conduce a la necesidad de testar el cuestionario antes de su administración.

Esta validación puede ser hecha por un conjunto de profesores o investigadores. En este sentido y a fin de validar el interrogatorio por cuestionario fue elaborada una primera versión y sometida a la apreciación de algunos profesores.

En el proceso de validación de este instrumento de investigación participaron del estudio 10 docentes de enseñanza primaria, al cual fue aplicada una pre-prueba. El cuestionario fue aplicado, 2 veces, con un intervalo de dos semanas, al mismo grupo de docentes. El cuestionario, aún, se validó estadísticamente, a través de la prueba estadística - ALFA de Cronbach.

Aunque los resultados prueban un buen ALFA (83%), la correlación entre los ítems es un poco bajo, cuando comparamos las respuestas de los dos cuestionarios, esto se debe al hecho de que el cuestionario mide ítems no agrupados (Tuckman, 2000).

En esta fase, con las sugerencias recibidas fue posible perfeccionar el instrumento de recogida de datos, lo que condujo a la versión final. El cuestionario fue reestructurado, de forma a incluir cuestiones más objetivas y perceptivas, con el objetivo de recoger informaciones más precisas, de algún modo, con un mejor propósito/objetividad obtener respuestas menos mutables.

7. Análisis de los resultados

Al decidir sobre los instrumentos que deben adoptarse para obtener los datos, y teniendo en cuenta la naturaleza del estudio y la población, se optó por un estudio descriptivo utilizando la encuesta por cuestionario como instrumento de recogida de datos (Sousa, 2005).

La encuesta ofrece claramente la información que se pretende recoger de un grupo grande de personas y de manera rápida.

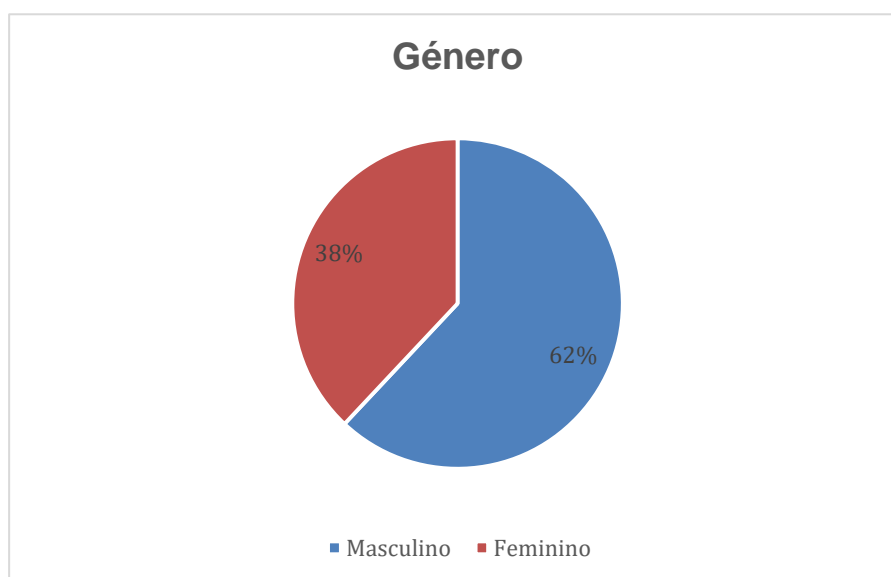
Esta investigación tiene como herramienta de trabajo, la aplicación de encuestas a los maestros de enseñanza primaria.

La encuesta consta de tres partes, la primera es referente a la caracterización de la muestra (género, edad, calificaciones académicas y tiempo de servicio); la segunda parte cuestionando sobre el conocimiento de los maestros acerca del TDAH; y la tercera parte cuestionando sobre la aplicación de las estrategias de intervención. La encuesta fue administrada a 50 maestros de enseñanza primaria, la muestra fue seleccionada de forma aleatoria en 3 agrupamientos contactados.

Creemos que de esta manera se obtuvo una muestra significativa. Sousa afirma que la mayoría de los investigadores defiende un mínimo de "30 sujetos para la muestra " con el fin de ser capaz de llevar a cabo cualquier análisis cuantitativa (Sousa, 2005, p. 73).

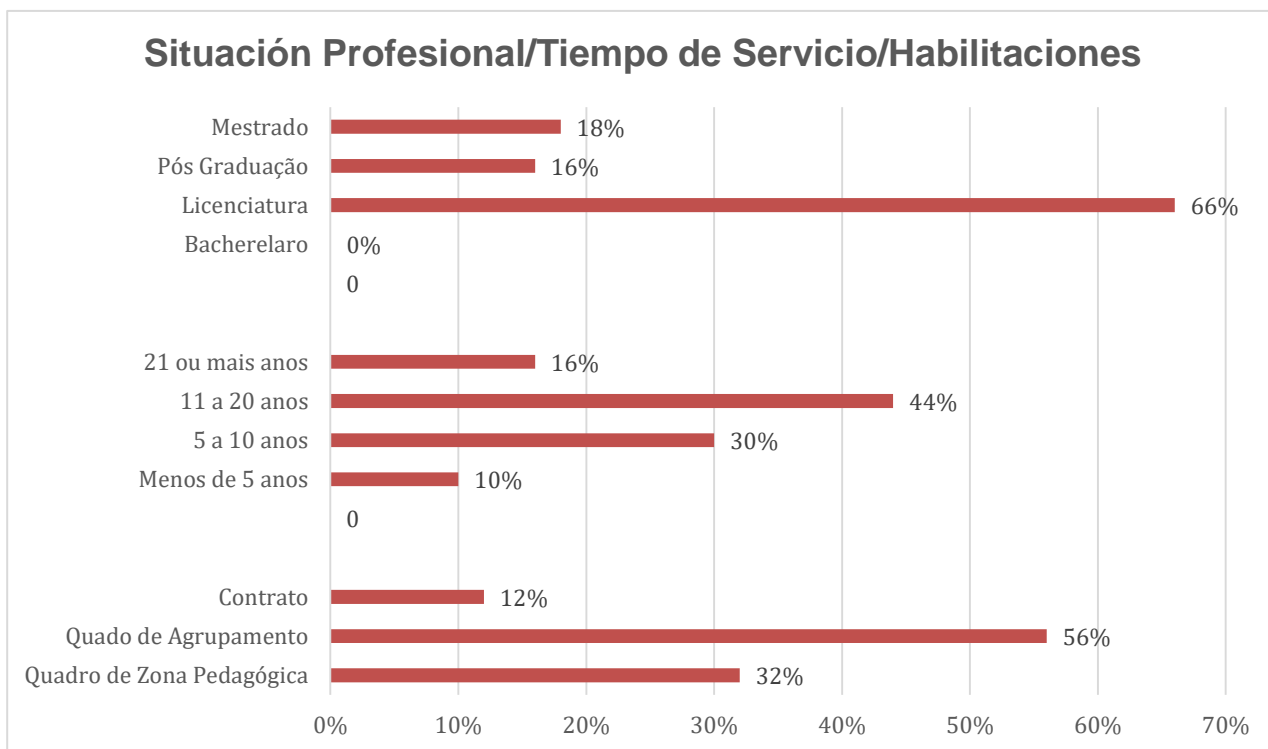
7.1. Datos Biográficos

Gráfico 1- Género



Al observar el gráfico 1, podemos ver que el 62% (31) de los maestros encuestados son mujeres y sólo el 38% (19) son hombres.

Gráfico 2 – Situación Profesional/Tiempo de Servicio/Habilitaciones

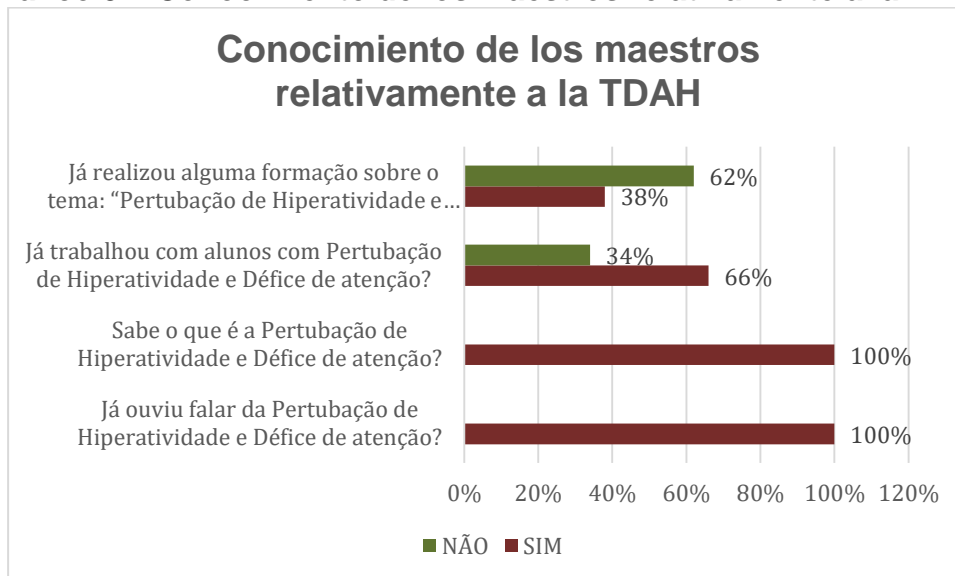


A través de los datos recogidos en lo gráfico 2, se observa que 56% (28 docentes) son del Cuadro de Agrupamiento, 12% (6 docentes) son contratados e 32% (16 docentes) son del Cuadro de Zona Pedagógica.

Por lo que se refiere al tiempo de servicio, solamente 10% (5) de los profesores cuestionados tiene menos de 5 años de tiempo de servicio. 30% (15) de los profesores tiene entre 5 a 10 años de tiempo de servicio, 44% (22) de los profesores tiene 11 a 20 años de tiempo de servicio y 16% (8) de los profesores tiene 21 o más años de tiempo de servicio. Por lo que se refiere a las calificaciones, 18% (9) dos cuestionados tienen máster, 16% (8) posee postgrado, contuvo la mayoría 66% (33) tiene como calificación la Licenciatura.

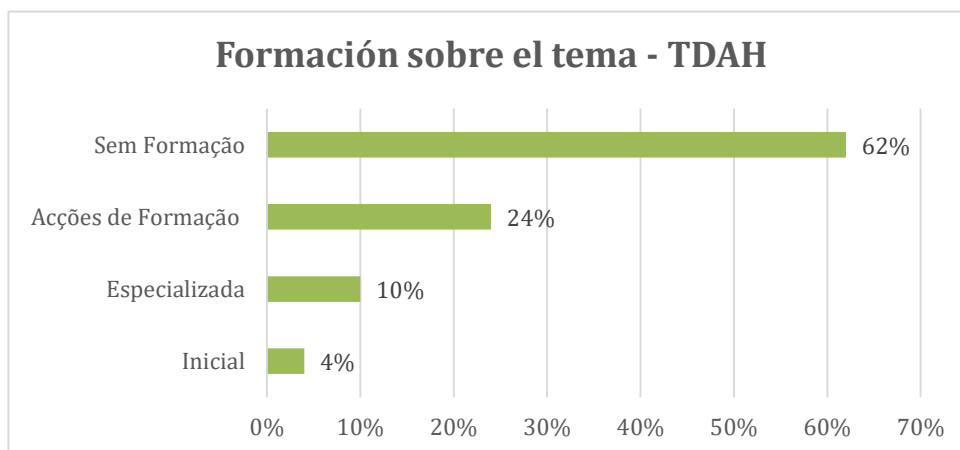
7.2. Conocimiento de los maestros relativamente a la TDAH

Gráfico 3 – Conocimiento de los maestros relativamente a la TDAH



Por el análisis del gráfico 3, podemos observar que 100% (50 maestros) han oído hablar de Déficit de Atención y hiperactividad y que 100% (50 maestros) afirma saber lo que es TDAH. Un número significativo de maestros 66% (33 maestros) ya trabajó con alumnos con TDAH y 34% (17 maestros) nunca no ha trabajado con alumnos con TDAH. A partir del análisis del gráfico, podemos aún verificar que, 62% (31 maestros) nunca no ha realizado formación sobre el tema de Déficit de Atención y hiperactividad y que 38% (19 maestros) ya realizó formación sobre el tema.

Gráfico 4 - Formación sobre el tema - TDAH



Después del análisis del gráfico 4, se verifica que 62% de los maestros no posee formación, 4% ha realizado acciones de formación inicial, 10% posee formación especializada sobre el tema y 24% ha frecuentado otras acciones de formación sobre el tema de déficit de atención.

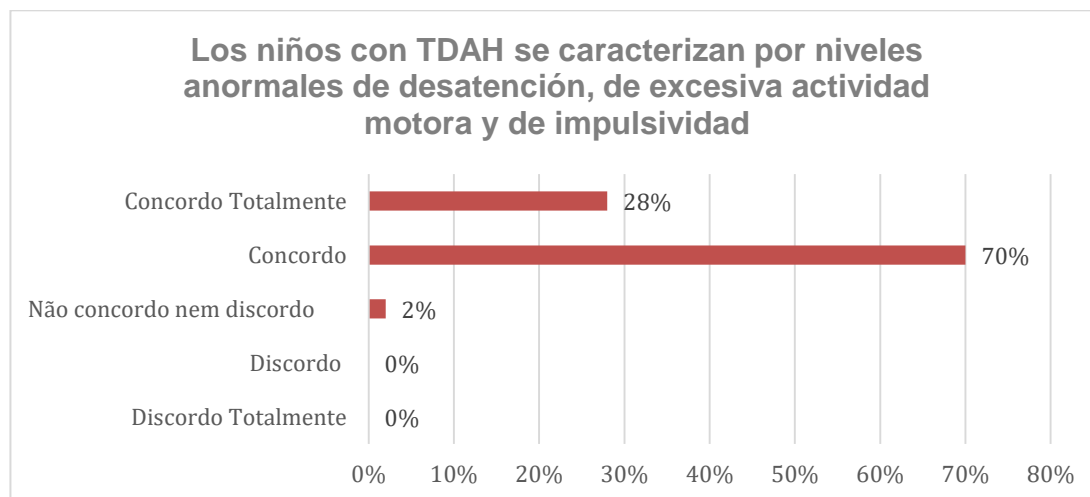
Tabla 1 – Teste Qui – Quadrado: Diferencias entre los maestros que ya trabajaron con alumnos con TDAH y los maestros que nunca han realizado formación sobre el tema de Déficit de atención hiperactividad

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,529	1	,033		
Continuity Correction ^a		1	,069		
Likelihood Ratio	3,314	1	,028		
Fisher's Exact Test	4,845				
Linear-by-Linear Association				,063	,032

