



UNIVERSIDAD INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS
DOCENTES RESPECTO AL TDAH EN ESCUELAS
PRIMARIAS PÚBLICAS DE LA COLONIA INFONAVIT
IZTACALCO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FERNÁNDEZ MORENO ELLIOT FERNANDO

ASESOR: LIC. ANA LUISA SERNA URIBE

MÉXICO, D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Aquellos que están tan locos como para pensar que pueden cambiar el mundo, son aquellos que lo hacen”.

Steve Jobs

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo I- El TDAH.	
1.1 Definición y Caracterización del TDAH.....	6
1.2 Etiología.....	10
1.3 Subtipos y Sintomatología del TDAH.....	13
1.4 Prevalencia.....	16
1.5 Cormobilidad.....	17
1.6 Diagnóstico.....	19
1.7 Tratamiento.....	23
1.8 Antecedentes del TDAH.....	28
1.9 El Déficit de Atención en la Escuela.....	29
Capítulo II- Conocimiento.	
2.1 Conocimiento.....	32
2.2 Profesorado y Conocimiento.....	34
2.3 Formación Docente.....	38
2.4 Características de la Formación Docente.....	41
2.5 Formación Docente en México.....	44
2.6 Profesorado y TDAH.....	45
2.7 Características de las Escuelas Públicas.....	51

Capítulo III –Antecedentes.

3.1 Antecedentes.....	54
3.2 Antecedentes del Objeto de Estudio.....	56

Capítulo IV- Metodología.

4.1 Planteamiento del Problema.....	61
4.2 Justificación.....	61
4.3 Objetivos de la Investigación.....	61
4.4 Hipótesis.....	62
4.5 Variables y Definiciones.....	62
4.6 Diseño de Investigación.....	64
4.7 Tipo de Estudio.....	65
4.8 Muestra.....	65
4.9 Muestreo.....	66
4.10 Instrumento.....	66
4.11 Procedimiento.....	67
4.12 Análisis.....	68

Capítulo V- Resultados.

Graficas I de Resultados.....	71
Tablas de Resultados.....	73
Graficas II de Resultados.....	76

Capítulo VI- Discusión y Conclusiones.

Discusión y Conclusiones.....97

Capítulo VII- Sugerencias.

Sugerencias.....100

Referencias.....103

Anexos.....108

Resumen

El propósito de este trabajo fue averiguar el conocimiento de maestros de primarias públicas en la colonia Infonavit Iztacalco respecto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), quien lo diagnóstica, en que género es más frecuente el TDAH. El estudio también averiguó que escuela tiene mayor conocimiento sobre el trastorno en dicha colonia. Maestros de primaria (N = 46) señalaron que el psicólogo es quien diagnóstica el TDAH, se les dio un cuestionario con 22 preguntas de opción múltiple y en caso de saber marcaban la alternativa que consideraban correcta. Los resultados mostraron que estos mismos maestros consideraron que el TDAH es más frecuente en el género masculino, y que el trastorno tiene un carácter hereditario y social. Los resultados se discuten contrastando el punto de vista psiquiátrico y el psicológico sobre el concepto de conducta no deseada.

Introducción

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la infancia y que suele permanecer hasta la edad adulta, especialmente en los casos en los que no es diagnosticado y tratado. Se manifiesta como un aumento de la actividad física o hiperactividad, déficit en el control de impulsos y dificultad para mantener la atención, esta se asocia con frecuencia a otros trastornos y presenta carácter crónico en la mayoría de los casos.

El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población infantil y, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSMIV-RV, texto revisado (2002), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se considera que entre el 3 y el 7% de la población en edad escolar lo presenta en mayor o menor grado de intensidad. Además, representa uno de los motivos más frecuentes de consulta debido a las consecuencias que tiene en los diferentes ámbitos de la vida.

Las repercusiones potenciales sobre el desarrollo y el ajuste sociopersonal y familiar de la persona afectada hacen que sea uno de los trastornos que más investigación ha tenido en los últimos años, los estudios se han centrado en el trastorno en sí, la etiología, el diagnóstico y el tratamiento, y no tanto en el análisis de las relaciones entre el trastorno y el entorno escolar del niño que lo padece.

Al entrar en contacto con la bibliografía respecto a este tema TDAH y docentes, se han podido observar algunas de las dificultades que se encuentran relacionadas con la falta de información, así como la falta de formación que presentan los profesionales de la educación

sobre los síntomas, las causas que los originan, las necesidades de apoyo educativo implicadas, etc. cuando tienen que atender en el aula a un menor con este trastorno.

Esta carencia formativa y también adquisitiva de conocimientos erróneos sobre el TDAH tienen como consecuencia que, en muchos casos, tanto las familias y el profesorado no atiendan de manera adecuada a los pacientes que sufren importantes desadaptaciones derivadas del trastorno, ya que son tratados como “niños malos”, incontrolables, que no respetan las normas, lo que va disminuyendo su autoestima y generando o recrudeciendo problemas asociados.

Debido al impacto mutuo entre el TDAH y su entorno social, el estudio de las relaciones entre la escuela y el trastorno influyen en la vida del niño y la evolución del trastorno, esto puede ayudar a superar dichas dificultades si se centra en la mejora del mismo a través de la formación. Para ello es necesario detectar previamente qué conocimientos respecto al trastorno tienen los docentes que son los que mayor tiempo pasan con el paciente, diagnosticado o no con TDAH.

De esta manera, este trabajo está conformado de los siguientes capítulos. En el primero, se describe la historia en torno a este padecimiento cuyas líneas destacan su importancia, así como su origen, definición, tipos, diagnóstico y tratamiento.

En el segundo capítulo, se plasman las referencias teóricas del conocimiento y la formación del docente para obtener dicho conocimiento.

En el tercer apartado se enuncian los antecedentes y evolución del trastorno.

En el cuarto, se muestra la metodología empleada, en la cual se llevó a cabo la selección y adaptación de instrumentos para conseguir la información necesaria, así como la planeación de un procedimiento metodológico adecuando de acuerdo a las posibilidades de su aplicación sobre la muestra poblacional. Se expresan las conclusiones a las que se llega y la descripción que existe entre los resultados obtenidos y lo mencionado en la literatura.

Finalmente, se enuncian las conclusiones a las que se llega. La descripción que existe entre los resultados obtenidos y lo mencionado en la literatura y se incluyen las referencias bibliográficas consultadas y, en el anexo, se presentan el instrumento utilizado para este estudio.

CAPÍTULO 1

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1.1 DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL TDAH

El TDAH era un trastorno prácticamente desconocido y las personas que lo padecen son vistos y tratados como sujetos incapaces de controlar sus impulsos y, por consecuencia, peligrosos, sobre todo en el caso de los adultos; en la edad infantil son vistos como niños muy inquietos, desobedientes y maleducados, vagos y apartados, en definitiva, siguen siendo vistos como personas conflictivas. Hoy sabemos que el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, cuyos síntomas tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfiere en su funcionamiento cognitivo, afectivo y social causando disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en su familia y en la escuela.