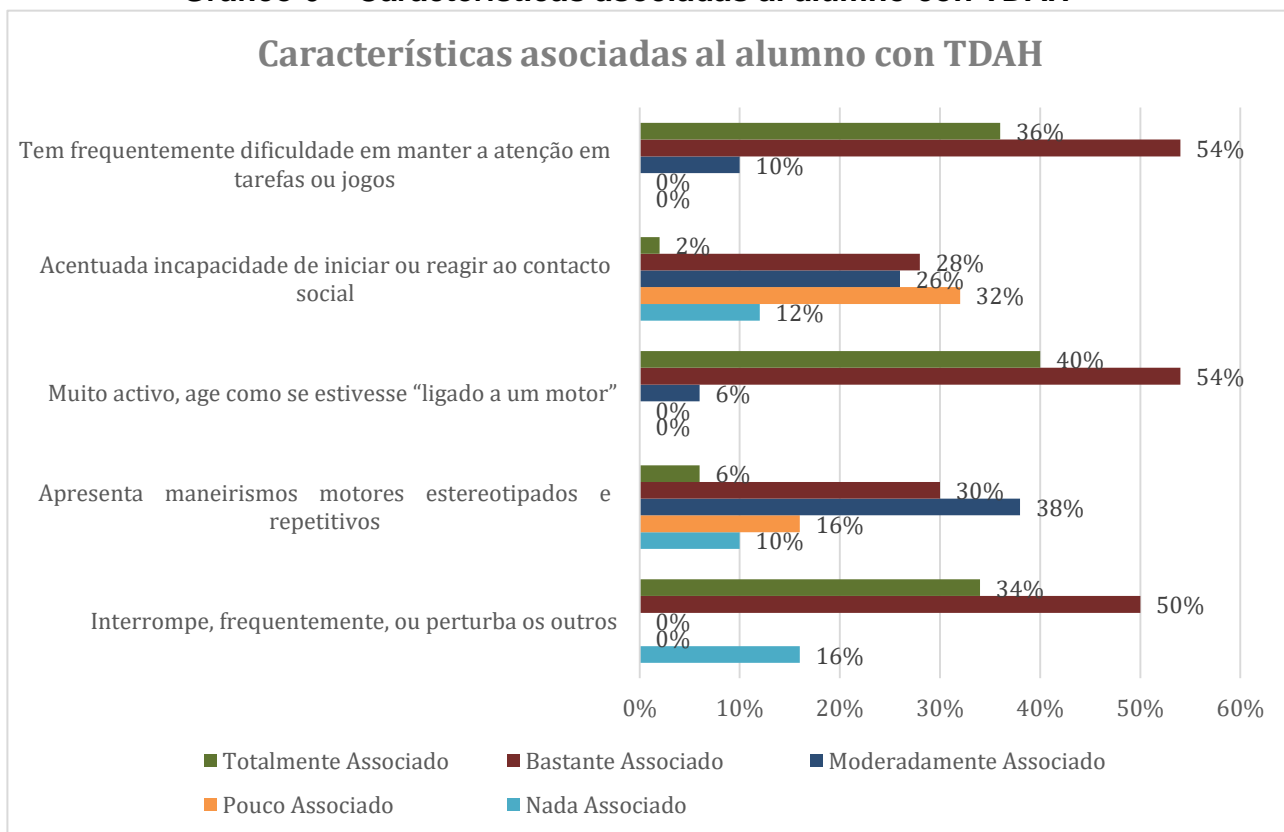
Después de un análisis estadística, se verifica una asociación entre el hecho de trabajar con alumnos con TDAH y el hecho de tener formación sobre el tema (Teste Qui-quadrado, $p=0,033$), sin embargo la probabilidad es baja.

Gráfico 5 – Los niños con TDAH se caracterizan por niveles anormales de desatención, de excesiva actividad motora y de impulsividad



Del análisis del gráfico 5, se constata que 70%(35 maestros) está de acuerdo con la afirmación que los niños con TDAH se caracterizan por niveles anormales de desatención, de excesiva actividad motora y de impulsividad; 28% (14 maestros) está completamente de acuerdo con la afirmación y solamente 2% (1 maestro) no está de acuerdo ni está en desacuerdo con la afirmación.

Gráfico 6 – Características asociadas al alumno con TDAH



A partir de la observación del gráfico 6, verificamos que en relación a la afirmación: *“Tiene frecuentemente dificultad para mantener la atención en tareas o juegos”*, 10% de los maestros piensan que esta característica aparece moderadamente asociada al alumno con TDAH; 54% son de opinión que esta característica está bastante asociado; y 36% refiere que esta característica está totalmente asociada al alumno con TDAH.

Por lo que se refiere a la afirmación: *“Acentuada incapacidad de iniciar o reaccionar al contacto social”*, 12% de los maestros son de opinión que esta característica no aparece asociada al alumno con TDAH; 32% son de opinión que aparecen poco asociados; 26% son de opinión que esta característica es moderadamente asociada al alumno con TDAH, 28% refiere que es bastante asociado; y 2% creen que esta característica es moderadamente asociada al alumno con TDAH.

En cuanto a la Afirmación: *“Muy activo, actúa como se estuviera “conectado a un motor”*”, 6% de los maestros inquiridos es de la opinión que esta característica está moderadamente asociada al alumno con TDAH; 54% reparto de la opinión que esta característica está bastante asociada al alumno con TDAH; y 40% es de la opinión que esta característica está totalmente asociada al alumno con TDAH.

En el que concierne a la Afirmación: “*Presenta manierismos motores estereotipados y repetitivos*”, 10% de los maestros divide de la opinión que esta característica aparece nada asociada al alumno con TDAH; 16% considera que esta característica aparece poco asociada al alumno con TDAH; 38% refiere que esta característica es moderadamente asociada; 30% refiere que esta característica se presenta bastante asociada; y 6% menciona que esta característica está totalmente asociada al alumno con TDAH.

En relación a la Afirmación: “*Interrumpe, frecuentemente, o perturba los otros*”, 16% de los maestros inquiridos refirió que esta característica está moderadamente asociada al alumno con TDAH; 50% de los profesores refirió que esta característica está bastante asociada al alumno con TDAH; y 34% de los maestros divide de la opinión que esta característica está totalmente asociada al alumno con TDAH.

Tabla 2 – Teste Mann - Whitney: Diferencias entre los docentes que ya trabajaron con alumnos con TDAH y los docentes que nunca trabajaron con alumnos con TDAH, en relación a la identificación de las características que aparecen asociadas al alumno hiperactivo

Test Statistics^a

	indice_Car_a luno
Mann-Whitney U	159,500
Wilcoxon W	312,500
Z	-2,498
Asymp. Sig. (2- tailed)	,012

Grouping Variable: ya trabajó con alumnos con TDAH?

O Teste Mann – Whitney, revela que los docentes que ya trabajaron con alumnos con TDAH identifican más fácilmente las características que aparecen asociadas a estos alumnos, del que los docentes que nunca trabajaron con alumnos con TDAH (Teste Mann- Whitney, $p=0,012$).

Tabla 3 – Teste Mann - Whitney: Diferencias entre los docentes que ya realizaron formación sobre el tema de la TDAH y los docentes que nunca realizaron formación sobre el tema, en relación a la identificación de las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH.

Test Statistics^a

	indice_Car_a luno
Mann-Whitney U	151,000
Wilcoxon W	647,000
Z	-2,891
Asymp. Sig. (2- tailed)	,004

a. Grouping Variable: Ja ya realizó formación sobre el tema:
"TDAH"?

A partir de la observación de lo Test Mann-Whitney, se verifica que los docentes que ya realizaron formación sobre el tema de la TDAH identifican más fácilmente las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH, del que los docentes sin formación sobre el tema (Teste Mann-Whitney, $p=0,004$).

Tabla 4 – Teste Kruskal – Wallis: Diferencias entre los docentes con más y con menos tiempo de servicio, en relación a la identificación de las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH

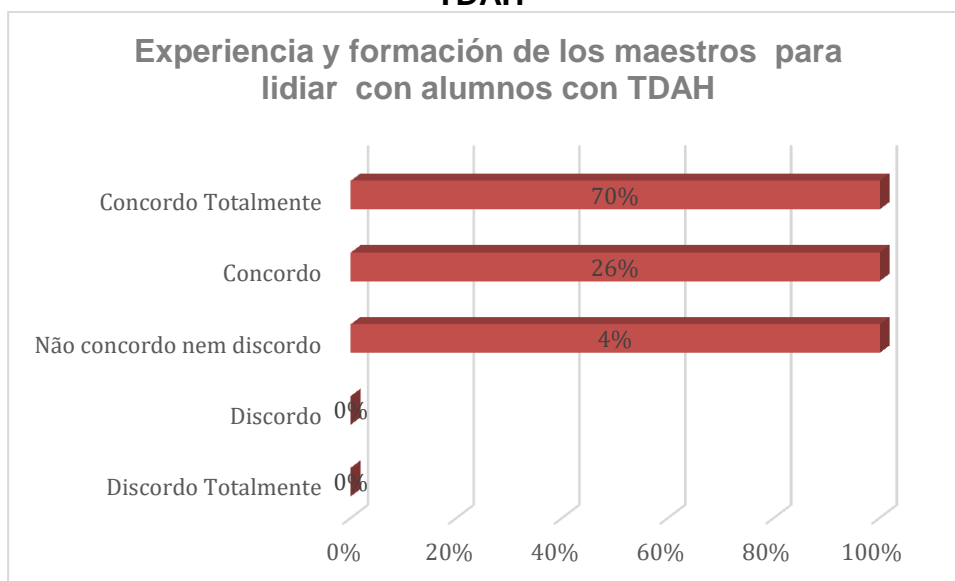
Test Statistics^a

	indice_Car_a luno
Chi-square df	7,215
Asymp. Sig.	3 ,065

a. Kruskal Wallis Test b. Grouping Variable: Tiempo de Servicio

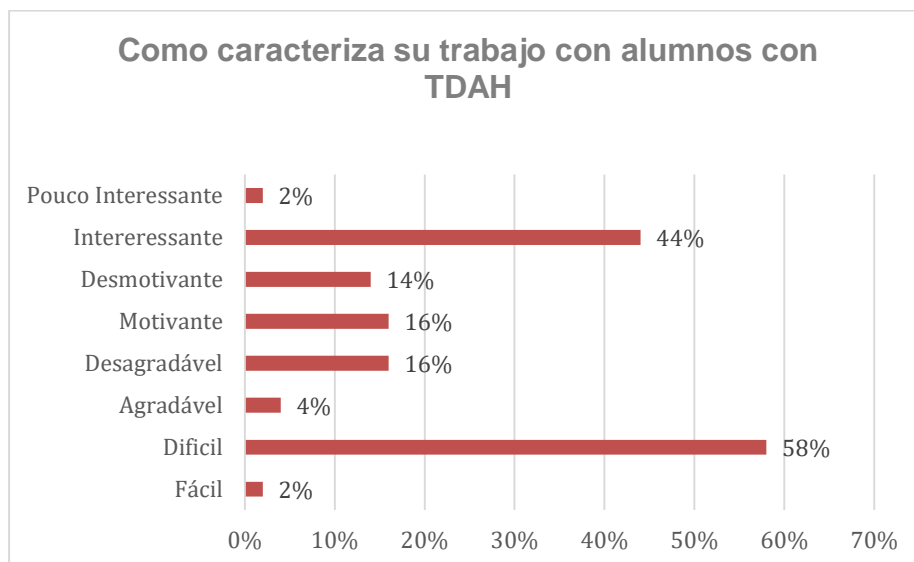
O Teste Kruskal – Wallis reveló que quién tiene más tiempo de servicio identifica más fácilmente las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,065$).

Gráfico 7 – Experiencia y formación de los maestros para lidiar con alumnos con TDAH



A partir de la observación del gráfico 7, podemos verificar que 26% (13 maestros) concuerda que la experiencia y formación son importantes para lidiar con alumnos con TDAH; 70% (35 maestros) concuerda totalmente que la experiencia y formación son importantes para lidiar con alumnos con TDAH; y 4% (2 maestros) no concuerda ni discuerda con la afirmación.

Gráfico 8 – Como caracteriza su trabajo con alumnos con TDAH

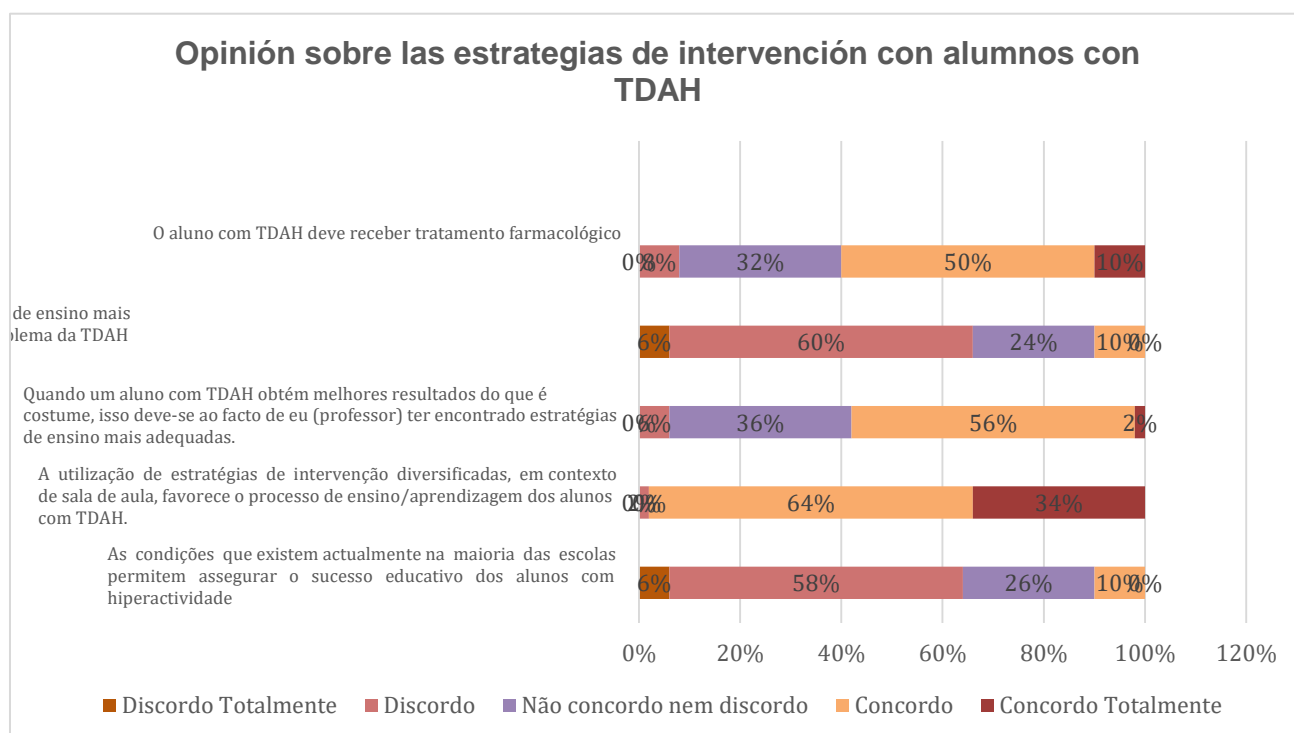


De los maestros inquiridos que ya trabajaron con alumnos con TDAH, 2% de los profesores refiere que el trabajo con estos alumnos es poco interesante; 44% considera interesante el trabajo con estos alumnos; 14% considera ese trabajo desmotivante; 16%

refiere que es un trabajo motivante; 16% considera desagradable el trabajo con estos alumnos; 4% de los profesores considera que es agradable trabajar con estos alumnos; 58% menciona que es difícil trabajar con alumnos con TDAH; y 2% refiere que es fácil el trabajo con estos alumnos.

7.3. Aplicación de estrategias de intervención a alumnos con TDAH

Gráfico 9 – Opinión sobre las estrategias de intervención con alumnos con TDAH



Por la observación del gráfico 9, podemos verificar que, en relación al hecho del alumno con TDAH recibir tratamiento farmacológico, 8% (4 docentes) discuerdan; 32% (16 docentes) no concuerdan ni discuerdan; 50% (25 docentes) concuerdan; y 10% (5 docentes) concuerdan totalmente.