En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-RV, 2002) de la APA describe el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad como aquel trastorno que se caracteriza por presentar un esquema persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el patrón observado habitualmente en los sujetos de un nivel de desarrollo similar. Su presencia se detecta antes de los siete años de edad y las alteraciones provocadas por los síntomas se deben presentar como mínimo en dos ambientes, afectando la actividad social, académica y/o laboral. Por último, no puede ser declarado por la presencia de un trastorno mental o en el transcurso de un trastorno del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Debe destacarse que los síntomas del TDAH son comunes a la población en general y se representan a través de una línea, por lo que no es la presencia del síntoma en sí (inatención, hiperactividad, impulsividad) lo que determina la disfuncionalidad, sino su intensidad y la frecuencia respecto a la edad de desarrollo del individuo y su contexto, así

como por la secuela que tiene en su funcionamiento diario. Por este motivo, se dificulta el reconocimiento de las alteraciones de comportamiento como síntomas de un trastorno por parte de familiares y docentes si estos no cuentan con un conocimiento previo acerca del mismo.

Otro factor que dificulta el diagnóstico del TDAH es el hecho de que aparece frecuentemente asociado a otros trastornos, con una frecuencia muy superior a la esperada en la población general, es decir, presenta una alta comorbilidad. Muchos estudios han encontrado que más de un 50% de las personas diagnosticadas con un TDAH satisfacen los criterios diagnósticos de uno o más trastornos psiquiátricos adicionales, como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, por consumo de sustancias, del aprendizaje o del comportamiento (Brown, 2003).

Por otra parte, durante muchos años se ha creído que el TDAH desaparecía con la adolescencia, la realidad es distinta. Según el mismo autor (Brown, 2003), entre un 30-80% de los niños diagnosticados continúan teniendo el síntoma en la adolescencia, y más del 50% en la edad adulta, en estos la hiperactividad, entendida como exceso de movimiento, no suele ser muy evidente de ahí la idea tan difundida de su desaparición. Los síntomas que trascienden en la adolescencia son los relacionados con el déficit de atención, ya que a partir de ese momento, con la entrada a la vida adulta, se aprecia una mejoría en el control e inhibición del comportamiento hiperactivo.

Esta información evidencia el carácter crónico del TDAH, semblante que ha ido adquiriendo relevancia en los últimos años, por lo que hay una importante línea de investigación centrada en la perspectiva evolutiva del trastorno.

Como se ha mencionado, los niños hiperactivos no presentan un único perfil conductual sino que constituyen un grupo heterogéneo. Sin embargo, pueden determinar las dimensiones en las que se concentran sus dificultades, esencialmente, problemas de comportamiento, dificultades cognitivas, problemas académicos, alteraciones en el ámbito social y problemas emocionales.

Siguiendo a Martínez y Conde (2009) podemos caracterizar el TDAH en menores de la siguiente manera:

- Presentan dificultades para controlar el comportamiento e impulsos, por lo que hay que hacer hincapié en la dificultad que presentan para responder a las demandas y exigencias ambientales del momento.
- Manifiestan conductas problemáticas, producto de su trastorno, que no son intentos deliberados de fastidiar y molestar a sus padres y profesores.
- Cuentan con dificultades para prestar y mantener la atención, lo cual no se debe a una falta de voluntad. Debido a la naturaleza crónica del déficit de atención estos menores requieren de una respuesta educativa que atienda estas necesidades pues los fracasos en este ámbito pueden generar rechazo y desmotivación por el aprendizaje escolar.
- Es frecuente que tengan relaciones conflictivas y hostiles con profesores, compañeros y familia como consecuencia de su baja competencia social.

- Por otro lado, el TDAH conlleva un riesgo elevado de afectación de la autoestima y competencia personal debido, entre otras causas, a las frustraciones y fracasos acumulados diariamente cuando no responden a las expectativas del entorno familiar y escolar. Su comportamiento causa frecuentes críticas y rechazo por parte de padres, profesores y grupo de iguales.
- En ocasiones, estos menores sufren alteraciones del lenguaje, lo que complica la comunicación con los adultos y compañeros (interrupciones frecuentes; comentarios irrelevantes en conversaciones espontáneas; dificultades para hilvanar los temas e intercambiar opiniones; problemas para concretar, expresar y ajustar el lenguaje al tema y al oyente, etc.).
- Como consecuencia de la impulsividad y dificultad para inhibir la conducta, estos menores tienden a tener más accidentes y sufrir lesiones.
- Con frecuencia estos menores son muy emotivos y sensibles, dando la impresión de cierta inmadurez emocional. Presentan un nivel bajo de tolerancia a la frustración, poca capacidad para demorar las gratificaciones inmediatas y dificultad para planificar posibles soluciones ante problemas de la vida diaria.

Debido a este amplio abanico de síntomas y a la desinformación general sobre los mismos por parte de familia y profesores, los niños con TDAH se ven expuestos frecuentemente a respuestas negativas por su comportamiento y sufren una desventaja social y educativa que, en la mayoría de los casos, se mantiene a lo largo de la edad infantil y en un porcentaje importante en la etapa adulta.

1.2 ETIOLOGÍA

La última causa del TDAH es desconocida. Se trata de un trastorno heterogéneo, del cual parece improbable encontrar una causa única. Las ideas iniciales que lo definen como "daño cerebral mínimo" han evolucionado gracias a estudios de neurobiología y fisiopatología, neuroimagen y genética.

En la actualidad, las investigaciones evidencian que el TDAH se debe a causas biológicas, relacionándose con factores de riesgo neurobiológicos que con factores psicosociales, por lo que aunque ambos factores están en continua interacción, no se ha encontrado relación causal entre la experiencia en el hogar del niño y el TDAH. No obstante, el estudio de las disfunciones familiares existentes en niños con esta patología ha revelado su importante papel en el desarrollo de los síntomas y en la aparición de otros problemas frecuentemente asociados al TDAH.

Los estudios realizados en los últimos 15 años se apoyan en las bases neurobiológicas, no encontrando evidencia de daño cerebral sino anormalidades en el desarrollo de la región anterior del lóbulo frontal del cerebro, denominada región orbito frontal, desconociéndose las causas. Según Barkley (2002) se cree que esta región es la responsable de la inhibición de la conducta, el mantenimiento de la atención, el autocontrol y la planificación del futuro.

A nivel anatómico, Castellano (2001), (citado en Martínez y Conde, 2009) observó con Resonancia Magnética que en personas con TDAH el lóbulo frontal, el cerebelo y los ganglios basales son más pequeños que en los grupos control y posiblemente menos activos.

Numerosos estudios hechos, como el realizado en 1973 por los doctores Buschsbaum y Wender (citados en González, 2006), que han comparado la actividad eléctrica del cerebro a través del electroencefalograma en niños con y sin TDAH, han demostrado que la actividad eléctrica cerebral de los niños con TDAH es menor que la observada en niños sin el trastorno, especialmente en las áreas frontales.

También, se han llevado a cabo estudios que han evidenciado una actividad metabólica cerebral reducida en la región frontal de personas con TDAH al compararlos con pacientes de otros trastornos psiquiátricos, como la investigación realizada en 1993 por Gaffney y Cols. (Citado en González, 2006).

Barkley (2002) señala un estudio histórico publicado en noviembre de 1990 en el New England Journal of Medicine, supuso la primera evidencia de que el TDAH tiene una base bioquímica. A partir de ahí, un numeroso grupo de investigaciones ha demostrado que la cantidad de neurotransmisores, esencialmente, dopamina y norepinefrina, parece disminuida en las regiones cerebrales frontales de pacientes con TDAH.

En cuanto a si el trastorno es hereditario, Barkley (2002 citado en González, 2006) sostiene que en torno al 40% de todos los jóvenes con TDAH, tienen por lo menos un familiar con esta condición. Éste y otros hallazgos similares vinculan el trastorno con factores hereditarios. Biederman y Faraone en un estudio realizado en 1990 (citado en Martínez y Conde, 2009) obtuvieron que aproximadamente un 25% de los parientes de primer grado de los niños con TDAH, presentan este trastorno, mientras que en los familiares del grupo control el porcentaje era del 5%. Los estudios con gemelos son aún más convincentes,

encontrando que si uno de los gemelos tiene síntomas de TDAH, el riesgo de que el hermano también lo tenga es de entre el 80 y el 90%.

A nivel genético Barkley (2002) señala que hay pruebas disponibles que indican que puede existir relación entre los problemas presentados por las personas con TDAH y la cantidad de dopamina y, posiblemente norepinefrina, que produce el cerebro. Se ha hallado que los genes receptores D2 y D4 del neurotransmisor dopamina, así como el gen del transportador DAT1 en personas con TDAH parecen ser menos eficaces en el desarrollo de su función. Sin embargo, estas evidencias no se pueden considerar concluyentes, pues aunque es una línea de investigación prometedora, no ha sido probada definitivamente. La dopamina es un neurotransmisor que está relacionado con la inhibición de la actividad de otras neuronas, por ello se relaciona el déficit con este neurotransmisor en las zonas frontales del cerebro con los problemas de inhibición y autocontrol que son propios del TDAH.

Los resultados de investigaciones recientes, indican que los factores biológicos, dentro de la contribución genética, parecen más relacionados con el origen del TDAH que los factores ambientales. Tal y como expresa Barkley (2002), algún día se mostrara que las alteraciones propias del TDAH son el resultado de la combinación de un conjunto de genes que contribuyen a la aparición de este trastorno. Como se ha visto, los factores etiológicos que subyacen en el TDAH son muy variados y se relacionan con los cambios neuroestructurales expuestos pueden tener un lugar en los periodos tanto prenatales, perinatales como postnatales, o con la combinación de factores y el efecto acumulativo en los distintos periodos de la vida del niño.

En cualquier caso, debe descartarse como origen del mismo a los padres o sus métodos educativos. Las explicaciones centradas del TDAH y su justificación mediante la culpa de los padres deben ser descartadas de una vez por todas, señalando además que en demasiadas ocasiones han llevado a diagnósticos tardíos, lo que conlleva una peor respuesta al tratamiento. No hablamos de un problema social ni de mala educación, sino de un trastorno concreto, con características clínicas y necesidad de tratamiento.

Hay que señalar, tal y como presenta Barkley (2002), la existencia de numerosos estudios que indican que los factores ambientales como el consumo de alcohol y nicotina durante el embarazo por parte de las madres aumenta la probabilidad de que sus hijos presenten hiperactividad, falta de atención e incluso TDAH.

1.3 SUBTIPOS Y SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH

Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen TDAH tienen el mismo cuadro clínico. En algunas predominan los síntomas de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad (APA, 1995, 2002). Estas variantes determinadas por el síntoma predominante son conocidas como "subtipos". A continuación se describen los principales síntomas de cada uno de los subtipos de TDAH propuestos por el DSM-IV-RV (2002):

• TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, CON PREDOMINIO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAH/I)

El déficit central parece ser la lentitud en el procesamiento de la información, un estado de alerta y vigilancia inconsistente, especialmente cuando la información se presenta por la vía auditiva. Respecto a la conducta social, estos niños son más pasivos, tienen un conocimiento social limitado y no suelen evidenciar problemas de control emocional.

Los síntomas manifestados son los que siguen:

- Dificultad para mantener la atención a un estímulo o varios a la vez.
- Parece que no escuchan.
- Problemas para seguir instrucciones, no terminan las tareas.
- Dificultad para organizarse, para establecer un orden.
- Les cuesta ponerse en marcha.
- Evitan tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Olvidan y pierden cosas necesarias para su actividad.
- Facilidad para distraerse por estímulos irrelevantes.
- Olvidadizos en las actividades diarias
- Dificultades para prestar atención suficiente a los detalles.

- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, CON PREDOMINIO DE HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD (TDAH/H-I)

Los niños que presentan este subtipo tienen síntomas de hiperactividad y de impulsividad. Atendiendo a la hiperactividad, estos niños se caracterizan por una actividad motora (movimiento) y vocal excesiva e inapropiada para su edad.

Los síntomas son los siguientes:

Hiperactividad:

- Inquietud, mueven constantemente manos y pies.
- Se levantan cuando deberían estar sentados.
- Corren y saltan en situaciones inapropiadas.
- Dificultad para jugar tranquilamente.
- Actúan como si estuviesen impulsados por un motor.
- Hablan excesivamente.

Respecto a la impulsividad, los niños que presentan este síntoma se caracterizan por mostrar falta de autocontrol e incapacidad para inhibir conductas. Suelen actuar después de pensar, se precipitan, tienen falta de planificación y organización, interfieren en conversaciones interrumpiendo, se muestran impacientes. Los síntomas que manifiesta este subtipo con respecto al déficit en el control de impulsos son los siguientes:

Impulsividad:

- Responden de forma precipitada a las preguntas.
- Dificultad para guardar el turno.
- Interrumpen a otros en los juegos, conversaciones, etc.

- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, TIPO COMBINADO, (TDAH/C)

En este subtipo se combinan tanto síntomas de déficit de atención como de hiperactividad e impulsividad.

- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, NO ESPECIFICADO, (TDAH/NE)

Cuando se presentan síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad pero no se cumplen los criterios anteriores.

1.4 PREVALENCIA

Según el DSM-IV-RV (2002) la prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y el 7% en niños y niñas en edad escolar.

Las estimaciones de su prevalencia varían, dependiendo, en gran medida, de las técnicas de diagnóstico, por ejemplo, cuestionarios o entrevistas y de la edad y naturaleza de la población estudiada. Estudios epidemiológicos recientes han reportado una prevalencia a nivel mundial de 8% a 12% en niños y adolescentes y de 1.2% a 7.3% en adultos. En la actualidad se tiene el conocimiento que de cada 100 niños en edad escolar, de tres a cinco,

presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, ya que de 100 hombres adolescentes de uno a seis lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de uno a dos lo presentan. En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica entre el 5% y el 6% de la población entre 6 y 16 años padecen TDAH. En México estamos hablando de un millón 600 mil niños y niñas, de las cuales sólo el 8% está diagnosticado y tratado. El TDAH se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12% del total de la población, según datos de la Facultad de Psicología (FP) de la UNAM. En el Distrito Federal se estima que la prevalencia del TDAH en población de 4 a 16 años es de 5%.

No obstante, cabe señalar que hay pocos estudios sobre niñas hiperactivas. Actualmente, la mayoría de los autores consideran que el TDAH está nulo en las niñas, puesto que, por lo general presentan menos comportamientos perturbadores, que son los que interfieren en la vida escolar y familiar, en cambio, presentan más síntomas de humor/ansiedad que los niños.

El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits atencionales, 30%; hiperactividad e impulsividad, 10%).

1.5 COMORBILIDAD

Como ya se ha mencionado anteriormente, con mucha frecuencia el TDAH no viene sólo, sino que este trastorno resulta más complicado a causa de trastornos asociados.