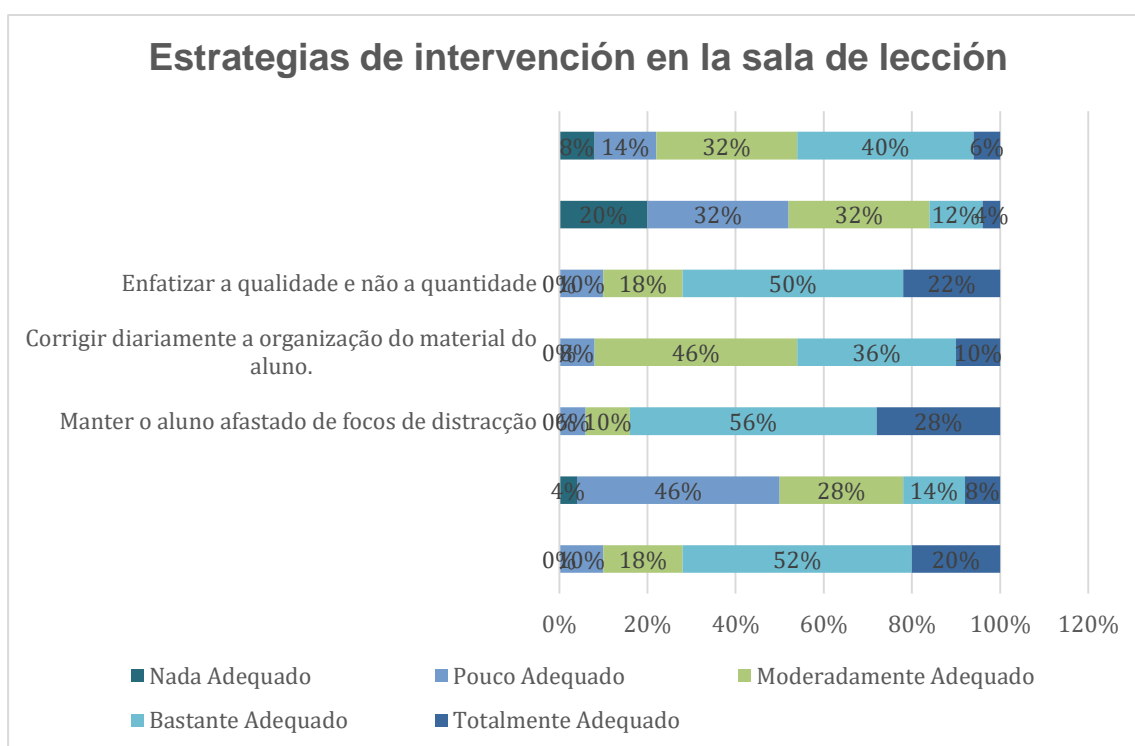
En el que dice respeto, al hecho de una intervención del tipo educativo, ser la forma de una enseñanza más individualizada ser suficiente para resolver el problema de la TDAH, 6% (3 docentes) discuerdan totalmente; 60% (30 docentes) discuerdan; 24% (12 docentes) no concuerdan ni discuerdan; y 10% (5 docentes) concuerdan; 60% (30 docentes) discuerdan; 24% (12 docentes) no concuerdan ni discuerdan; y 10% (5 docentes) concuerdan.

En cuanto al alumno con TDAH obtener mejores resultados del que es costumbre, si deber al hecho del maestro haber encontrado estrategias de enseñanza más adecuadas, 6% (3 docentes) discuerdan; 36% (18 docentes) no concuerdan ni discuerdan, 56% (28 docentes) concuerdan; y sólo 2% (1 docente) concuerda totalmente.

En relación al uso de estrategias de intervención, en contexto de sala de clase, favorecer el proceso de enseñanza/aprendizaje de los alumnos con TDAH, 2% (1 docente) discuerda; 64% (32 docentes) concuerdan; 34% (17 docentes) concuerdan totalmente.

En el que concierne, a las condiciones que existen actualmente en la mayoría de las escuelas permitan asegurar el éxito educativo de los alumnos con TDAH, 6% (3 docentes) discuerdan totalmente; 58% (29 docentes) discuerdan; 26% (13 docentes) no concuerdan ni discuerdan; y 10% (5 docentes) concuerdan.

Gráfico 10 – Estrategias de intervención en la sala de lección



Del análisis del gráfico 10, se verifica que en relación a la estrategia: *“Mantener la sala interesante, pero evitando paredes repletas de carteles con informacion”*, 8% (4 docentes) consideran esta estrategia nada adecuada; 14% (7 docentes) mencionan que esta estrategia es poco adecuada; 32% (16 docentes) consideran la estrategia moderadamente adecuada; 40% (20 docentes) refieren que la estrategia es bastante adecuada y 6% (3 docentes) dicen que la estrategia es totalmente adecuada.

En lo que concierne a la estrategia: “*La mochila del alumno debe quedar siempre al fondo de la sala de clase*”, 20% (10 docentes) consideran esta estrategia nada adecuada; 32% (16 docentes) consideran la estrategia poco adecuada; 32% (16 docentes) piensan que esta estrategia es moderadamente adecuada; 12% (6 docentes) dividen de la opinión de que esta estrategia es bastante adecuada y 4% (2 docentes) refieren que esta estrategia es totalmente adecuada.

En relación a la estrategia: “*Enfatizar la calidad y no la cantidad*”, 10% (5 docentes) consideran esta estrategia poco adecuada; 18% (9 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es moderadamente adecuada; 50% (25 docentes) piensan que esta estrategia es bastante adecuada y 22% (11 docentes) consideran esta estrategia totalmente adecuada.

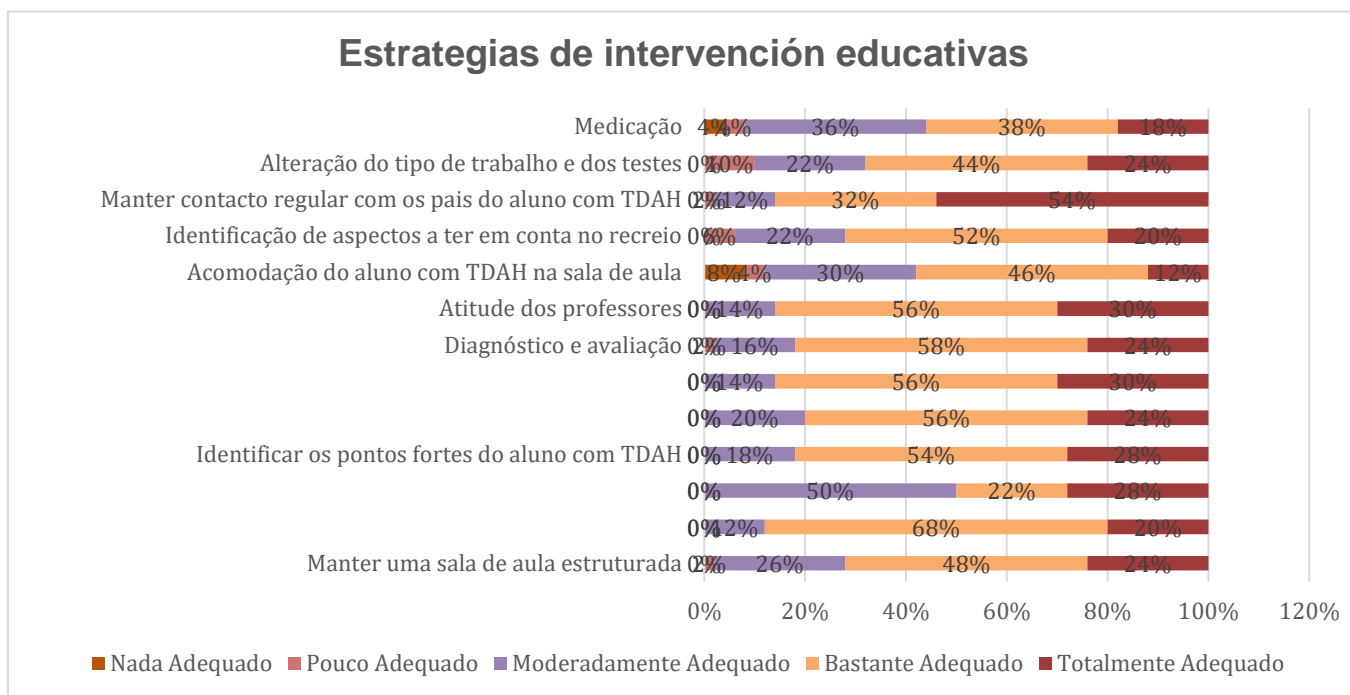
En cuanto a la estrategia: “*Corregir diariamente la organización del material del alumno*”, 8% (4 docentes) consideran esta estrategia poco adecuada; 46% (23 docentes) refieren que esta estrategia es moderadamente adecuada; 36% (18 docentes) divide de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada y 10% (5 docentes) piensan que esta estrategia está totalmente adecuada.

En lo que concierne a la estrategia: “*Mantener el alumno alejado de focos de distracción*”, 6% (3 docentes) considera esta estrategia poco adecuada; 10% (5 docentes) refieren que esta estrategia es moderadamente adecuada; un grupo significativo de docentes 56% (28 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada y 28% (14 docentes) consideran esta estrategia totalmente adecuada.

En relación a la estrategia: “*Sentar el alumno en medio de dos alumnos que sean buenos ejemplos*”, sólo 4% (2 docentes) considera que esta estrategia no está nada adecuada; 46% (23 docentes) refieren que esta estrategia es poco adecuada; 28% (14 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es moderadamente adecuada; 14% (7 docentes) consideran esta estrategia bastante adecuada y 8% (4 docentes) refieren que esta estrategia es totalmente adecuada.

En el que concierne a la estrategia: “*Sentar el alumno en la primera fila, cerca de la secretaria del profesor*”, sólo 10% (5 docentes) mencionan que esta estrategia es poco adecuada; 18% (9 docentes) consideran la estrategia moderadamente adecuada; 52% (26 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada y 20% (10 docentes) refieren que esta estrategia es totalmente adecuada.

Gráfico 11 - Estrategias de intervención educativas



En consonancia con lo gráfico 11, verificamos que en relación al “uso de la medicación”, como estrategia, con alumnos con TDAH, 4% (2 docentes) consideran esta estrategia nada adecuada; 4% (2 docentes) mencionó esta estrategia como siendo poco adecuada; 36% (18 docentes) consideran esta estrategia moderadamente adecuada; 40% (20 docentes) consideran la estrategia bastante adecuada y 18% (9 docentes) refieren que la estrategia es bastante adecuada.

En relación a la estrategia: “Alteración del tipo de trabajo y de las pruebas”, sólo 10% (5 docentes) refiere que esta estrategia es poco adecuada; 22% (11 docentes) consideran la estrategia moderadamente adecuada; 44% (22 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada y 24% (12 docentes) respondieron que esta estrategia es totalmente adecuada. En lo que concierne a la estrategia: “Mantener contacto regular con los padres del alumno con TDAH”, sólo 2% (1 docente) considera que es poco adecuado mantener el contacto regular con los padres del alumno hiperactivo; 12% (6 docentes) mencionaron que esta estrategia es moderadamente adecuada; 32% (16 docentes) consideran que este contacto con los padres es bastante adecuado y 54% (27 docentes) llegan aún a referir que este contacto es totalmente adecuado.

En relación a la estrategia: “Identificación de aspectos a tener en cuenta en el recreo”, 6% (3 docentes) considera que esta estrategia es poco adecuada; 22% (11 docentes) consideran la estrategia moderadamente adecuada; 52% (26 docentes) respondieron que esta estrategia es bastante adecuada y 20% (10 docentes) mencionaron que la estrategia es totalmente adecuada.

En cuanto a la estrategia: *“Acomodación del alumno con TDAH en la sala de clase”*, 8% (4 docentes) consideran que esta estrategia no es nada adecuada para el alumno con TDAH; 4% (2 docente) refirió que esta estrategia es poco adecuada; 30% (15 docentes) consideran esta estrategia moderadamente adecuada; 46% (23 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada y 12% (6 docentes) consideran esta estrategia totalmente adecuada.

En el que concierne a la estrategia: *“Actitud de los profesores”*, 14% (7 docentes) consideran que la actitud de los profesores es una estrategia moderadamente adecuada; 56% (28 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada, y 30% (15 docentes) refieren que esta estrategia es totalmente adecuada.

En relación a la estrategia: *“Diagnóstico y evaluación”*, sólo 2% (1 docente) considera esta estrategia poco adecuada; 16%(8 docentes) refieren que esta estrategia es moderadamente adecuada; 58% (29 docentes) consideran la estrategia bastante adecuada y 24% (12 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es totalmente adecuada.

En lo que concierne a la estrategia: *“Enseñar al alumno con TDAH la auto monitorización (método de enseñar los alumnos a prestar atención a su comportamiento y a evaluar su propio desempeño)”*, 14% (7 docentes) consideran esta estrategia moderadamente adecuada; 56% (28 docentes) refieren que esta estrategia es bastante adecuada y 30% (15 docentes) respondieron que esta estrategia es totalmente adecuada.

En relación a la estrategia: *“Usar instrucciones, avisos y advertencias eficaces, para mejorar el comportamiento del alumno con TDAH”*, 20% (10docentes) respondieron que esta estrategia es moderadamente adecuada; 56% (28 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada y 24% (12 docentes) consideran la estrategia totalmente adecuada.

En cuanto a la estrategia: *“Identificar los puntos fuertes del alumno con TDAH”*, sólo 18% (9 docentes) consideran esta estrategia moderadamente adecuada; 54% (27 docentes) respondieron que esta estrategia es bastante adecuada y 28% (14 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es totalmente adecuada.

En lo que concierne a la estrategia: *“Modificación en la presentación de las clases e introducción de adaptaciones en las tareas a realizar”*, 50% (25 docentes) respondieron que esta estrategia es moderadamente adecuada; 22% (11 docentes) consideran que esta estrategia es bastante adecuada y 28% (14 docentes) refieren que esta estrategia es totalmente adecuada.

En el que concierne a la estrategia: *“Entrenamiento de cualificaciones de organización y de establecimiento de objetivos”*, 12% (6 docentes) consideran la estrategia moderadamente adecuada; 68% (34 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia

es bastante adecuada y 20% (10 docentes) respondieron que esta estrategia es totalmente adecuada.

En relación a la estrategia: "*Mantener una sala de clase estructurada*", sólo 2% (1 docente) considera la estrategia poco adecuada; 26% (13 docentes) consideran la estrategia moderadamente adecuada; 48% (24 docentes) dividen de la opinión que esta estrategia es bastante adecuada, y 24% (12 docentes) respondieron que esta estrategia es totalmente adecuada.

Capítulo 8 - Discusión de los Resultados

Pretendemos hacer una síntesis de los aspectos más significativos, obtenidos a través de las encuestas hechas a los profesores de 1º Ciclo de los varios agrupamientos seleccionados.

Como referido anteriormente pretendía determinarse cuáles las estrategias que los docentes de 1º CEB seleccionan para la intervención con los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

La muestra del estudio es representada por 50 docentes de 1º Ciclo de Enseñanza Básica, todos en ejercicio de funciones, en 3 Agrupamientos de Escuelas. La gran mayoría de los docentes encuestados que ejercitan la profesión de docente son del sexo femenino (62%), lo que no contraria la tendencia nacional de, como refiere Benavente (1980), la docencia de 1º Ciclo ser una profesión típicamente femenina.

Verificamos que un gran porcentaje de docentes tiene una situación profesional bastante estable, cerca de 56% de los docentes encuestados pertenecen ya al cuadro de agrupamiento y su tiempo de servicio varía entre los 11 y los 20 años. La mayoría de los docentes, 66%, posee como formación la Licenciatura y solo 18% de los docentes encuestados posee como habilitación el Master. Tal vez por la estabilidad profesional, los docentes no han sentido necesidad de formación especializada.

En lo que se refiere al conocimiento que los docentes tienen sobre la TDAH, la totalidad de los profesores afirma ya haber escuchado algo sobre trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad y afirma saber lo que es la TDAH. Gran parte de los encuestados, 66%, ya ha trabajado con alumnos con TDAH, sin embargo, 62% de los docentes nunca ha hecho formación sobre el tema de la TDAH. Solamente 10% de los docentes posee formación especializada sobre el tema y solo 24% ya ha realizado acciones de formación. A través de una análisis estadística, se verifica una asociación entre el hecho de ya haber trabajado con alumnos con TDAH y el hecho de tener formación sobre el tema del Déficit de Atención e Hiperactividad (Teste Qui-cuadrado, $p=0,033$).

En relación a la afirmación: “los niños con TDAH se caracterizan por niveles anormales de desatención, excesiva actividad motora e impulsividad” la opinión de los docentes parece bien definida, esto es, 70% de los encuestados está de acuerdo con esta afirmación. Según Antunes, una forma interesante de visionar el problema es imaginar el niño con TDAH como un coche sin frenos: “incapaz de frenar las distracciones – desatento; incapaz de frenar los deseos – impulsivo; incapaz de frenar las acciones – con TDAH.” (Antunes, 2009, p.151).

Cuando se afrontan con las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH, la opinión de los docentes no es tan unánime. La gran mayoría de los

docentes aludió como características principales que aparecen asociadas al alumno con TDAH, las siguientes:

- tiene frecuentemente dificultades en mantener la atención en tareas o juegos;
- muy activo, actúa como si estuviera “conectado a un motor”;
- interrumpe, frecuentemente, o perturba los demás.

A pesar de la totalidad de los docentes encuestados, 100%, afirmar saber lo que es El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y 66% de los docentes ya haber trabajado con alumnos con TDAH, señalaran como características que aparecen asociadas al alumno con TDAH: “acentuada incapacidad de iniciar o reaccionar al contacto social”, 28% de los docentes refiere que esta característica está bastante asociada y, 30% de los docentes mencionaran que la característica “presenta manierismos motores estereotipados y repetitivos” también está bastante asociada, 6% llega mismo a afirmar que está totalmente asociada. Estas no son características de los alumnos con TDAH, sino de los alumnos autistas. Según los criterios del DSM-IV-TR, “...los síntomas definidores del disturbo por déficit de atención con hiperactividad son: actividad motora excesiva, falta de atención e impulsividad” (García, 2001, p. 13).

“Los niños hiperactivos se caracterizan por ser inquietos, distraídos e impulsivos, suelen tener problemas relacionales con compañeros y amigos, se muestran impacientes, cambian constantemente de actividad, son desobedientes, y empiezan con frecuencia peleas o discusiones” (García, 2002, p. 16).

Después de un análisis bivariado, los docentes que ya han trabajado con alumnos con TDAH identifican más fácilmente las características que aparecen asociadas a estos alumnos, que los docentes que nunca han trabajado con alumnos con TDAH (Teste Mann-Whitney, $p=0,012$), así como los docentes que ya han realizado formación sobre el tema: TDAH, también identifican mejor las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH, que los docentes que no poseen cualquier formación (Teste Mann-Whitney, $p=0,004$).

Cerca de 70% de los docentes encuestados están totalmente de acuerdo que la experiencia y formación de los docentes son importantes para enfrentarse con alumnos con TDAH.

Con respecto al tiempo de servicio, se verifica que los docentes que tienen menos que 5 años de servicio, presentan menos capacidad de identificación de las características que aparecen asociadas al alumno con TDAH, que los docentes con más tiempo de servicio. No obstante, esta relación no es estadísticamente significativa (Teste Kruskal-Wallis, $p=0,065$).

Quien tiene menos que 5 años de tiempo de servicio tiene obligatoriamente menos experiencia profesional y probablemente menos formación, o sea, estos docentes todavía no tienen la percepción que es necesaria formación acrecida, además de la formación inicial. Actualmente, existe una noción cada vez más clara de la TDAH en el sistema educativo. Los profesores reciben formación universitaria sobre esta perturbación y en las prácticas profesionales. Muchos departamentos de enseñanza han lanzado folletos con orientaciones e información sobre la TDAH para profesores (Selikowitz, 2010).

En los días de hoy un profesor interesado tiene acceso a un amplio abanico de información sobre la hiperactividad y déficit de atención, en libros, en el internet, revistas, etc. Sin embargo, sigue siendo necesario apostar en la formación continua de todos los intervinientes en el proceso educativo del alumno, para poder auxiliarse efectivamente estos alumnos. De los 66% de docentes que ya han trabajado con alumnos con TDAH, 58 % caracterizan este trabajo como difícil, pero interesante (44%).

La opinión de los docentes está bien clara cuando abordados en relación con su opinión sobre las estrategias de intervención con alumnos con TDAH. Cerca de 64% de los docentes está de acuerdo que la utilización de estrategias de intervención, en contexto de aula, beneficia el proceso de enseñanza/aprendizaje de los alumnos con TDAH. Es imprescindible que la intervención se oriente para facilitar los aprendizajes de los alumnos con TDAH, por eso, importa recurrir a las técnicas más eficaces para mejorar la enseñanza.

De los docentes encuestados, 50% también está de acuerdo que el alumno con TDAH debe recibir tratamiento farmacológico. Según Antunes (2009, p. 166), “no subsisten dudas cuanto al hecho de la medicación ser la intervención más eficaz en la reducción de los síntomas de la TDAH, nombradamente en la desatención e hiperactividad.”

Aún según la opinión de los docentes sobre las estrategias de intervención con alumnos con TDAH, 60% de los docentes rechaza que una intervención de tipo educativo, en forma de una enseñanza más individualizada es suficiente para solucionar el problema de la TDAH. Dicho esto, una intervención solamente educativa no es suficiente para colmatar el problema del Déficit de Atención y Hiperactividad en contexto escolar. El tratamiento de la TDAH consiste, desde hace varias décadas, básicamente en la administración de fármacos, especialmente estimulantes, bien como en la aplicación de métodos comportamentales y cognitivos. Ambas modalidades de tratamiento han tenido éxito, mejorando el comportamiento del niño en diferentes aspectos (García, 2001).

Actualmente, los niños pasan una parte considerable de sus vidas en el aula, aproximadamente 6 a 8 horas al día, 5 días por semana. La escuela se ha convertido en una institución que ya no se limita a instruir en materias académicas. Es ahora algo

que se acerca de la institución educativa por excelencia y donde se juega mucho de la vida de millones de personas (Lopes, 2004).

Es importante que el profesor detenga conocimientos suficientes sobre este desorden que le permitan dar respuesta a las necesidades educativas de estos alumnos y que le posibiliten proceder a las modificaciones adecuadas en el aula.

Las estrategias de intervención, en el aula, que los docentes consideran más adecuadas adoptar para la creación de un ambiente propicio al aprendizaje del alumno con TDAH son:

- Mantener el alumno alejado de focos de distracción (56% están de acuerdo y 28% están completamente de acuerdo);
- Enfatizar la calidad y no la cantidad (50% están de acuerdo y 22% están completamente de acuerdo);
- Sentar al alumno en la primera fila, cerca de la secretaria del profesor (52% están de acuerdo e 20% están completamente de acuerdo).

Varios docentes comparten la opinión que la estrategia: “la mochila del alumno debe estar siempre al fondo del aula” es poco adecuada para la reacción a un ambiente de aprendizaje. Sin embargo, Selikowitz (2010, p. 179) no comparte de la misma opinión. Según él, “las mochilas deben estar al fondo del aula, en un rincón, y las secretarías y las pizarras deben mantenerse vacías.”

Un alumno con TDAH necesita un ambiente escolar bien estructurado, una vez que fácil y frecuentemente se distrae, cualquier estímulo que pueda provocar que eso ocurra debe ser evitado.

Es evidente que si un niño tiene facilidad en distraerse, el aula o el lugar de estudio debe estar ausente de factores de alejamiento como televisores, móviles o juguetes. Por otro lado, los principales factores de desatención en el aula son los propios compañeros, por lo que la busca del mejor lugar para sentar a un niño con hiperactividad es crucial (Antunes, 2009).

Según Parker (2003), los alumnos con TDAH deben sentarse cerca de un buen modelo, o cerca del profesor, por forma a que puedan ser alentados a trabajar. Debe intentarse no sentar alumnos con TDAH cerca de los demás, cerca de ventanas o de expositores, o mismo cerca de áreas del aula en que están sujetos a más distracciones. “Es necesario que el profesor enfatice la calidad y no las cantidades” (Nielson, 1999, p. 62).

El maestro debe intentar que el alumno realice los trabajos escolares con calidad, pues el alumno va a sentirse menos presionado por el factor tiempo y será capaz de realizar la tarea en cuestión, aprovechando al máximo sus capacidades.

De este modo, el docente reduce gran parte de la presión que estos alumnos sienten en cuanto a la necesidad de completar tareas.

En cuanto a las estrategias de intervención educativa que los docentes consideran más adecuadas utilizar con alumnos con TDAH, la mayoría de los docentes eligió las siguientes:

- Identificar los puntos fuertes del alumno con TDAH (54% están de acuerdo y 28% están completamente de acuerdo);
- Mantener contacto regular con los padres del alumno con TDAH (32% están de acuerdo y 54% están completamente de acuerdo).
- Actitud de los profesores (56% están de acuerdo e 30 % están completamente de acuerdo).

De manera general, las estrategias seleccionadas anteriormente por los docentes encuestados son fácilmente identificadas por estos y no difieren mucho. La selección de tales estrategias no dependen del tiempo de servicio, ni del tipo de formación, ni del hecho de estos ya haber trabajado con alumnos con TDAH, o sea, todos los docentes identifican correctamente las estrategias a seleccionar para trabajar con alumnos con TDAH.

Es necesario desarrollar el sentido de competencia y de responsabilidad del alumno con TDAH. “El maestro debe identificar los puntos débiles y los puntos fuertes del alumno y crear oportunidades para, basándose en los puntos fuertes, ayudarlo a desarrollar y a mejorar su imagen.” (Nielson, 1999, p. 61). La comprensión, el estímulo y el elogio deben estar siempre presentes cuando se trata con estos alumnos, una vez que poseen baja autoestima y constantemente son albos de reacciones negativas y de castigos.

“El alumno que se ve como un contribuyente válido para su clase o escuela tiene mucho más probabilidades de desarrollar un sentido positivo de sí mismo que un alumno que siente nada tener para ofrecer” (Parker, 2003, p. 57). Los docentes deben indagar áreas en las que los alumnos con TDAH si puedan destacar y contribuir, de manera a que estos se sientan orgullosos de su trabajo y adquieran hábitos de responsabilidad, bien como, colmaten problemas de autoestima. Pequeñas realizaciones pueden hacer una gran diferencia.

“Los profesores de un niño con este disturbio deben mantener un contacto regular con los padres del alumno” (Selikowitz, 2010, p.180). Esta comunicación es fundamental para garantizar que tanto los padres como los profesores están a la par de los progresos del alumno. Es todavía una oportunidad para los docentes conversaren con los padres sobre las estrategias de apoyo al trabajo del niño en casa.

Padres y profesores deberán intentar adoptar actitudes positivas para con sus hijos y alumnos, y poner en práctica normas de actuación correctas que favorezcan las interacciones y faciliten la convivencia familiar y escolar. La comunicación entre padres y profesores es fundamental para garantizar que ambos están a la par de los progresos del niño y de los pasos que se están dando en el sentido de apoyarla en el contexto familiar y escolar, y aún, como forma de definir estrategias.

Cuando se trata de reducir y controlar el comportamiento de los niños hiperactivos en la escuela, es imprescindible que los docentes adopten actitudes favorables y positivas, y establezcan un sistema de aprendizaje escolar que tenga en cuenta las capacidades, las destrezas y las limitaciones presentadas por tales niños. “El elogio es el más poderoso de los estímulos, el premio el reconocimiento tangible del éxito” (Antunes, 2009, p. 179).

Es fundamental la adopción de estrategias educativas, por parte de los docentes, estrategias esas que permitan ajustar el comportamiento del alumno con TDAH, de manera que este adquiera competencias académicas y no perturbe los restantes elementos de la clase. “Está claro que una clase viva e interesante, ministrada por un profesor que es buen comunicador, logra captar la atención de manera distinta de otra profundamente tediosa por el tono monocordio de un profesor - robot” (Antunes, 2009, p. 175).

Capítulo 9 - Conclusiones

9.1 – Conclusiones en Castellano

La TDAH es un trastorno del comportamiento que afecta la vida de un gran número de niños en los aspectos más distintos: en la escuela, en casa, en la comunidad y en la relación con los demás. Su identificación precoz, el diagnóstico exacto de las diferentes situaciones asociadas y la intervención eficaz y amplia son esenciales para un mejor pronóstico a largo plazo.

En este sentido fue nuestro objetivo investigar que estrategias utilizan los profesores del 1.º ciclo de la Enseñanza Básica con niños con TDAH, de qué forma son implementadas y cuáles de esas estrategias consideran los profesores ser las más adecuadas.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un diagnóstico que se efectúa, en nuestros días, con una creciente frecuencia, tanto en niños como en adultos. No existe una frontera clara entre los niños más activos y los que son considerados como hiperactivos, de igual modo, no existe una frontera nítida entre los desatentos y los que tienen un déficit de atención.

Phelan (2005), menciona que actualmente se dice que existen muchos más casos de TDAH cuestionándose sobre el porqué para que tal acontezca. Refiere aún, que en su opinión este trastorno siempre estuvo presente pero los días de hoy es más diagnosticado debido a una mayor sensibilización para el problema

Podemos además añadir que lo que es considerado “normal” en este tema varía de acuerdo con las culturas y depende también de las situaciones que los individuos enfrentan. Algunos padres y médicos se preocupan con el hecho de que muchos individuos con problemas de atención o de hiperactividad y que podrían ser considerados “normales” puedan recibir erróneamente un diagnóstico de TDAH. Por eso mismo, es extremadamente importante evaluar el comportamiento, en particular la hiperactividad de los niños con TDAH, en relación a lo que es estimado como normal en otros niños de la misma edad, con un nivel de desarrollo semejante y con el mismo entorno cultural y hacerlo en múltiples y variadas circunstancias (Parker, 2003).

De hecho cada vez más, los niños son diagnosticados y tratados, habiéndose venido a verificar que los profesores también están más atentos, porque están más preparados y sensibilizados, con conocimientos fundamentados sobre este problema que afecta tantos niños, familias y profesores.

Para Smith y Strick (2001), características como la excesiva actividad del individuo, la falta de atención, la impaciencia, la impulsividad, la distracción, la imposibilidad de focalizar la atención por mucho tiempo en un determinado objetivo, conduce al niño (principalmente en el inicio de su vida escolar) a problemas de rechazo, a dudas en lo que concierne su capacidad intelectual, baja autoestima y variadas situaciones que, con la debida información a los padres, profesionales y al propio portador del disturbo, pueden ser minimizadas, contornadas o también eliminadas.

Debido a la exigencia del contexto escolar en términos de observancia de las reglas sociales y académicas, podemos decir que los niños con TDAH están más expuestos al fracaso social, dado que en el contexto del aula sus problemas se reflejan a nivel del rendimiento académico y porque son considerados socialmente inmaduros, impulsivos y poco regulados, provocando el rechazo por parte de sus pares (Lopes & Rutherford, 2001). El alumno con TDAH tiende igualmente a manifestar dificultades en relacionarse con los demás y, regla general, encara la escuela como una atrocidad y nutre por ella sentimientos de angustia, desasosiego, irritación, ansiedad, por lo tanto, su rendimiento escolar es más reducido que lo de los otros niños, aunque las diferencias no sean substanciales.

La institución escolar tiene muchas dificultades para hacer frente a los alumnos que presentan comportamientos y actitudes diferentes o que manifiestan dificultades específicas (Calvo-Álvarez & Verdugo-Alonso, 2012; Ávila & Polaino-Lorente, 1991). Con los alumnos con TDAH, el problema asume importancia particular porque pone en cuestión el trabajo del grupo-clase y exige una actuación muy concreta y focalizada del profesor (Parker, 2003). Como tanto las escuelas como los profesores ni siempre están preparados, muchos niños son rechazados y se asiste a una larga travesía del desierto con transferencias de escuela, quejas constantes, fracaso y abandono escolar en combinación con sentimientos de angustia, impotencia y revuelta de los padres y también de los niños (Parker, 2003).