Los estudios realizados ponen de manifiesto la alta presencia de otros trastornos con el TDAH, tales como el estudio MTA (1999) (citado en Martínez y Conde, 2009) que reveló que el 70% de los niños diagnosticados de TDAH con edades comprendidas entre 7-9 años cumplía los criterios diagnósticos de, al menos, otro trastorno psicológico. De estos, el 40% de los menores satisfacía los criterios diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante, el 34% presentaba Trastorno de Ansiedad y el 14% Trastorno Disocial.

Los resultados de las investigaciones son incuestionables en cuanto a la vinculación del TDAH con trastornos del comportamiento (trastorno negativista desafiante y trastorno disocial), trastornos del aprendizaje y trastornos de ansiedad. También los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha coinciden en señalar que el patrón de comorbilidad permanece relativamente a lo largo del tiempo, perjudicando esta asociación al pronóstico favorable del diagnóstico tanto en el funcionamiento académico como psicosocial del niño.

A continuación se muestra una lista de los diagnósticos más frecuentemente encontrados junto con el TDAH (en algún momento de la vida del paciente):

Trastorno Negativista-Desafiante (TND): 50-75%

Trastorno Disocial (TD) 20-50%

Trastornos por abuso de drogas: 12-24%

Trastornos de ansiedad: 25%

Trastornos afectivos: 20- 30%

Trastornos del sueño; Trastorno de Tics

Trastornos de la coordinación motora y Trastornos específicos del aprendizaje: 20%

Problemas intelectuales

Lesiones y accidentes.

1.6 DIAGNÓSTICO

Debido a la naturaleza compleja y el carácter multifactorial del TDAH, las orientaciones más recientes sobre el diagnóstico indican la necesidad de enfocar el problema desde una visión multidisciplinaria. La llamada de atención suele venir de los padres o profesores, quienes deben trasladarse al psicopedagogo del centro escolar, si es que lo hay o particularmente. Esto derivará el caso al pediatra del niño para un estudio más especializado y, si lo requiriere, al neuropediatra quien, en conjunto con la valoración psicológica, determinará el diagnóstico preciso para posibilitar la intervención terapéutica más viable.

El diagnóstico se realiza siempre sobre bases clínicas, conjugando información que proviene de los padres, los profesores y la observación directa del niño con los resultados de pruebas dirigidas a poner de manifiesto sus capacidades y necesidades. El DSM-IV de la APA (2002) incluye al TDAH dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y dentro de estos, en la clasificación de Trastorno de Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto con el Trastorno Disocial, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado.

Según el DSM-IV, para diagnosticar el TDAH en cualquiera de sus categorías, los síntomas deben presentarse en dos o más ambientes (en casa y en la escuela), tiene que haber estado

presente antes de los 7 años de edad, interfiere de forma significativa en la vida de la persona y no se deben a otros trastornos que pueda tener una sintomatología similar. Para establecer el diagnóstico del TDAH y de cada subtipo, se determinan unos criterios normalizados que fijan estándares clínicos, de acuerdo a la presencia o no de una serie de síntomas y el grado de intensidad.

El diagnóstico es conveniente realizarlo a partir de los 6 años, coincidiendo con la edad de inicio de la educación primaria ya que al aumentar la exigencia escolar es más sencillo detectar al niño con TDAH, y debe basarse en una evaluación médica, psicológica y pedagógica que descarte que la sintomatología es debida a otras causas.

Los criterios establecidos por el DSM-IV para el diagnóstico del TDAH son los siguientes:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que no sea adaptable e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

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

Hiperactividad

(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor

(f) A menudo habla en exceso

Impulsividad

(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (Se entromete en conversaciones o juegos)

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

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

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

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

El DSM-IV-RV incluye una nota de clasificación que señala que en el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen con alguno o todos los criterios, debe especificarse en remisión parcial.

Si atendemos a la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10, de 1992) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hiperactividad se enmarca dentro de los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia, dentro de la categoría Trastornos Hiperkinéticos, caracterizados por deficiencias para mantener la atención e hiperactividad motriz, clasificándola en cuatro categorías básicas: Trastorno de la actividad y de la atención: subdividido en Trastorno de Déficit de Atención y Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad; Trastorno Hiperkinético Disocial; Otros trastornos hiperkinéticos; Trastorno hiperkinético sin especificación.

En general, el sistema de clasificación DSM-IV-RV (2002) de la APA ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS, tanto que en el diagnóstico clínico como en la investigación, razón por la cual se está centrando en la descripción del primero.

1.7 TRATAMIENTO

Las investigaciones más recientes defienden el tratamiento multidisciplinario como el más efectivo para el abordaje terapéutico del TDAH, que comprende el tratamiento farmacológico (si se considera oportuno para el caso concreto), terapia psicológica cognitivo-conductual, abordaje psicopedagógico y asesoramiento y formación a padres.

El enfoque terapéutico de la hiperactividad infantil ha evolucionado frente a la concepción que se ha tenido del síndrome hiperkinético en las últimas décadas. Tal y como exponen

Orjales y Polaino (2010) cuando este síndrome era concebido como un trastorno conductual, los tratamientos se enfocaban en torno a las técnicas de modificación de conducta. Más tarde, evolucionó hacia una concepción atencional del problema donde la intervención farmacológica alcanzó su pleno apogeo. Años después, el estudio de la impulsividad y los posibles déficits cognitivos subyacentes empezaron a constituir el tema de investigación destacado, con lo que los programas terapéuticos adquieren el tinte de cognitivo a los tratamientos basados en el autocontrol y el entrenamiento de autocontrol. A finales de la década de la 70, los problemas de generalización de muchos estudios que aplicaban únicamente entrenamiento en autoinstrucciones, dio lugar a la inclusión sistemática de técnicas operantes en los paquetes integrados de tratamiento. La hiperactividad infantil empieza a abordarse desde ese momento con un enfoque cognitivo-conductual.

A continuación se presentan brevemente cada uno de los tratamientos que actualmente se abordan en el manejo del TDAH.

1.7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Actualmente se considera que la administración de fármacos es un pilar básico en el tratamiento del TDAH, aunque existen casos en los que estos no son la respuesta. Este tratamiento puede iniciarse con seguridad a partir de los seis años de edad, aunque en casos más graves puede iniciarse antes, siempre bajo criterio psiquiátrico. Los medicamentos empleados en el tratamiento del TDAH se dividen en estimulantes y no estimulantes.

- Fármacos Estimulantes

Los fármacos estimulantes, en especial el metilfenidato, son los mejor estudiados en niños y adultos con TDAH con más de 200 ensayos clínicos publicados. De este grupo, entre los que se incluyen la D-anfetamina y la Pemolina, sólo el Metilfenidato (Rubifén, y Concerta) se comercializa en nuestro país. Existen tres tipos de metilfenidato en función de la duración de su acción: inmediato, intermedio y prolongado.

Son muchas las controversias en torno a este tipo de fármacos y son comprensibles los temores de los padres ante el uso de fármacos de este tipo, pero la investigación ha demostrado que no hay ninguna razón científica para privar a niños, adolescentes y adultos de ellos.

- Fármacos No Estimulantes

La atomoxetina es un fármaco nuevo que ha mejorado el abordaje terapéutico pues es el primer medicamento no psicoestimulante que se ha mostrado eficaz en el manejo de este trastorno, tanto en niños como en adultos. Se comercializa desde 2007 con el nombre de Strattera. Este medicamento es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y reduce los síntomas centrales del TDAH (actividad motora excesiva, desatención e impulsividad) con una eficacia similar a los psicoestimulantes pero con menos dificultades y además se muestra adecuado cuando el TDAH está asociado a otra patología (ansiedad, depresión, tics). Tiene una buena tolerancia, sin los problemas de activación de los estimulantes y los efectos secundarios se presentan al inicio del tratamiento, son transitorios y consisten en astenia, dolor abdominal, cefalea, pérdida de apetito y peso.

Aunque existe en la actualidad un amplio debate sobre los riesgos que entrañan los psicoestimulantes, como se ha mencionado anteriormente, numerosos estudios científicos han demostrado que mejoran los síntomas y disminuyen el riesgo de abuso o dependencia a sustancias en adolescentes y adultos con TDAH. Se trata pues de medicamentos eficaces y seguros para el tratamiento del TDAH, siendo superiores los beneficios a los riesgos según Tcheremissine y Salazar (2008) (citado en Martínez y Conde, 2009).

1.7.2 TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Alrededor de un 30% de los niños tratados con psicoestimulantes apenas presentan una mejoría de sus síntomas, y un alto porcentaje presenta efectos secundarios intolerables, por su frecuencia o por su intensidad. Por ello, se recomienda, junto con los fármacos, el empleo de otras técnicas como son las cognitivo-conductuales.

Los tratamientos cognitivo-conductuales comprenden, en la actualidad, una amplia opción de estrategias dirigidas a dotar de habilidades cognitivas para disminuir los déficits cognitivos (autoevaluación, habilidades de resolución de problemas, claridad de prioridades, etc.), habilidades emocionales (relajación, resistencia a la frustración, control y expresión de emociones,), habilidades sociales (empatía, asertividad, etc.), habilidades instrumentales (control del tiempo, habilidades de comunicación, etc.).

Las aproximaciones más utilizadas dentro de las terapias cognitivo-conductuales son:

- **TERAPIA CONDUCTUAL:** se basa en la instrucción de padres y profesores en la medición de conductas, el diseño de programas de refuerzo conductual y la coordinación de dichos programas entre el colegio y el hogar. Su objetivo de instrucción son los adultos responsables del cuidado del niño.

- **MANEJO DE CONTINGENCIAS:** es la intervención conductual más básica. Consiste en la aplicación directa de consecuencias positivas y negativas dentro de ambientes cuidadosamente estructurados.

- **INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES:** se realizan directamente con el paciente, generalmente en grupos reducidos. Incluye adiestramientos en autocontrol (para mejorar la mediación verbal y el lenguaje expresado hacia otro interiorizado u oculto), resolución de problemas (para mejorar la planificación de conductas sociales y habilidades académicas), auto-refuerzo (para reducir la dependencia del adulto y sus recompensas), y aprendizaje del error (para redirigir la conducta ante equivocaciones o situaciones de conflicto).

- **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:** focalizadas directamente sobre el paciente, en grupos pequeños, se centran en la mejora de las competencias sociales de los participantes a través de la discusión y aplicación en el grupo de capacidades como la cooperación o la resolución verbal de conflictos, reforzadas por la aplicación de contingencias dentro del propio grupo. Su aplicación sistemática parece generar resultados prometedores.

1.7.3 ENTRENAMIENTO A PADRES

Cualquier intervención en el TDAH debe pasar por la comunicación a los actores implicados (familia y centro educativo, fundamentalmente) de los conocimientos básicos sobre el trastorno, su origen, sus síntomas y consecuencias y sus diversos tratamientos. Cuanto mayor sea el conocimiento de los padres sobre el trastorno de su hijo más fácil resultará la intervención y más probable será el éxito del paciente.

1.7.4 PSICOPEDAGÓGICO Y ESCOLAR

A fin de promover el éxito educativo de los niños con TDAH, se hace necesario el empleo de técnicas conductuales establecidas, profesores preparados y motivados, así como una administración que ponga los medios requeridos para atender de forma adecuada a las necesidades socioeducativas de estos niños. En ese sentido, los conocimientos del profesor sobre el TDAH, su actitud al respecto, una relación positiva entre estudiante y profesor, basada en la comprensión del segundo acerca del niño y su trastorno, son básicos para determinar una notable mejoría académica y social en el niño.

1.8 ANTECEDENTES DEL TDAH

La primera definición del TDAH fue planteada por el pediatra George Frederic Still en 1902, (citado en González Acosta, 2006) quien describió a 43 niños que presentaban graves problemas de atención sostenida y autorregulación, a los que en ese tiempo se les atribuía un problema en el control moral de la conducta. El autor descubrió una incidencia de anomalías cerebrales menores en estos niños y defendió que era una predisposición biológica, hereditaria en determinados casos, la que provocaba un defecto en el control de la conducta. Años después en 1914, A. Tredgold postuló que este trastorno podría estar ocasionado por una disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la que se veía afectada el área del comportamiento, lo que explicaba la hipercinesia y la impulsividad. En 1937 Bradley descubrió de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en niños hiperkinéticos (citados ambos en González Acosta, 2006)

Aunque la investigación en Estados Unidos y Canadá han sido pioneros en la evaluación y tratamiento del TDAH, el reconocimiento de este trastorno como un problema significativo

se ha ido extendiendo gradualmente por el mundo provocando el interés por mejorar el conocimiento, los servicios de evaluación y tratamiento para niños, adolescentes y adultos con TDAH.

1.9 EL DÉFICIT DE ATENCIÓN EN LA ESCUELA

La escuela es el medio que comparte funciones sociales con la familia, con el fin de preparar al niño para enfrentarse a la vida, por lo tanto, tiene que ser integrador y respetuoso con las diferencias pero, al mismo tiempo, brindar óptimos niveles de formación integral (Muñiz, 2007). El colegio va más allá del espacio en el que se juega o se aprende; brinda la posibilidad de desarrollar las habilidades de cada estudiante, de destacar las capacidades, destrezas y talentos de cada niño y adolescente. Enseña la alegría de crecer, hacer y aprender en la vida cotidiana (Armstrong, 1999). La interacción, los recursos didácticos, el personal y el tiempo para lograr los objetivos educativos componen el principal medio para transmitir las habilidades sociales y culturales que favorecen el pensar, el actuar y el sentir.

Por otra parte, la institución no debe ser motivo de angustia, miedo o preocupación, el educando debe sentirla segura, querida, respetada, ya que es el lugar donde pasan más tiempo y tienen la oportunidad de socializar, convivir y desarrollar su propio potencial y personalidad, es decir, el colegio viene a ser su segundo hogar y es en él donde los profesionales que pertenecen y actúan en diferentes subsistemas tales como la escuela, el grupo, los padres de familia y el entorno social de todos y cada uno de sus estudiantes (Muñiz, 2007), tienen la responsabilidad de potenciar el desarrollo del niño mediante el aprendizaje de diversos contenidos, el profesor es orientador, transmisor de valores,

formador de hábitos y principios, mediador en el desarrollo de las capacidades y competencias que le servirán para enfrentarse a la vida (Barkley, 1993). Por esta relación tan estrecha con el estudiante, el colegio es quien en la mayoría de casos detecta el Trastorno con Déficit Atencional con Hiperactividad.

Se sabe que la familia y las entidades educativas son el marco de referencia inmediato para los estudiantes, por un lado el colegio desempeña un importante papel en sus vidas como reguladora del aprendizaje. Por el otro, la vida familiar y la calidad de las relaciones personales son, desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida, constituyentes de la subjetividad (Joselevich, 2003).