La inclusión de los alumnos con TDAH es un proceso difícil, y muy adverso, pero posibilita la participación de todos los alumnos en las escuelas de la enseñanza regular, contribuyendo de este modo para una reestructuración cultural. En esta reorganización, las prácticas y las políticas educativas son alteradas con el objetivo de responder a las distintas necesidades y problemáticas que los alumnos presentan, comprendiendo y considerando al alumno en su globalidad, teniendo en cuenta sus características individuales, promoviendo el desarrollo y la inclusión social de todos.

Según Correia (2013, p.59) “la educación inclusiva se basa en acoger a todos, comprometiéndose a hacer cualquier cosa que sea necesaria para proporcionar a cada alumno de la comunidad y a cada ciudadano de una democracia el derecho inalienable de pertenencia a un grupo, la no ser excluida”

De este modo, y considerando que todos los niños tienen derecho a la educación, independientemente de sus características o ritmos de aprendizaje, los niños con NEE “tienen derecho a un programa de educación específico, adecuado y gratuito, en un

contexto de aprendizaje lo menos restrictivo posible, que corresponda a sus necesidades educativas, a su ritmo y a sus estilos de aprendizaje” (Correia, 1999, p. 48). Incumbe, entonces, a la escuela y a todos los intervinientes en el proceso de educativo (padres, profesores, técnicos de salud y de intervención social y comunidad) crear las condiciones para que, en el futuro, estos niños sean, tanto como posible, adultos con éxito profesional.

La inclusión de los alumnos con NEE en la enseñanza regular, debe organizarse en consonancia con 4 componentes (Correia, 1997; 1999; Serra, 2005):

- 1) conocimiento del alumno y de sus ambientes de aprendizaje;
- 2) planificación adecuada, en consonancia con ese conocimiento;
- 3) intervención adecuada;
- 4) reevaluación para adaptación de la programación.

La elaboración de este trabajo ha sido muy gratificante y enriquecedora. Con él, hemos podido profundizar y ampliar nuestros conocimientos en el tema del déficit de atención y hiperactividad. Las convicciones obtenidas en relación a las hipótesis colocadas permiten afirmar que existe alguna sensibilidad y conocimiento de los docentes del 1º ciclo de la enseñanza básica sobre el tema de la enseñanza y educación de los niños con NEE, en particular en la asistencia a los alumnos con TDAH. Los profesores que han trabajado con alumnos con TDAH identifican más fácilmente las características asociadas a estos alumnos, así como los profesores con más tiempo de servicio y los que han realizado formación en este tema. Un número considerable de docentes encuestados comparte el punto de vista que la utilización de estrategias de intervención diversificadas, en el contexto del aula, beneficia el proceso de enseñanza y aprendizaje de los alumnos con TDAH.

Podemos, entonces, concluir, después del estudio, que la mayoría de los docentes del enseñanza básica encuestados, seleccionan estrategias comunes de intervención para los alumnos con TDAH.

- Las estrategias de intervención que los docentes consideran más adecuadas para crear en el aula un contexto propicio al aprendizaje del alumno con TDAH son:
 - mantener el alumno alejado de focos de distracción
 - enfatizar la calidad y no la cantidad
 - sentar el alumno en la primera fila, muy cerca de la mesa del maestro.

- En lo que concierne las estrategias de intervención educativas que los docentes consideran más adecuadas para los alumnos con TDAH, la mayoría ha elegido las siguientes:
 - Identificar los puntos fuertes del alumno con TDAH;
 - Entrenamiento de cualificaciones de organización y mantener el contacto regular con los padres de los alumnos con TDAH;
 - Establecimiento de objetivos por el maestro.
- Los docentes piensan que la medicación es un elemento relevante en el proceso educativo del alumno con TDAH. Estos creen que el alumno debe recibir un tratamiento farmacológico de manera a mejorar su desempeño escolar. Muchos estudios demuestran que cuando la medicación es administrada los niños mejoran sus aprendizajes simples y complejas. Ellos son capaces de memorizar mejor las palabras y los símbolos estudiados. Ellos son capaces de acordarse más deprisa y mejor de los contenidos adquiridos (Selikowitz, 2010).
 - La medicación, aunque parte importante del tratamiento, no es una panacea universal para el DHDA, ocupando las estrategias de tipo educacional un lugar de intervención tanto o más importante (Lopes, 2004).

El diagnóstico prematuro y el tratamiento adecuado pueden reducir drásticamente los conflictos familiares, escolares, comportamentales y psicológicos vividos por esos niños y por sus familias (Boavida, 2006).

Se cree que, a través del diagnóstico y del tratamiento adecuados, un gran número de problemas como la retención escolar y el posterior abandono de los estudios, la depresión, los disturbios del comportamiento, los problemas relacionales y vocacionales, las pocas competencias sociales y también la entrada en la marginalidad o la delincuencia, el abuso de las drogas pueden ser adecuadamente resueltos o, mismo, evitados si la intervención es ejecutada lo más temprano posible (Sosin & Sosin, 2006; Parker, 2003; Rohde & Matos, 2003). Nos cabe a nosotros, juntamente con toda la comunidad escolar y educativa accionar y promover las condiciones necesarias, con vista a la inclusión de estos alumnos y a su éxito académico. “La creación de un contexto positivo y cómodo es esencial para que la experiencia educativa tenga éxito y sea gratificante para todos los alumnos.” (Nielson, 1999, p. 23).

Es imperativo reflejar sobre la TDAH y tenernos en mente, que con el pasar del tiempo, los síntomas de la TDAH podrán atenuarse, pero no se extinguen. Por veces hasta se agravan, pues las necesidades individuales comienzan también a ser más complejas. Si los niños con TDAH no fueren apoyadas por todos (trabajo conjunto casa-escuela), podrán surgir sentimientos de frustración, depresión, ansiedad y baja autoestima, por no ser endosos por sus pares y por el medio donde están insertadas. Como resultado

de estos sentimientos irá a surgir un desinterés por las aprendizajes y generar malos resultados escolares, así como, comportamientos inmaduros.

Como tal, deberán ser realizadas algunas alteraciones al nivel educativo de forma a ayudar los alumnos con TDAH. Según Rodrigues (2008), el mismo, proponen algunas medidas, por ejemplo, con:

- La formación/preparación de profesores, a través de acciones de formación y sensibilización para este trastorno y otros que van surgiendo cada vez más en la sala de clase de enseñanza regular;
- La coordinación casa-escuela: el mantenimiento de estrategias y políticas de intervención en la escuela y en casa de igual forma;
- La mejoría del comportamiento o intervención en el área comportamental, que podrá ser hecha a través de medidas ya mencionadas como la auto-instrucción, el auto-refuerzo y a auto-monitorización;
- La utilización de un tutor, de un alumno responsable por monitorizar, regular y ayudar el compañero con TDAH;
- El entrenamiento de las cualificaciones sociales.

La sociedad al largo de los tiempos ha venido a sufrir alteraciones en un sentido evolutivo. Este cambio es notorio también en el área de la educación, más en específico en la educación especial, lo que nos hace reflejar si nuestro sistema educativo está preparado y adecuado para dar respuesta a las distinguidas exigencias escolares que se van presentando (Calvo-Álvarez & Verdugo-Alonso, 2012; Rodrigues & Nogueira, 2011; Correia, 2010).

Se verificó al largo de este estudio, que los saberes adquiridos en la formación inicial de los maestros, son aún algo insuficientes para enfrentar y colmatar los nuevos desafíos y exigencias de nuestra sociedad actual. Así siendo se hace necesario, la existencia de formación continúa y de especialización al largo de nuestro recorrido profesional, no restringiéndose así, a un periodo determinado, requiriendo, por eso, la necesidad de mantener mecanismos de formación profesional permanente.

La formación continua puede y debe ser muy importante en la medida en que produce un impacto muy significativo en el pensamiento y en la forma de actuación por parte de los profesores y consecuentemente en las cualificaciones y calidades de las experiencias de aprendizaje de sus alumnos, pero es primordial que la formación se dirija a las necesidades individuales del desarrollo profesional y formativo de los maestros y de la escuela.

La formación de los profesores deberá incluir programas/contenidos con objetivos específicos que permitan desarrollar sus cualificaciones mientras profesional, pues

como cualquier profesional el profesor tiene que poseer los diferentes saberes (saber-saber; saber-estar, saber-hacer, saber-evolucionar).

Se hace inminente instruir y sensibilizar a los maestros para que estos aprendan a investigar, a producir su propio conocimiento, a través de la lectura de publicaciones científicas, en el manejo de recursos didácticos y plataformas colaborativas de aprendizaje, que puedan ser utilizadas en conjunto con los alumnos. Actuando de esta forma, los profesores estarán contribuyendo para su propio desarrollo profesional y personal, promoviendo y maximizando su actuación pedagógica.

Además de todas las sugerencias que fueron expuestas anteriormente, después de los resultados obtenidos en la investigación podemos aún proponer a los maestros otras sugerencias más específicas, que consideramos ser fundamentales en la práctica y formación continua de los mismos, pero también para una inclusión más eficaz de estos niños y consecuentemente de su éxito educativo.

De una forma resumida se destacan los distinguidos tipos de conocimiento (englobando su componente práctica, teórica y técnica) cómo futuras líneas de orientación y de intervención a los profesores:

- Conocimiento profundizado de los contenidos de la disciplina que ministra;
- Percepción y dominio pedagógico general que se traduce en los principios básicos y métodos para una conducción y organización eficaz de una clase;
- Utilización y dominio de materiales didácticos y programas de soporte que sirvan de herramientas al profesor (plataformas colaborativas de aprendizaje, utilización de recursos didácticos diversificados), por forma a mejorar la funcionalidad y a reducir las dificultades del alumno, teniendo como impacto permitir el desempeño de actividades y la participación en los dominios del aprendizaje y de la vida profesional y social;
- Hacer una asociación del contenido de la disciplina con la pedagogía, pues es necesario saber cómo enseñar, haciendo esta conexión con alguna creatividad, pues sólo así será posible captar la atención del alumno y aumentar su motivación;
- Conocer e identificar las características individuales de los alumnos así como gestionar y respetar los aprendizajes individuales de los mismos y en grupo;
- Prestación de apoyo pedagógico personalizado que comprende la utilización de estrategias de apoyo más específico y más intenso que promueven la obtención de cualificaciones y aptitudes orientadas para la consecución de aprendizajes de los contenidos ministrados en el seno de la turma y el refuerzo y el desarrollo de cualificaciones específicas;
- Implementación de unidades curriculares individuales que, teniendo como normalizadas el currículo común, pueden resultar en la introducción de

objetivos, contenidos intermedios y áreas curriculares específicas y en la eliminación de actividades;

- Adaptación en el sistema y plantilla de evaluación, con la utilización de condiciones, estrategias y formas de evaluación adaptadas a las características y necesidades individuales de los alumnos con TDAH sin, pero, alejarse de las normas de evaluación definidas para los diferentes niveles y años de escolaridad;
- Identificar y evaluar los contextos educativos. El profesor deberá conocer bien la gestión de la escuela, así como las características y culturas de toda la comunidad educativa;
- Conocer los fines educativos, propósitos, valores y sus significados históricos y filosóficos, o sea, el profesor debe conocer el contexto social, político, histórico de la escuela y de las comunidades que están envueltas;

Todos los profesionales de la educación tienen la incumbencia de promocionar el desarrollo de los alumnos en un “*todo*” adoptando y (re)ajustando técnicas/estrategias pedagógicas que posibiliten desarrollar las cualificaciones, generales y específicas del contexto escolar.

Se propone, por el repaso de la literatura, fortalecido con el estudio efectuado, que cuanto mayor sea el conocimiento de los maestros sobre el TDAH, más eficaz será su intervención y abordaje. De igual forma, cuanto mayor sea el conocimiento que las direcciones de las escuelas tienen sobre la perturbación, mejor será su abordaje ante situaciones que aparecen regularmente y, que por veces se hacen difíciles de gestionar, culminando muchas veces en puniciones y expulsiones. Fue justamente con el objetivo de este estudio y de las conclusiones obtenidas, que sentimos la necesidad de identificar y sugerir estrategias que visarán incrementar la atención y la concentración de estos alumnos por forma a desarrollar cualificaciones para un comportamiento más adaptativo, visando su éxito educativo, promoviendo la verdadera integración en clase.

Verificamos así, que cada vez más, los maestros deberán buscar poseer formación continua y específica en el área de las necesidades educativas especiales por forma a dar respuesta a la heterogeneidad de alumnos que se presentan en sus turmas. Es imperativo también fomentar el cambio de mentalidades, donde coexista un trabajo conjunto entre padres-escuela-sociedad, donde haya la intervención de más profesionales, de equipos multidisciplinares (pues sólo la medicación, por sí misma, no produce los efectos deseados). Sólo así es que escuela inclusiva dejará de ser sólo una simple burocracia para pasarse a la práctica, traducándose en el éxito educativo de todos los alumnos y sensibilizados futuros ciudadanos.

A través de la investigación realizada, pudimos analizar y concluir que los profesores de la enseñanza regular están cada vez más preocupados con su propia formación personal y en la utilización de estrategias adecuadas por forma a promover el éxito educativo y la inclusión plena de todos los alumnos y reconocen, que de hecho, que la aplicación de estrategias de intervención adaptadas pueden mejorar y ayudar a prevenir comportamientos disruptivos de alumnos con TDAH en las turmas regulares.

Como señala Edgar Morin (1996) que “nosotros somos un producto “distanciado” de la historia del mundo, lo que nos permite comprender que la evolución no es algo que progresa frontalmente, majestuosamente como un río, pero viene de una desviación que empieza y consigue imponerse y se convierte en una gran tendencia y triunfa”.

Así, las diferencias son imprescindibles para nuestra evolución y si nos cerramos a ellas, nos encerramos en nuestra limitación y en nuestro egoísmo. Este es el riesgo que la escuela debe evitar, para que se haga la verdadera inclusión.

9.1 – Conclusões em Português

A Perturbação por Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH), é uma perturbação ao nível do comportamento que afeta a vida de um número considerável de crianças nos mais diversos âmbitos: ao nível da escola, em casa, na sociedade em que está inserida, como também na relação com os outros. Ao realizar-se a sua identificação precoce, bem como o diagnóstico exato das distintas situações que lhe estão associadas em conjunto com uma intervenção eficaz e abrangente, estas irão decerto contribuir para um melhor prognóstico a longo prazo.

Neste sentido foi nosso intuito investigar que estratégias utilizam os professores do 1.º ciclo do Ensino Básico com crianças com PDAH, de que forma são implementadas e quais dessas estratégias consideram os professores ser as mais adequadas.

A Perturbação por Défice de Atenção e Hiperatividade, é um diagnóstico que se efetua, nos dias de hoje, com bastante regularidade, tanto em crianças como em adultos. Não existe uma fronteira objetiva entre as crianças que são mais ativas e os que são considerados como sendo hiperativos, de igual forma, que não existe uma fronteira clara entre as crianças desatentas e as crianças que têm défice de atenção.

Phelan (2005) menciona que atualmente se diz que existem muitos mais casos de PDAH questionando-se sobre o porquê para que tal aconteça. Refere ainda, que em sua opinião este transtorno sempre esteve presente, contudo nos dias de hoje é mais diagnosticado devido a uma maior sensibilização para o problema.