Dado que ésta se construye en relación con los otros, familia y escuela cumplen un rol decisivo en el momento de diseñar formas de vida, de alcanzar los éxitos o tolerar fracasos. Los docentes necesitan, un adecuado asesoramiento para ejercer una tarea tan compleja, como es la de guiar y educar a un niño y adolescente con TDAH para que tenga éxito.

CAPÍTULO II
CONOCIMIENTO

2.1 CONOCIMIENTO

¿Qué es el conocimiento? La pregunta ha sido considerada por las mentes más favorecidas del pensamiento occidental, desde Aristóteles y Platón hasta la actualidad.

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. El conocimiento se almacena en la persona, haciendo que sea casi imposible observarlo y tener una definición clara.

Mario Bunge (citado en López y Fuertes 1999) define el conocimiento como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos; considera que el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy (UNESCO 2002), lo define como acto y contenido. Dice que el conocimiento es un acto a la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias al acto de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

De esta manera algunos investigadores argumentan que el conocimiento científico necesita ser formalizado, debido a que éste es esencialmente de naturaleza inconclusa y provisional (Arce & Long, 1992). Y es precisamente en esta fase de formalización que los problemas con respecto a su aplicación son más evidentes. Para Díaz y Heler (1985) el conocimiento científico es un conocimiento objetivo que se estructura en sistemas verificables, obtenidos metodológicamente y comunicados en un lenguaje construido con reglas precisas y explícitas donde se evita la ambigüedad y los sin sentidos de las expresiones. Wartofsky (1978) afirma que la característica más importante del conocimiento científico se concreta en ser explícito y rentable.

El conocimiento ordinario o filosófico usualmente es visto como la parte opuesta del conocimiento científico. Estudios centrados en la naturaleza complementaria de los sistemas de conocimiento (Richards, 1985) apuntan hacia las ligas entre estos conocimientos (Chambers, Pacey & Thrupp, 1991) y los estudios enfocándose en sus interfaces sociales ocasionalmente han tenido que reforzar estas diferencias (Long, 1989). La más importante aportación de estos estudios está relacionado con cómo el conocimiento tradicional o el conocimiento científico es adquirido (experiencia de la vida - entrenamiento formal), y cómo el conocimiento es usado sobre las bases del día a día (local – no local).

Al analizar desde un repaso de acompañamiento en el proceso de elaboración de conocimiento a partir de la experiencia, se reconoce el hecho de que en dicho proceso de construcción intervienen: el sujeto, el mundo que éste percibe así como los instrumentos socioculturales y los procesos de influencia de un grupo sociocultural determinado.

2.2 PROFESORES Y CONOCIMIENTO

La escuela debe promover en los alumnos una identidad propia como personas con capacidad de aprender, de ser responsables y de emprender. Una capacidad para aprender que se concreta en lo que se ha denominado aprendizaje autorregulado, mediante el cual se genera en los alumnos un estilo propio de implicarse en la resolución de tareas, estableciendo sus propias metas, planteando sus propias estrategias para evaluar el grado de cumplimiento de las metas, procesando información y encontrando recursos para enseñar dichas capacidades.

El aprender a enseñar, así como el aprender en su sentido más amplio, implican concebir a los sujetos como quienes activamente construyen su comprensión basándose en la experiencia y utilizando sus estructuras previas (Niemi, 2002, Sanger y Osguthorpe, 2011). Aprender a enseñar puede ser definido entonces como: un proceso que implica efectivamente la adquisición de un repertorio de conocimientos, habilidades, actitudes, creencias y afectos construidos a lo largo y ancho del ejercicio profesional de cualquier profesor, en estrecha relación con los diversos contextos en los que éste tiene lugar. (Montero, 2001)

Shulman (1998) ha denominado a los docentes como “una comunidad de práctica” que a través de la experiencia individual pueda convertirse en colectiva. Una profesión que necesita cambiar su cultura profesional, marcada por el aislamiento y las dificultades para aprender de otros y con otros; en la que está mal visto pedir ayuda o reconocer dificultades.

El objeto de la actividad del profesor no es exactamente el estudiante, sino el guiar su proceso de aprendizaje. Para optimizar esta labor, los procesos de formación inicial docente

en los cuales se lleva cabo el complejo proceso de aprender a enseñar, necesitan proveer al futuro profesor de las experiencias que le permitan relacionarse con tareas de enseñar, con el acto de enseñar y con la toma de conciencia de cómo se está enseñando (Faúndez, 2004). Es esta experiencia que posee un contexto y estudiantes, la que da significado al aprendizaje (Iverson, Lewis y Talbot, 2008) ya que permite integrar los contenidos de las disciplinas (o asignaturas) en situaciones de práctica donde se intenta dar solución a problemáticas ayudándose de la teoría. Se considera pertinente que a este punto hay que complementar lo ya desarrollado con propuestas desde la Teoría del Aprendizaje Experiencial (Dewey, Lewin y Piaget) que aplicadas a la formación inicial docente relevan el papel que cumple la interacción entre el sujeto y la experiencia en el proceso de aprendizaje de los profesores.

Las ideas no son elementos fijos e inmutables, sino que pueden ser formadas y reformadas a través de la experiencia, reconociendo que el conocimiento es un proceso continuo derivado de y evaluado en la experiencia, es decir, que se construye nuevo conocimiento, habilidades o actitudes a través de la confrontación de cuatro formas distintas de aprendizaje experimental.

Habilidades de experiencia concreta

Habilidades de observación reflexivas

Habilidades de conceptualización abstractas

Habilidades de experimentación activa

Marcelo (2006) dice que la preocupación por el conocimiento como objeto de trabajo e indagación en la formación inicial del profesorado se está conduciendo a cuestionarnos qué conocimiento es más relevante para aprender a enseñar, así como la manera en que organizamos los procesos de aprender a enseñar y se considera pertinente examinar propuestas que buscan definir lo que se entiende por conocimiento profesional.

A estas alturas debe afrontarse el cuestionamiento, señalado ya por algunos autores (Solbes, 2004; Romero, 2004), de que la investigación educativa tiene muy escasa incidencia sobre la enseñanza, lo que a su vez alienta las sospechas de que la adquisición del conocimiento didáctico –y la formación del profesorado- apenas influye sobre la práctica educativa. Esto debe conducirnos a revisar el punto de partida de ese conocimiento, es decir la descripción y análisis que hace de la realidad de la enseñanza.

Uno de los contextos en los cuales los profesores adquieren información es la acción; ellos deben tomar decisiones relativas a su quehacer en el momento y también responsabilizarse de las consecuencias de ellas. En el caso de los profesores en proceso de formación inicial, se hace necesario que la exposición a distintos tipos de información (proveniente de diversas fuentes) que ellos viven, sea acompañado de procesos de reflexión que les permitan desarrollar la capacidad de articular y organizar la información para que se transforme en conocimiento (Gaudelli y Ousley, 2009).

La disposición del conocimiento profesional implicaría una relación dialógica entre conocimiento proposicional y práctico. Estudiar dicha relación (interacción diálogo) durante los procesos de práctica profesional en la formación inicial docente, rescata lineamientos que valoran la importancia dada al contexto y la interacción de los sujetos

como variables significativas de este proceso y apunta a desarrollar representaciones codificadas de esta sabiduría didáctica práctica (Porlán et al, 2002 y Ben-Peretz, 2011)

El pensar en los docentes como profesionales capaces de llevar cabo la labor de enseñar en lo que se ha denominado indeterminado mundo de la práctica, nos lleva a reconocer que el conocimiento del aula no es un cuerpo de proposiciones o prescripciones derivadas de las disciplinas o de los estudios proceso-producto, sino un conocimiento situado, fundamentado en la experiencia común de los acontecimientos del aula Schelfout (2006; Kim y Hannafin 2008; Tok, 2010)

En el Informe Comisión Formación Inicial Docente (2005) presentado en Santiago de Chile, surge el concepto de “saber pedagógico”, el cual es definido como la entidad epistemológica propia de la relación entre la enseñanza y el aprendizaje. Este saber está constituido por saberes como: saber sobre cómo ocurre el aprendizaje en el ser humano, saber sobre el contexto histórico y general de los estudiantes, saber sobre cómo facilitar un contexto de interacción adecuado en el aula y finalmente el conocimiento y comprensión del contenido de la especialidad y de su didáctica. Este conocimiento está siempre situado y es dinámico, sin embargo, no existe un concepto compartido del saber pedagógico como eje articulador del currículo.

Como conclusión Darling-Hammond y Bransford (2005) sugieren que existen tres tipos de conocimientos construidos por los profesores. Primero, el conocimiento para la práctica (donde por ejemplo el conocimiento de la disciplina, de las teorías de aprendizaje y del desarrollo, de la investigación acerca del valor de las estrategias de aprendizaje). Este tipo de conocimiento es el que generalmente es transmitido en los procesos de formación

inicial. El segundo tipo denominado conocimiento en la práctica es de carácter situado y construido a través de la reflexión de la experiencia y finalmente, el conocimiento de la práctica enfatiza la relación entre el conocimiento y la práctica y los aspectos teóricos de ambos, entendiendo que el conocimiento que los profesores necesitan para enseñar proviene de indagaciones sistemáticas relacionadas con su enseñanza, los estudiantes y el proceso de aprendizaje, el currículo y la escuela.

2.3 FORMACIÓN DOCENTE

La profesión docente tiene unas funciones y unos rasgos característicos, pero también tiene, como otras profesiones, condiciones que deben tenerse en cuenta en cualquier plan de formación del profesorado, para preparar a los docentes y para mejorar sus condiciones de trabajo. Marcelo (1995) establece que algunos de estas condiciones son a nivel escolar:

*La burocratización del trabajo del profesor. Al profesor se le considera en muchos casos, como un agente de aplicación curricular, que toma pocas decisiones y está sometido a una organización jerárquica.

*Al profesor en la actualidad se le demandan muchas responsabilidades, lo que implica que tenga que especializarse y ampliar sus destrezas para responder a estas demandas. Sin embargo, autores como Fernández y Sanhueza (1990) o Handal (1992) consideran que este proceso no profesionaliza, sino que reduce las condiciones de trabajo del profesorado. El docente a la vez que intensifica su tarea pierde autonomía al verse sometido cada vez a mayores presiones y peores condiciones de trabajo (Hargreaves, 1992).

*La actuación profesional de los docentes, solos con sus alumnos, da aislamiento a esta profesión, da al docente un carácter individualista. Este aislamiento de los profesores es

más propio, en la sociedad, del docente de secundaria y de la universidad, porque en la educación infantil y en la primaria los profesores trabajan más de forma conjunta, en equipos docentes, colaborando unos con otros.

La naturaleza misma de la enseñanza exige que los docentes se comprometan en su formación y desarrollo profesional durante toda su carrera, pero las necesidades concretas y las formas de llevar a la práctica ese compromiso variarán según las circunstancias, las historias personales, profesionales y las disposiciones vigentes en cada momento. Para Day (2005) la carrera profesional del docente es un desarrollo profesional continuo que, partiendo de la formación inicial, va evolucionando, mejorando y adaptándose a la realidad y que se produce en tres entornos: en la enseñanza directa, con la asistencia a cursos, seminarios, conferencias, etc., en el aprendizaje en la escuela por el trabajo y la colaboración con los compañeros y en el aprendizaje fuera de la escuela.

En sus orígenes la sociedad industrial buscaba de los profesores que dieran una preparación elemental a sus trabajadores sin necesidad de ampliar los niveles de conocimientos, pero hoy, en la sociedad del conocimiento, se demanda de la escuela que dé formación, certifique el grado de conocimiento de los alumnos y sea motor de cambio social, que eduque a una sociedad concreta.

Un modelo de formación docente es un diseño para el aprendizaje de la práctica profesional de la enseñanza, que se debe hacer extensivo al profesorado de un mismo nivel educativo pero que debe basarse en la reflexión y la adaptación a los distintos contextos educativos, es decir, debe hacer al docente competente para desenvolverse en los distintos contextos, ámbitos y situaciones educativas.

Distintos autores, según Marcelo (1995), utilizan términos diferentes para designar las orientaciones conceptuales sobre la formación del profesorado, así, Zeichner utiliza, desde 1983, el concepto de paradigma de formación del profesorado, para referirse a las creencias y tendencias sobre la enseñanza, los profesores y su formación y determina cuatro paradigmas distintos de formación de profesorado: el tradicional-artesano, el personalista, el conductista y el orientado a la indagación. Éstos se agrupan en dos dimensiones: Cierto vs Problemático, en el que la formación del profesorado entiende los contextos sociales en los que desempeña su labor como ciertos o válidos o bien como problemáticos y discutibles. La segunda dimensión es Recibido vs Reflexivo, en el que el curriculum de formación es establecido o no de antemano y por tanto transformable (Zeichner, 1993).

Feiman-Nemser (1990) opta por el concepto menos ambicioso de orientaciones conceptuales, entendidas como un conjunto de ideas acerca de las metas de la formación del profesorado y de los medios para conseguir las. Una orientación conceptual incluye una concepción de la enseñanza y del aprendizaje y una teoría acerca del aprender a enseñar. Estas concepciones deberían dirigir las actividades prácticas de la formación del profesorado. Pérez (1992), por su parte, introduce el concepto de perspectiva: la perspectiva académica, la técnica, la práctica y la de reflexión en la práctica.

Cada orientación o perspectiva nos destaca diferentes aspectos que deben considerarse, pero ninguna ofrece el marco completo para guiar un programa de formación inicial de profesorado, cada una ofrece una visión. Puede esto llevarnos a considerar que no hay un modelo único de formación docente, y por tanto que necesitamos aglutinar aquellas perspectivas que completen nuestro modelo de formación, o que el asumir uno implica dejar otros.

2.4 CARACTERÍSTICAS DE LA FORMACIÓN DOCENTE

Portilla (2002) a partir de Pérez Gómez (1992) distingue cuatro perspectivas básicas de los modelos de formación docente que se identifican con diferentes orientaciones de la enseñanza:

2.4.1 PERSPECTIVA O MODELO ACADÉMICO

Se fundamenta en la idea de que el proceso de enseñanza es el encargado de transmitir conocimientos. El profesor es un experto en algunas disciplinas y su misión es “enseñar” los contenidos de dicha disciplina a los alumnos, quienes deben “aprender” esos contenidos. La formación del profesorado estará relacionada, por tanto, con el dominio pleno de las disciplinas cuyos contenidos debe transmitir. En este enfoque de la docencia y la formación se pone el acento en que lo esencial es que el docente conozca sólidamente la asignatura que va a enseñar, lo cual supone priorizar la formación disciplinaria (Diker y Terigi, 1997).