Poderemos ainda dizer que o que é considerado “normal” nesta temática varia de acordo com as culturas e também depende das situações que os indivíduos enfrentam. Alguns pais e médicos preocupam-se com o fato de que muitas pessoas com

problemas de atenção ou de hiperatividade, e que poderiam ser considerados “normais” possam receber erradamente um diagnóstico de PDAH. Por essa mesma razão, é extremamente importante avaliar o comportamento, em particular a hiperatividade das crianças com PDAH, em relação ao que é considerado “normal” em outras crianças da mesma faixa etária, com um idêntico grau de desenvolvimento e com o mesmo ambiente cultural e fazê-lo em diversas e múltiplas circunstâncias (Parker, 2003).

De facto cada vez mais, as crianças são diagnosticadas e tratadas, tendo-se vindo a verificar que os professores também estão mais atentos, porque estão mais preparados e sensibilizados, com conhecimentos fundamentados sobre este problema que afeta tantas crianças, famílias e professores.

Segundo Smith e Strick (2001), características como a movimentação excessiva da criança, falta de atenção, impaciência, impulsividade, distração, impossibilidade de focar a atenção por muito tempo tendo em conta um determinado objetivo, leva a criança (principalmente no princípio da sua vida escolar) a problemas ao nível da aceitação, incertezas quanto à sua competência intelectual, baixa auto-estima, e várias situações que, com a devida informação a pais, profissionais e ao próprio portador do distúrbio, podem ser minimizadas, contornadas ou mesmo eliminadas.

Devido à exigência do contexto escolar ao nível do cumprimento de regras sociais e académicas, podemos dizer que, as crianças com PHDA estão mais expostas ao fracasso social, uma vez que no contexto de sala de aula os seus problemas se espelham ao nível do rendimento académico e porque ao nível da maturidade são socialmente imaturas, impulsivas e pouco reguladas, incitando a rejeição por parte dos seus pares (Lopes & Rutherford, 2001). O aluno com PDAH tende igualmente a expressar dificuldades ao nível do relacionamento com os outros e regra geral encara a escola como uma crueldade e nutre por ela sentimentos de angústia, desassossego, irritação, ansiedade, daí que o seu rendimento seja frequentemente mais baixo que as outras crianças, ainda que as diferenças não sejam substanciais.

A instituição escolar tem inúmeras dificuldades em lidar com os alunos que possuem comportamentos e posturas diferentes ou que apresentam dificuldades específicas (Calvo-Álvarez & Verdugo-Alonso, 2012; Ávila & Polaino-Lorente, 1991). Com os alunos com PDAH, o problema adota particular relevância, porque põe em causa o exercício do grupo - turma e exige procedimentos muito concretos e focalizados do Professor (Parker, 2003).

Como nem as escolas, nem os professores estão sempre preparados, muitas vezes estas crianças são denegadas e assiste-se a uma longa travessia no deserto, com transferências de escola, queixas constantes, abandono e insucesso escolar em conjunto com sentimentos de angústia, impotência e revolta por parte dos pais e das próprias crianças (Parker, 2003).

A inclusão dos alunos com NEE é um processo difícil, e muito adverso, contudo possibilita a participação de todos os alunos nas escolas do ensino regular, contribuindo deste modo para

uma reestruturação cultural. Nesta reorganização, as práticas e as políticas educativas são alteradas com o objetivo de responder às distintas necessidades e problemáticas que os alunos apresentam, compreendendo e considerando o aluno na sua globalidade, tendo em conta as suas características individuais, promovendo o desenvolvimento e a inclusão social de todos. Segundo Correia (2013, p.59) “a educação inclusiva baseia-se em acolher a todos, se comprometendo a fazer qualquer coisa que seja necessária para proporcionar a cada aluno da comunidade e a cada cidadão de uma democracia o direito inalienável de pertença a um grupo, a não ser excluída”.

Assim sendo, e atendendo a que todas as crianças têm direito à educação, independentemente das suas características ou ritmos de aprendizagem, as crianças com NEE “têm direito a um programa de educação específico, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o menos restritivo possível, que responda às suas necessidades educativas e ao seu ritmo e estilos de aprendizagem.” (Correia, 1999, p. 48). Desta forma, compete, então, à escola e a todos os intervenientes no sistema educativo (pais, professores, técnicos de saúde e de intervenção social e comunidade) reunir condições para que no futuro estas crianças venham a ser, tanto quanto possível, adultos com sucesso profissional.

A inclusão dos alunos com NEE no ensino regular, deve organizar-se de acordo com 4 componentes (Correia, 1997; 1999; Serra, 2005):

- 1) conhecimento do aluno e dos seus ambientes de aprendizagem;
- 2) planificação adequada, de acordo com esse conhecimento;
- 3) intervenção adequada;
- 4) reavaliação para adaptação da programação.

A realização desta investigação foi bastante gratificante e enriquecedora. Através dela podemos aprofundar e ampliar os conhecimentos na área da hiperatividade e do défice de atenção. As conclusões que se obtiveram relativamente às hipóteses colocadas, permitem afirmar que já existe alguma sensibilidade e conhecimento por parte dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico relativamente ao ensino e educação das crianças com NEE, designadamente, no acompanhamento de alunos com PDAH. Através deste estudo, foi-nos possível observar que os docentes que já trabalharam com alunos com PDAH identificam mais facilmente as características que aparecem associadas a estes alunos, assim como, os docentes com mais tempo de serviço e os docentes que já realizaram formação sobre o tema da PDAH.

Um número considerável de professores inquiridos partilha do parecer, que a aplicação de estratégias de intervenção diversificadas, no contexto de sala de aula, promove o processo de ensino aprendizagem dos alunos com PDAH. Podemos, desta forma concluir, após efetuado o estudo, que a maioria dos docentes do 1º Ciclo do Ensino

Básico questionados, escolhem estratégias comuns para a intervenção junto de alunos com PDAH.

As estratégias de intervenção, em contexto de sala de aula, que os docentes consideram ser mais adequadas adotar para a criação de um ambiente propício à aprendizagem do aluno com PDAH são:

- Manter o aluno afastado de focos de distração;
- Enfatizar a qualidade e não a quantidade;
- Sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor.
- Quanto às estratégias de intervenção educativas que os docentes consideram ser mais adequadas utilizar com alunos com PDAH, a maioria dos docentes escolheu as seguintes estratégias:
- Identificar os pontos fortes do aluno com PDAH;
- Treinar capacidades de organização e manter contacto regular com os pais do aluno com PDAH;
- A definição de objetivos pelos professores.

Os docentes confirmam que a medicação é um fator significativo no processo educativo do aluno com PDAH. Os mesmos consideram que o aluno deve receber tratamento farmacológico, por forma a melhorar o seu desempenho académico. De acordo com vários estudos, os mesmos revelam que quando administrada a medicação “as crianças melhoram nas aprendizagens simples e complexas. Conseguem memorizar melhores palavras e símbolos aprendidos. Conseguem lembrar-se mais depressa e melhor da matéria que aprenderam” (Selikowitz, 2010, p.206). “A medicação, embora parte importante do tratamento, não é panaceia universal para a PHDA, ocupando as estratégias de tipo educacional um espaço de intervenção tão ou mais importante” (Lopes, 2004, p.159).

Diagnóstico precoce e tratamento adequado podem reduzir drasticamente os conflitos familiares, escolares, comportamentais e psicológicos vividos por essas crianças e pelas suas famílias (Boavida, 2006).

Acredita-se que, através do diagnóstico e de tratamentos adequados, um grande número dos problemas, como a retenção escolar e posterior abandono dos estudos, depressão, distúrbios de comportamento, problemas relacionais e vocacionais, fracas competências sociais, bem como a entrada na marginalidade ou delinquência, abuso drogas, podem ser adequadamente tratados ou, até mesmo, evitados se a intervenção for executada o mais precocemente possível (Sosin & Sosin, 2006; Parker, 2001; Rhode & Mattos, 2003).

Cabe-nos a todos nós, juntamente com toda a comunidade escolar e educativa acionar e promover as condições necessárias, com vista à inclusão destes alunos e ao seu sucesso académico. “A criação de um ambiente positivo e confortável é essencial

para que experiência educativa tenha sucesso e seja gratificante para todos os alunos.” (Nielson, 1999,p. 23).

É imperativo refletir sobre a PDAH e termos em mente, que com o passar do tempo, os sintomas da PDAH poderão atenuar-se, mas não se extinguem. Por vezes até se agravam, pois as necessidades individuais começam também a ser mais complexas. Se as crianças com PDAH não forem apoiadas por todos (trabalho conjunto casa-escola), poderão surgir sentimentos de frustração, depressão, ansiedade e baixa autoestima, por não serem aceites pelos seus pares e pelo meio onde estão inseridas. Como resultado destes sentimentos irá surgir um desinteresse pelas aprendizagens e gerar maus resultados escolares, bem como, comportamentos imaturos.

Como tal, deverão ser realizadas algumas alterações ao nível educativo de forma a ajudar os alunos com PDAH. Segundo (Rodrigues, 2008), o mesmo, propõem algumas medidas: “A formação/ preparação de professores, através de ações de formação e sensibilização para esta perturbação e outras que vão surgindo cada vez mais na sala de aula de ensino regular; A coordenação casa-escola: a manutenção de estratégias e políticas de intervenção na escola e em casa de igual forma; A melhoria do comportamento ou intervenção na área comportamental, que poderá ser feita através de medidas já mencionadas como a autoinstrução, o autorreforço e a auto-monitorização; A utilização de um tutor, de um aluno responsável por monitorizar, regular e ajudar o colega com PDAH; O treino das competências sociais.

A sociedade ao longo dos tempos tem vindo a sofrer alterações num sentido evolutivo. Esta mudança é notória também na área da educação, mais em concreto na educação especial, o que nos faz refletir se o nosso sistema educativo está preparado e adequado para dar resposta às distintas exigências escolares que se vão apresentando.

Verificou-se ao longo deste estudo, que os saberes adquiridos na formação inicial dos professores, são ainda algo insuficientes para enfrentar e colmatar os novos desafios e exigências da nossa sociedade atual. Assim sendo torna-se necessário, a existência de formação contínua e de especialização ao longo do nosso percurso profissional, não se restringindo assim, a um período determinado, requerendo, por isso, a necessidade de manter mecanismos de formação profissional permanente.

A formação contínua pode e deve ser muito importante na medida em que produz um impacto muito significativo no pensamento e na forma de atuação por parte dos professores e conseqüentemente nas competências e qualidades das experiências de aprendizagem dos seus alunos, contudo é primordial que a formação se dirija às necessidades individuais do desenvolvimento profissional e formativo dos professores e da escola.

A formação dos professores deverá incluir programas/ conteúdos com objetivos específicos que permitam desenvolver as suas competências enquanto profissional,

pois como qualquer profissional o professor tem de possuir os diferentes saberes (saber-saber; saber-estar, saber-fazer, saber-evoluir).

Torna-se iminente incutir e sensibilizar os professores para que estes aprendam a investigar, a produzir o seu próprio conhecimento, através da leitura de publicações científicas, no manejo de recursos didáticos e plataformas colaborativas de aprendizagem, que possam ser utilizadas em conjunto com os alunos. Agindo desta forma, os professores estarão a contribuir para o seu próprio desenvolvimento profissional e pessoal, promovendo e maximizando a sua atuação pedagógica.

Para além de todas as sugestões que foram expostas anteriormente, após os resultados obtidos na investigação podemos ainda propor aos professores outras sugestões mais específicas, que consideramos ser fundamentais na prática e formação contínua dos mesmos, mas também para uma inclusão mais eficaz destas crianças e conseqüentemente do seu sucesso educativo. De uma forma resumida somos a salientar os distintos tipos de conhecimento (englobando a sua componente prática, teórica e técnica) como futuras linhas de orientação e de intervenção aos professores:

- Conhecimento aprofundado dos conteúdos da disciplina que leciona;
- Perceção e domínio pedagógico geral que se traduz nos princípios básicos e métodos para uma condução e organização eficaz de uma aula;
- Utilização e domínio de materiais didáticos e programas de suporte que sirvam de ferramentas ao professor (plataformas colaborativas de aprendizagem, utilização de recursos didáticos diversificados), por forma a melhorar a funcionalidade e a reduzir as dificuldades do aluno, tendo como impacto permitir o desempenho de atividades e a participação nos domínios da aprendizagem e da vida profissional e social;
- Interligar o conteúdo da disciplina com a pedagogia, pois é necessário saber como ensinar, fazendo esta ligação com alguma criatividade, pois só assim será possível captar a atenção do aluno e aumentar a sua motivação;
- Conhecer e identificar as características individuais dos alunos bem como gerir e respeitar as aprendizagens individuais dos mesmos e em grupo;
- Prestação de apoio pedagógico personalizado que compreende a utilização de estratégias de apoio mais específico e mais intenso que promovem a obtenção de competências e aptidões orientadas para a consecução de aprendizagens dos conteúdos lecionados no seio da turma e o reforço e o desenvolvimento de competências específicas;
- Implementação de adequações curriculares individuais que, tendo como padrão o currículo comum, podem resultar na introdução de objetivos,

conteúdos intermédios e áreas curriculares específicas e na eliminação de atividades;

- Adaptação no sistema e modelo de avaliação, com a utilização de condições, estratégias e formas de avaliação adaptadas às características e necessidades individuais dos alunos com PDAH sem, contudo, se afastar das normas de avaliação definidas para os diferentes níveis e anos de escolaridade;
- Identificar e avaliar os contextos educativos. O professor deverá conhecer bem a gestão da escola, bem como as características e culturas de toda a comunidade educativa;
- Conhecer os fins educativos, propósitos, valores e seus significados históricos e filosóficos, ou seja, o professor deve conhecer o contexto social, político, histórico da escola e das comunidades que estão envolvidas

Enquanto profissionais da educação temos a incumbência de promover o desenvolvimento dos nossos alunos num “todo” adotando e (re) ajustando técnicas/estratégias pedagógicas que possibilitem desenvolver as competências: “gerais e específicas do contexto escolar”.

Como foi verificado na revisão da literatura bem como no estudo efetuado, verificou-se que quanto maior for o conhecimento dos professores acerca da PDAH, mais eficaz será a sua intervenção e abordagem. De igual forma, quanto maior for o conhecimento que a direção das escolas tem sobre a perturbação, melhor será a sua abordagem perante situações que aparecem regularmente e, que por vezes se tornam difíceis de gerir, culminando muitas vezes em punições e expulsões.

Foi justamente com o objetivo deste estudo e das conclusões obtidas que sentimos a necessidade de identificar e sugerir estratégias que visassem incrementar a atenção e a concentração destes alunos por forma a desenvolver competências para um comportamento mais adaptativo, visando o seu sucesso educativo

Verificamos assim, que cada vez mais, os professores deverão procurar possuir formação continua e específica na área das necessidades educativas especiais por forma a darem resposta à heterogeneidade de alunos que se apresentam nas suas turmas.

É imperativo também fomentar a mudança de mentalidades, onde coexista um trabalho conjunto entre pais-escola-sociedade, onde haja a intervenção de mais profissionais, de equipas multidisciplinares (pois só a medicação por si não produz os efeitos desejados). Só assim é que escola inclusiva deixará de ser apenas uma simples burocracia para se passar à prática, traduzindo-se no sucesso educativo de todos os alunos e sensibilizados futuros cidadãos.

Através da investigação realizada, pudemos analisar e concluir que os professores do ensino regular estão cada vez mais preocupados com a sua própria formação pessoal e na utilização de estratégias adequadas por forma a promover o sucesso educativo e a inclusão plena de todos os alunos e reconhecem, que de facto, que as aplicações de estratégias de intervenção adaptadas podem melhorar e ajudar a prevenir comportamentos disruptivos de alunos com PDAH nas turmas regulares.

Como afirma Edgar Morin (1996) “somos um produto “desviado” da história do mundo; isto permite-nos compreender que a evolução não é qualquer coisa que avança frontalmente, majestosamente, como um rio, mas parte sempre de um “desvio” que começa e consegue impor-se, se torna uma grande tendência e triunfa”.

Verificamos assim que diferenças são indispensáveis para a nossa evolução e se nos fechamos a elas, clausuramo-nos na nossa própria limitação e egoísmo, e é este o risco que a Escola deve evitar.

9.3. Limitaciones del estudio

Durante el estudio, se han verificado algunas limitaciones como el tiempo para concluir el proyecto, la dificultad en encontrar docentes dispuestos para colaborar en el estudio y participar en la encuesta, solo tener como referencia del estudio los profesores del enseñanza primaria. Otra limitación decurrente del estudio fue la dificultad en encontrar bibliografía reciente sobre el tema en análisis, después de una pesquisa exhaustiva.

El tiempo entre el inicio y el final de la investigación, también se tornó muy largo, haciendo con que los datos sufrirán una actualización y en algunos casos, no fue posible, pues ya existían datos colectados basados en la información anterior.

9.4. Futuras líneas de investigación

En una perspectiva futura, se podría evaluar la eficacia específica, en contexto del aula, de la utilización de la medicación y el acomodo del alumno con TDAH en el aula y verificar si estas estrategias son realmente relevantes para el proceso de intervención junto del alumno con TDAH.

Se podría evaluar también si la afirmación de los docentes en implementar las estrategias de enseñanza diversificadas se podrá en práctica cuando tengan alumnos con TADH.

Otra idea seria, reevaluar la opinión de los profesores sobre la necesidad de formación o si la experiencia es el principal motivo para la sensación de preparación para tratar con el niño con TDAH en el proceso de enseñanza y aprendizaje.

En futuras investigaciones, y basado en la nueva DSM-5, se sugiere una investigación más enfocada en los disturbios de neurodesarrollo, enfocado en neurociencias, con un estudio con una metodología de carácter más longitudinal, para identificar qué tipo de necesidades formativas tienen los maestros.

9.5. En forma de síntesis...

“El TDAH es un problema social? Sin duda. Pero también es, visiblemente, un problema de salud. Las condicionantes sociales y ambientales existentes actualmente son distintas de las de hace 30 o 40 años. La competitividad es incomparablemente mayor y los niños, aparte sus aptitudes, no pueden, como ocurría antes, abandonar sus estudios y ponerse a trabajar en la construcción o en la agricultura. Se pudiesen hacerlo, muchos no necesitarían cualquier consulta o medicación.. El problema es que no pueden hacerlo! La adversidad ambiental creada por una más grande presión sobre los niños es seguramente una de las responsables del surgimiento y de la mayor visibilidad de esta perturbación en niños genética y biológicamente predispuestos” (Boavida, 2006, p. 5).

Según Correa (2010) la escuela inclusiva ha cómo objetivo extinguir el estigma de la deficiencia asociado al alumno con NEE, promoviendo su desarrollo integral, envuelto en un contexto de espíritu de pertenencia, de participación en la vida escolar, teniendo siempre en cuenta la necesidad de respuestas adecuadas a sus características y limitaciones específicas. Sin embargo, la plantilla inclusivo aún tiene un largo camino a recorrer en su efectiva implementación, pues es esencial el diálogo entre los agentes educativos con vista a la construcción de una escuela para todos.

La inclusión de los alumnos con NEE en la enseñanza regular implica cambios al nivel de las actitudes de los agentes educativos, de las prácticas educacionales de los docentes, de la organización y gestión de la sala de clase y de la propia escuela.

10. Bibliografía

- Abikoff, H., & Gittelman, R. (1985). Classroom observation code: A modification of the Stony brook code. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 901-909.
- Ainscow, M. (1997). Educação para Todos: Torná-la uma Realidade. In IIE, *Caminhos para as Escolas Inclusivas*. (pp. 11-37). Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- American Psychiatric Association . (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Edição Revista* . Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *DSM V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Andrade, E. (2003). Quadro Clínico do transtorno de deficit de atenção/hiperatividade. In L. .. Rohde, & P. Mattos, *Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Antony, S., & Ribeiro, J. (2004). A Criança Hiperativa: Uma Visão da Abordagem Gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 127-134.
- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos: Da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. Lisboa, Portugal: Verso de Kapa.
- Antunes, N. (2011). *Mal-entendidos: da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do sono. As respostas que procura (5ª Edição ed.)*. Lisboa, Portugal: Verso de Kapa.
- Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva. (s.d.). *O que é a Hiperactividade?* Obtido em 14 de Agosto de 2015, de Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva: http://www.apdch.net/hiperactividade_o_que_e.html
- Ávila, M., & Polaino-Lorente, A. (1991). Adaptación del Classroom Observation Code en la población escolar para la evaluación de la hiperactividad infantil. *Anuario de Psicología*, 48, 55-68.

- Barbosa, G., & Golfeto, J. (2003). Epidemiologia. In L. Rohde, Mattos, & P., *Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed .
- Barkley, R. (1990). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 343-352.
- Barkley, R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – A Hanbok for Diagnosis and Treatment* (2nd Ed. ed.). New York: Guilford Press. .
- Barkley, R. (2006). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre, Brasil: Artmed .
- Barkley, R., Edwards, G., & Robin, L. (1999). *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: Guilford Press.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa, Portugal: Dinalivro.
- Boavida, J. (2006). Hiperactividade ou "má educação". *Revista Saúde Infantil*, 28(2), 3-5.
- Borg, W., & Gall, M. (1996). *Educational Research*. New York, EUA: Longman.
- Branco, A., & Fernandes, A. (2004). Terapêutica farmacológica na perturbação e déficit de atenção. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 35, 249-254.
- Brennam, W. K. (1990). *El Currículo para Niños com Necessidades Especiales*. Madrid: Siglo XXI.
- Calvo-Álvarez, M., & Verdugo-Alonso, M. (2012). Educación inclusiva: ¿Una realidad ó un ideal? *Edetania*, 41, 17-30.
- Cano, D., & Sampaio, I. (2007). O Método de Observação na Psicologia: Considerações sobre a Produção Científica. *Interação em Psicologia*, 11(2), 199-210.
- Carmo, H., & Ferreira, J. (1998). *Metodologia de Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.
- Chaves, E. (2001). *Introdução à Educação Especial. Um modelo Prático para Professores*. Vila Real: Serviços Gráficos da UTAD.

- Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual - FEAPS. (2009). *La educación que queremos: Situación actual de la inclusión educativa en España*. Madrid, España: IPACSA.
- Congreso europeo sobre las personas con discapacidad. (23 de Marzo de 2002). *La Declaración de Madrid*. Obtido em 15 de Octubre de 2015, de La Declaración de Madrid: <http://www.ub.edu/integracio/docs/normativa/internacional/Declaracio-Madrid.pdf>
- Correia, L. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Correia, L. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Correia, L. (2001). Educação Inclusiva ou Educação Apropriada. In D. Rodrigues, *Educação e Diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora. .
- Correia, L. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2010). O sistema Educativo português e as Necessidades Educativas Especiais ou quando a inclusão quer dizer exclusão. In L. Correia, *Educação Especial e Inclusão: Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no sei perfeito juízo* (pp. 11-39). Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2013). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora. .
- Correia, L., & Martins, P. (2000). Uma Escola Para Todos: Atitudes dos professores Perante a Inclusão. *Revista Inclusão*, 1, 15-29.
- DGS – Direção Geral de Saúde. (2014). *PORTUGAL: Saúde Mental em Números*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Dorziat, A. (2009). A inclusão nas escolas de 1o Ciclo de Ensino Básico de Lisboa: Algumas considerações. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 15(2), 269-288.

- DuPaul, G., & Stoner, G. (1994). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. New York: The Guilford Press.
- Felizardo, S. (2010). Perspectivas sobre a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1-11). Viseu: Escola Superior de Educação.
- Fonseca, C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa, Portugal: Editora McGraw-Hill Portugal. .
- Goyette, C., Conners, C., & Ulrich, R. (1978). Normal data on revised Conners Parent and Teachers Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Graeff, R., & Vaz, C. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19(3), 341-361.
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Faraone, S., et al. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451.
- Leitão, R. (1998). Algumas Perspectivas Históricas sobre a Educação Especial. *Revista Ludens*, 4.
- Leitão, R. (2006). *Aprendizagem Cooperativa e Inclusão*. Lisboa: Ed. Ramos Leitão.
- Lopes, J. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora .
- Lopes, J., & Rutherford, R. . (2001). *Problemas de Comportamento na Sala de Aula (identificação, avaliação e modificação)*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Morgado, J. (2010). Os Desafios de uma Educação Inclusiva: Fazer as Coisas Certas ou Fazer Certas as Coisas. In L. Correia, *Educação Especial e Inclusão – Quem Disser que Uma sobrevive sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo* (pp. 73-88). Porto: Porto Editora .

- Morin, E. (1996). O Desafio da Complexidade para uma Reforma do Pensamento . *Conferência promovida pela Escola Superior de Educação Jean Piaget - Viseu* (p. no publicado). Viseu: Instituto Jean Piaget.
- Moura, O. (2008). Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção. *Diversidades*, 21, 4-9.
- Nielson, L. (1999). Desordens por Défice de Atenção com e sem Hiperactividade. In L. Nielson, *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Porto: Porto Editora.
- Ortiz, J., & Acle, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurologia*, 42, 17-21.
- Pardal, L., & Correia, E. (1994). *Técnicas de Pesquisa em Ciências Sociais*. Porto: Areal Editores.
- Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Perez, E. (2008). *Adaptaciones Curriculares Metodológicas Para Escolares com Déficit de Atención: Hiperactivos e Inatentos*. Grupo ALBOR – COHS .
- Phelan, T. (2005). *TDA/TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Sintomas, Diagnósticos e Tratamento*. São Paulo: M. Books .
- Porfírio, H., Fernandes, J., & Borges, L. (1998). *A Intervenção Psicofarmacológica na Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Portugal - Legal System* . (s.d.). Obtido em 18 de Outubro de 2015, de European Agency for Special Needs and Inclusive Education: <https://www.european-agency.org/country-information/portugal/national-overview/legal-system>
- Puentes-Rozo, P., Barceló-Martínez, E., & Pineda, D. (2008). Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos, de 6 a 11 años, con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurologia* , 47(4), 175-184.

- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1997). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva Publicações .
- Rebelo, J., Simões, M., & Fonseca, A. (1998). (1998). *A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: dados de um estudo exploratório*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- República Portuguesa. (2009). *LEI DE BASES DO SISTEMA EDUCATIVO*. Obtido em 15 de 10 de 2015, de Procuradoria Geral Distrital de Lisboa: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1744A0020&nid=1744&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=#artigo
- Rief, S. (1998). *The ADD/ADHD Checklist*. San Francisco, EUA: Jossey Bass .
- Rodrigues, A. (2004). *Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Estudo de standardização e propriedades psicométricas das formas reduzidas das Escalas de Connors Revistas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo*. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa: Monografia no publicada.
- Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, 21, 9-18.
- Rodrigues, D., & Nogueira, J. (2011). Educação Especial e Inclusiva em Portugal: Fatos e opções. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17(1), 3-20.
- Rohde, L., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80, 61-67.
- Rohde, L., & Matos, P. (2003). *Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed .
- Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83.
- Sánchez, P. (2012). Escuelas eficaces e inclusivas: cómo favorecer su desarrollo. *Educatio Siglo XXI*, 30(1), 25-44.
- Schweizer, C., & Prekop, J. (2001). *Crianças Hiperactivas*. Porto: Âmbar.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide, Portugal: Texto Editores.

- Serra, H. (2005). Paradigmas da inclusão no contexto mundial. *Saber (e) Educar*, 10, 35-50.
- Siegel, C., Laske, E., Wanderling, J., Hernandez, J., & Levenson, R. (2015). Prevalence and diagnosis rates of childhood ADHD among racial-ethnic groups in a public mental health system. *Psychiatric Services*, ahead of print.
- Silva, M. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Conceções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação*, 13, 135-153.
- Simões, M. (1998). Avaliação Psicológica e Diagnóstico da Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção. *Psychologica*, Special Edition I.
- Smith, C., & Strick, L. (2001). *Dificuldades de aprendizagem de A a Z: um guia completo para pais e educadores*. Porto Alegre, Brasil: Ed. Artes Médicas.
- Sosin, D., & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Sousa, A. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.
- Thapar, A., & Cooper, M. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, online print.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- UNESCO. (1994). *Declaración de Salamanca*. España: Unesco.
- Vasquez, I. (1997). Hiperactividade: avaliação e tratamento. In . In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 159-184). Lisboa: Dinalivro.
- Wakschlag, L., Leventhal, B., & Thomas, J. (2007). Disruptive behavior disorders & ADHD in preschool children: Characterizing heterotypic continuities for a developmentally-informed nosology for DSM V. In Narrow, First, Sirovatka, & Regier, *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 243-259). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Warnock, H. (1978). *SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. London: Her Majesty's Stationery Office .

Wiener, E. (2007). *La inclusión en la educación: Como hacerla realidad*. Lima, Perú: Foro Educativo.

Apêndice I - Cuestionário

Universidade de Salamanca

Programa de Doctorado

Educación Especial: Objeto y Tendencias de Investigación

Caro docente do 1º Ciclo do Ensino Básico,

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração, no presenta investigação que pretendo levar a cabo. O presente inquérito, efetuado sob a forma de questionário, insere-se no âmbito da elaboração da Dissertação do Doutoramento em Ciências da Educação – Educação Especial e tem como objetivo conhecer a opinião dos docentes do 1º CEB, relativamente ao uso de estratégias de intervenção com a l u n o s com Perturbação por Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH). É nosso intuito, investigar quais as estratégias de intervenção que os docentes do 1º CEB consideram s e r mais adequadas utilizar com alunos com PDAH.

A sua colaboração, através do preenchimento deste questionário é imprescindível para o êxito desta investigação.

O bom resultado do trabalho vai depender da veracidade dos dados fornecidos e da resposta a todas as questões.

De salientar que não existem nem boas nem más respostas.

Obrigada pela sua colaboração!

I – Dados Biográficos

(As questões que se seguem destinam-se apenas à caracterização da amostra e em nada o identificam.)

1. **Género:** Masculino Feminino 2. **Idade:** _____

3. **Tempo de Serviço:**

3.1 – Menos de 5 anos

3.2 – 5 a 10 anos

3.3 – 11 a 20 anos

3.4 – 21 ou mais anos

4- **Habilitações:**

4.1 – Bacharelato

4.2 – Licenciatura

4.3 – Pós-Graduação

4.4 – Mestrado

4.5 – Doutoramento

5- **Situação Profissional:**

Quadro de Agrupamento

Quadro de Zona Pedagógica

Contratado

Outro Qual _____

6- **Agrupamento onde lecciona:** _____

II – Conhecimento dos docentes face à hiperactividade

1 - Já ouviu falar de hiperactividade? Sim Não

2 - Sabe o que é a hiperactividade? Sim Não

3 - Já trabalhou com alunos hiperactivos? Sim Não

4 - Já realizou formação sobre o tema: “Hiperactividade”?

Sim Não

Se respondeu **Sim**, indique de que tipo:

4.1.1 – Inicial

4.1.2 – Especializada

4.1.3 – Ações de Formação

4.1.4 – Outra _____

5 - As crianças hiperactivas caracterizam-se por níveis anormais de desatenção, excessiva actividade motora e impulsividade.

Discordo Totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo Totalmente

6- Classifique de 1- nada associado à hiperactividade a 5 – totalmente associado à hiperactividade cada uma das seguintes características do aluno hiperactivo. Coloque um X no quadrado correspondente.

*1. Nada associado (NA) 2. Pouco associado (PA) 3. Moderadamente associado (MA)
4. Bastante associado (BA) 5. Totalmente associado (TA).*

	NA	PA	MA	BA	TA
Interrompe, frequentemente, ou perturba os outros	1	2	3	4	5
Apresenta maneirismos motores estereotipados e repetitivos	1	2	3	4	5
Muito activo, age como se estivesse “ligado a um motor”	1	2	3	4	5
Acentuada incapacidade de iniciar ou reagir ao contacto social	1	2	3	4	5
Tem frequentemente dificuldade em manter a atenção em	1	2	3	4	5

7- A experiência e formação dos docentes são importantes para lidar com alunos hiperactivos?

Discordo Totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo Totalmente

8- No caso de já ter trabalhado com alunos hiperactivos responda a esta questão, caso contrário passe para a questão seguinte. Assinale com X os adjectivos que caracterizam o seu trabalho com alunos hiperactivos.

- | | | | |
|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| - fácil | <input type="checkbox"/> | - desmotivante | <input type="checkbox"/> |
| - difícil | <input type="checkbox"/> | - motivante | <input type="checkbox"/> |
| - agradável | <input type="checkbox"/> | - interessante | <input type="checkbox"/> |
| - desagradável | <input type="checkbox"/> | - pouco interessante | <input type="checkbox"/> |

III – Aplicação de estratégias de intervenção com alunos hiperactivos

1- Assinale com X a resposta que considera mais adequada.

Discordo totalmente (DT) Discordo (D) Não concordo nem discordo (NCND) Concordo (C) Concordo totalmente (CT)

	DT	D	NCND	C	CT
As condições que existem actualmente na maioria das escolas permitem assegurar o sucesso educativo dos alunos com hiperactividade.					
A utilização de estratégias de intervenção diversificadas, em contexto de sala de aula, favorece o processo de ensino/aprendizagem dos alunos hiperactivos.					
Quando um aluno hiperactivo obtém melhores resultados do que é costume, isso deve-se ao facto de eu (professor) ter encontrado estratégias de ensino mais adequadas.					
Uma intervenção do tipo educativo, sob a forma de ensino mais individualizado é suficiente para resolver o problema da hiperactividade.					
O aluno hiperactivo deve receber tratamento farmacológico.					

2- Indique, por grau de importância, as estratégias de intervenção, na sala de aula, que considera mais adequadas adoptar para a criação de um ambiente propício à aprendizagem do aluno hiperactivo. Coloque um X no quadrado correspondente.

*1. Nada adequado (NA) 2. Pouco adequado (PA) 3. Moderadamente adequado (MA)
4. Bastante adequado (BA) 5. Totalmente adequado (TA)*

	NA	PA	MA	BA	TA
Sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor.	1	2	3	4	5
Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.	1	2	3	4	5
Manter o aluno afastado de focos de distração.	1	2	3	4	5
Corrigir diariamente a organização do material do aluno.	1	2	3	4	5
Enfatizar a qualidade e não a quantidade.	1	2	3	4	5
A mochila do aluno deve ficar sempre ao fundo da sala de aula.	1	2	3	4	5
Manter a sala interessante, mas evitando paredes repletas de cartazes com informação.	1	2	3	4	5

3 - Indique, por grau de importância, as estratégias de intervenção educativas que considera mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos. Coloque um X no quadrado correspondente.

1. Nada adequado(NA) 2. Pouco adequado(PA) 3. Moderadamente adequado(MA)

4. Bastante adequado(BA) 5. Totalmente adequado(TA)

	NA	PA	MA	BA	TA
Manter uma sala de aula estruturada	1	2	3	4	5
Treino de competências de organização e de estabelecimento de objectivos	1	2	3	4	5
Modificação na apresentação das aulas e introdução de adaptações nas tarefas a realizar	1	2	3	4	5
Identificar os pontos fortes do aluno hiperactivo	1	2	3	4	5
Usar instruções, avisos e advertências eficazes, para melhorar o comportamento do aluno hiperactivo	1	2	3	4	5
Ensinar ao aluno hiperactivo a automonitorização (método de ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu comportamento e avaliarem o seu próprio desempenho)	1	2	3	4	5
Diagnóstico e avaliação	1	2	3	4	5
Atitude dos professores	1	2	3	4	5
Acomodação do aluno hiperactivo na sala de aula	1	2	3	4	5
Identificação de aspectos a ter em conta no recreio	1	2	3	4	5
Manter contacto regular com os pais do aluno hiperactivo	1	2	3	4	5
Alteração do tipo de trabalho e dos testes	1	2	3	4	5
Medicação	1	2	3	4	5

Gratos pela disponibilidade.

Apéndice 2: Escala de Conners para Maestros

ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Conners, PhD. - 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana

Nome da Criança:				Sexo:		F	M
Data de Nascimento:		Idade:		Ano Escolaridade:			
Nome do professor:				Data de preenchimento:			
Observações				Código:			

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
------------	---------------	---------------------	----------------------

1	Desatento, distrai-se facilmente (26)	0	1	2	3
2	Comportamento de desafio face ao adulto (1)	0	1	2	3
3	Inquieto, "Tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar) (2)	0	1	2	3
4	Esquece-se de coisas que ele ou ela já aprenderam (3)	0	1	2	3
5	Perturba as outras crianças (35)	0	1	2	3
6	Desafia o adulto e não colabora com os pedidos que lhe são feitos (19)	0	1	2	3
7	Mexe-se muito como se estivesse sempre "ligado a um motor" (11)	0	1	2	3
8	Soletira de forma pobre (21)	0	1	2	3
9	Não consegue manter-se sossegado(a) (38)	0	1	2	3
10	Vingativo(a) ou "maldoso(a)" (47)	0	1	2	3
11	Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que deveria ficar sentado(a) (20)	0	1	2	3
12	Mexe os pés e as mãos e está irrequieto(a) no seu lugar (44)	0	1	2	3
13	Capacidades de leitura abaixo do esperado (30)	0	1	2	3
14	Tem um tempo curto de atenção (48)	0	1	2	3
15	Argumenta com os adultos (37)	0	1	2	3
16	Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado(a) (50)	0	1	2	3
17	Tem dificuldade em esperar a sua vez (29)	0	1	2	3
18	Não se interessa pelo trabalho escolar (40)	0	1	2	3
19	Distraído(a) ou apresentando curto tempo de atenção (52)	0	1	2	3
20	Tem um temperamento explosivo e imprevisível (7)	0	1	2	3
21	Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados (39)	0	1	2	3
22	Pobre em aritmética (56)	0	1	2	3
23	Interrompe e intromete-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros) (55)	0	1	2	3
24	Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou actividades de lazer, de forma sossegada (42)	0	1	2	3
25	Não termina as coisas que começa (17)	0	1	2	3
26	Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido) (57)	0	1	2	3
27	Excitável e impulsivo (8)	0	1	2	3
28	Inquieto(a), sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço (59)	0	1	2	3

Apéndice 3: Escala de Conners para Padres

ESCALA DE CONNERS PARA PAIS – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Conners, Ph.D., 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana – parte integrante da dissertação de doutoramento.

Nome da Criança				Género		F	M
Data de Nascimento:		Idade:		Ano Escolaridade:			
Nome do familiar:				Data de preenchimento:			
Observações:				Código:			

Abaixo estão discriminados os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
------------	---------------	---------------------	----------------------

1. Desatento, distrai-se facilmente (38)	0	1	2	3
2. Furioso (zanga-se com facilidade) e ressentido (1)	0	1	2	3
3. Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa (2)	0	1	2	3
4. Está sempre a movimentar-se ou age como "tendo as pilhas carregadas" ou como se "estivesse ligado a um motor".(3)	0	1	2	3
5. Atento por curtos períodos de tempo (56)	0	1	2	3
6 Discute/argumenta com os adultos (11)	0	1	2	3
7. Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado no lugar.(55)	0	1	2	3
8. Não consegue completar o que começa (12)	0	1	2	3
9. Dificil de controlar em centros comerciais ou sitios públicos(13)	0	1	2	3
10. Desarrumado ou desorganizado em casa ou na escola (63)	0	1	2	3
11. Perde o controlo (21)	0	1	2	3
12. Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas (22)	0	1	2	3
13. Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa (69)	0	1	2	3
14. Corre e trepa em situações inapropriadas (23)	0	1	2	3
15. Distraído e com tempo de atenção curto (45)	0	1	2	3
16. Irritável (31)	0	1	2	3
17. Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal como trabalhos na escola ou de casa) (9)	0	1	2	3
18. Irrequieto, "tem bicho carpinteiro" (32)	0	1	2	3
19. Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa (48)	0	1	2	3
20. Provocador ou recusa em satisfazer os pedidos de um adulto (40)	0	1	2	3
21. Tem problemas em concentrar-se nas aulas (19)	0	1	2	3
22. Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo (42)	0	1	2	3
23. Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado (76)	0	1	2	3
24. Deliberadamente faz coisas para irritar os outros(67)	0	1	2	3
25. Não segue instruções e não acaba os trabalhos no lugar (Não é dificuldade em entender as instruções ou recusa) (29)	0	1	2	3
26. Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente (59)	0	1	2	3
27. Fica frustrado quando não consegue fazer qualquer coisa (78)	0	1	2	3

Apéndice 4: Percentiles de referencia – Portugal

Linhas Orientadoras para a Interpretação dos Scores T (Resultado Normativo) e Percentis

Score T	Percentil	Observação
70+	98+	Marcadamente Atípico (Indicação de Problema Significativo)
66-70	95-98	Moderadamente Atípico (Indicação de Problema Significativo)
61-65	86-94	Medianamente Atípico (Possibilidade de Problema Significativo)
56-60	74-85	Ligeiramente Atípico (Borderline Deve preocupar)
45-55	27-73	Média (Resultado Típico - Não deve levantar preocupações)
40-44	16-26	Ligeiramente Atípico (Não levanta problemas)
35-39	6-15	Medianamente Atípico (Não levanta problemas)
30-34	2-5	Moderadamente Atípico (Não levanta problemas)
< 30	< 2	Marcadamente Atípico (Não levanta problemas)

Apéndice 5:
Procedimientos de entrenamiento para
los padres de niños con TDAH

Procedimentos de treino para os pais de crianças com PDAH (Chaves, 1999)

1ª SESSÃO: REVISÃO DO CONCEITO DE HIPERACTIVIDADE

Nesta sessão, é fornecida aos pais informação sobre a etiologia, natureza e prognóstico da perturbação do seu filho. Geralmente, os pais têm conceitos errados que nesta sessão podem ser clarificados, adotando uma atitude não crítica e destacando a natureza crónica da hiperatividade.

2ª SESSÃO: REVISÃO DAS INTERACÇÕES PAIS FILHOS

Trata-se de chamar a atenção dos pais que a criança não é a única responsável pela situação. Informam-se os pais que as reações em relação ao comportamento da criança não são estáticas e que se vão modificando à medida que os mecanismos utilizados antes se revelarem ineficazes. Por exemplo, os pais que em princípio decidem ignorar a criança, progressivamente irão adotando mecanismos mais restritivos se persiste o mau comportamento da criança, chegando inclusive ao castigo físico. Pelo contrário, outros pais podem aceder às exigências da criança e tolerar a sua desobediência com o objetivo de evitar confrontações. A sessão finaliza com comentários sobre como aplicar as ideias anteriores à família concreta em tratamento e a possibilidade de reduzir os fatores de stress que afetam o sistema familiar.

3ª SESSÃO: INTENSIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

Nesta sessão, participa a criança e informam-se os pais para que dediquem cada dia em casa 15 a 20 minutos de atenção ao jogo da criança. Dentro deste período, a criança tem que decidir a atividade que quer realizar e o pai tem que observar, descrever e apreciar os comportamentos adequados da criança. Não há ordens nem deve ensinar-se nada, as perguntas devem ser mínimas. O objetivo desta sessão é aumentar a atenção dos pais para a criança e embora não elimine os comportamentos inadequados contribui em grande medida para fomentar as relações positivas entre pai e filho.

4ª SESSÃO: DESENVOLVIMENTO DA OBEDIÊNCIA

Utiliza-se a atenção e outros reforços para desenvolver na criança a independência e uma maior obediência. Informam-se os pais para que selecionem várias ordens que devem ser concretizadas pela criança. A eficácia das ordens obedece a algumas condições: manter o contacto visual quando se fala com a criança, reduzir as distrações que possam existir no meio ambiente, como a televisão antes de dar a ordem de acordo com o nível de linguagem da criança, observar e apreciar a obediência sempre que ocorra dar a ordem como um imperativo e não uma petição ou um favor.

Finalmente, pede-se aos pais como pôr em prática um sistema de economia de fichas, uma vez que o elogio por si só não basta para aumentar a obediência das crianças hiperativas. Em primeiro lugar, organiza-se a lista de privilégios que se podem ganhar e depois estabelece-se o preço de cada prémio

5ª SESSÃO: O USO DO TIME-OUT PELA NÃO OBEDEIÊNCIA

O time-out é uma forma de castigo que se utiliza quando a criança se porta mal ou não é obediente. Trata-se de manter a criança isolada por algum tempo. É preferível utilizar por períodos curtos de tempo.

6ª SESSÃO: AMPLIAR O TIME-OUT A OUTROS COMPORTAMENTOS DESOBEDENTES

Esta sessão é uma revisão de como os pais utilizam o time-out e que problemas têm para que possam utilizá-los em vários comportamentos desobedientes.

7ª SESSÃO: OS COMPORTAMENTOS DESOBEDENTES FORA DE CASA

Informam-se os pais sobre como corrigir os comportamentos desobedientes em público. Geralmente, todos os métodos já indicados se revêm nesta sessão, pede-se aos pais que elogiem mais a obediência em público e usem o sistema de fichas e o custo de resposta nestes casos.

8ª SESSÃO: CORRIGIR COMPORTAMENTOS FUTUROS INADEQUADOS

Esta sessão é uma revisão de todos os métodos ensinados e em que o terapeuta examina com os pais os problemas de comportamento que não foram solucionados e ver como se deveriam tratar.

9ª SESSÃO: SESSÃO DE APOIO

Esta sessão é levada a cabo quatro ou seis semanas depois e serve meramente como uma visita para comprovar como os pais devem continuar a orientar a criança. O tratamento pode ser renovado se surgirem problemas.

Apéndice 6:

Esquema de programación para el maestro

Esquema de Programação do Professor (com adapt.)

Para avaliação psicopedagógica e programação junto de alunos hiperativos:

- **Processo de avaliação do aluno:**

OBSERVAÇÃO:

1. Observar e avaliar sistematicamente o grau de hiperatividade;
2. Considerar todas as causas possíveis e suas implicações psicopedagógicas.

AVALIAÇÃO DIRECTA:

3. Fazer um registo completo de condutas hiperativas específicas;
4. Determinar a frequência dos êxitos em aquisições académicas básicas tais como leitura, escrita, cálculo, mediante a aplicação de provas adequadas;
5. Determinar as alterações apresentadas: sensoriais, motoras ou perceptivas, através da aplicação de inventários seleccionados ou testes.

CONSULTA E REFERÊNCIAS:

6. Implicar os pais na avaliação da criança;
7. Pedir ajuda específica do Psicólogo, médico e outros colaboradores, na medida do necessário.

- **Processo de programação para o aluno**

PROGRAMA ESCOLAR:

8. Comentar os resultados com o orientador escolar e planificar todo o programa de intervenção pedagógica;

9. Pedir apoio de mais um professor, se necessário.

PROGRAMAÇÃO PARA A CLASSE E PARA O PROFESSOR:

10. Selecionar objetivos de aprendizagem adequados para a criança;

11. Estabelecer diariamente as sessões terapêuticas para inibição da hiperatividade;

12. Registrar diariamente os progressos e recompensas do aluno.

PROGRAMAÇÃO PARA OS PAIS:

13. Informar os pais acerca do programa terapêutico e dos progressos do aluno;

14. Obter a colaboração e apoio dos pais para um ensino complementar em casa, para reduzir o comportamento hiperativo.