2.4.2 PERSPECTIVA O MODELO TÉCNICO.

Este modelo se preocupa por darle a la enseñanza un nuevo estatus, fomentando grandes avances en el estudio y desarrollo de la práctica docente. Aquí el docente es un técnico que busca “recetas de enseñanza” para tratar de llevarlas a la práctica, de manera que el alumno aprenda. El problema aparece cuando no se toma en cuenta el contexto social y las características específicas de los alumnos y docentes que participan directamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Desde esta perspectiva se centra la atención en el conocimiento y las destrezas necesarias para la enseñanza, estando estas destrezas derivadas de la investigación proceso-producto: aprender a enseñar implica la adquisición de principios y prácticas derivadas de los estudios científicos sobre la enseñanza y la competencia se define en términos de actuación (Feiman-Nemser, 1990).

2.4.3 PERSPECTIVA PRÁCTICA.

Este modelo o perspectiva surge como una crítica al anterior, es un modelo reflexivo sobre la práctica que contempla la enseñanza como una actividad en la que no se pueden dar recetas, ni dictar normas, para obtener los resultados deseados.

El enfoque reflexivo sobre la práctica da al profesor el papel de un profesional de la enseñanza que se mueve en situaciones complejas, cambiantes, inciertas y conflictivas; haciendo del docente un investigador en el aula. La reflexión se convierte en un proceso en el cual la investigación es el medio que permite tanto al profesor como a los alumnos acercarse a la realidad y aprender vinculándose a la misma; generándose un pensamiento apegado a la realidad, sin búsqueda de imitación o reproducción, sino con posturas críticas y reflexivas (Portilla, 2002).

2.4.4 PERSPECTIVA DE REFLEXIÓN EN LA PRÁCTICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL.

Esta perspectiva, estrechamente ligada a la anterior, concibe la enseñanza para Pérez (1992), como una actividad crítica, una práctica social saturada de opciones de carácter ético, en la que los valores que presiden su intencionalidad deben traducirse en principios de procedimientos que rijan y se realicen a lo largo de todo el proceso de enseñanza-

aprendizaje. Ve al profesor como un profesional autónomo que reflexiona críticamente sobre su práctica docente.

En el modelo reflexivo de educación del profesorado, se intenta convertir la práctica en una experiencia de aprendizaje. Se espera que el estudiante aprenda a través de la reflexión sobre su práctica (Atkinson, 2002). La reflexión sobre la propia acción es el punto de partida para conocer la realidad de la labor docente, pero no es suficiente, por sí misma nos puede llevar al conocimiento, pero no necesariamente a mejorar la práctica en las aulas y fuera de ellas.

El currículo de la formación inicial del profesorado dependerá en gran medida del modelo de profesor que se quiera conseguir, del ejemplo que aceptemos como válido. En base a ese modelo se estructurarán los contenidos que se incluyan en la formación del profesorado, la metodología de trabajo que se siga y los criterios de evaluación que se tengan en cuenta.

Cualquier programa de formación de profesorado debe abarcar tres elementos básicos: Una formación general que incluya aspectos psicopedagógicos, una formación especializada relacionada con el área o la etapa en la que el docente va a desempeñar su labor y una formación práctica que conecte con la realidad de los centros educativos. Perrenoud (2001) propone nueve criterios básicos a los que debería responder una formación profesional de alto nivel y, afinándola para centrarse en la formación de docentes, añade un décimo criterio:

1. Una transposición didáctica fundada en el análisis de las prácticas y de sus transformaciones.

2. Un referencial de competencias que identifique los saberes y capacidades requeridos.

3. Un plan de formación organizado en torno a competencias.
4. Un aprendizaje a través de problemas, un procedimiento clínico.
5. Una verdadera articulación entre teoría y práctica.
6. Una organización modular y diferenciada.
7. Una evaluación formativa fundada en el análisis del trabajo.
8. Tiempos y dispositivos de integración y de movilización de lo adquirido.
9. Una asociación negociada con los profesionales.
10. Una selección de los saberes, favorable a su movilización en el trabajo. (Perrenoud 2001: 507-508).

2.5 FORMACIÓN DOCENTE EN MÉXICO

En México se han experimentado varios cambios en los planes y programas de estudio de la educación básica; pero en ninguno de ellos se han obtenido los efectos que se esperaban. Tan solo volteemos hacia los resultados de las evaluaciones internacionales como las de PISA (Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos, PISA por sus siglas en inglés) y, más recientemente, los de ENLACE (Evaluación Nacional para el Logro Académico en Centros Escolares).

Una de las razones principales que se han utilizado de bandera para justificar o, en todo caso, culpar de este fracaso es el desempeño del docente en el aula. Una de las premisas es que existe un reconocido fracaso en los maestros a la hora de transferir los conocimientos,

las técnicas y los métodos o cualquier tipo de innovación revisada durante la formación a la práctica de la clase (García, 1993).

Sin embargo, y a pesar de las opiniones de la sociedad, y de los resultados estadísticos de las evaluaciones se considera que la problemática directa radica en la calidad de los procesos formativos de los profesores y esto da elementos para una serie de preguntas de reflexión.

El primer punto es la transferencia de conocimientos que los profesores logran realizar tiene mucho que ver con la calidad en su desempeño como docente durante su práctica, las acciones formativas se conciben como actividades específicas de producción de conocimientos susceptibles de transferencia a otras situaciones diferentes a la situación de formación (Barbier, 1993) que genera cambios y transformaciones internos en las personas.

Un segundo punto es la baja calidad de las transferencias de conocimientos que realizan los profesores. Éstas son de tipo retrospectivas, verbales, simples, asistemáticas. Uno de los hallazgos se refiere a los diferentes tipos de transferencias realizadas por los docentes (Flores, 2003).

2.6 PROFESORADO Y EL TDAH

La vida de un niño a quién no se le ha diagnosticado ni tratado el TDAH es probable que esté llena de fracasos y de bajo rendimiento académico. Entre un 30 y un 50% de estos niños repiten un curso, al menos una vez. Aproximadamente un 35% no acaba el bachillerato. La mitad de estos niños tienen serios problemas en las relaciones sociales, y más de un 60% tiene un comportamiento rebelde que le conduce a malentendidos y resentimientos con los hermanos, a reprimendas, castigos frecuentes, y más tarde a mayores

probabilidades de delinquir y abusar de sustancias. Cuando los adultos no reconocen ni tratan el TDAH, esto puede dar lugar a que el niño tenga un sentimiento de fracaso en todos los ámbitos de su vida.

El sistema educativo se ve afectado por la incidencia de un trastorno como el TDAH que afecta el entorno a uno de cada veinte escolares y que requiere de diversas adaptaciones educativas y a nivel de convivencia.

Tal y como observó Anyon (1999) la extracción social y el tipo de cultura característica de los ámbitos de socialización primaria de los alumnos son elementos fundamentales para comprender la actitud y la disposición con la que afrontan su estancia y relación con el mundo de la escuela y, por lo tanto, el tipo de interacción que se genera en el aula entre ellos y los profesores.

La actitud hacia la escuela y el comportamiento en la clase no es básicamente un problema psicológico sino que tiene que ver con el mayor o menor grado de sintonía –código lingüístico, expectativas, etc.- entre la cultura de origen y la cultura escolar.

La escuela es una institución social y por ello conviene -como nos propone Bernstein- que contemplemos la dinámica de la clase y el papel de alumnos y profesores como una actividad en la que se cruzan los procesos de la enseñanza con sus funciones en el conjunto de la vida social (Sadovnik, 1992), viendo, desde la estructuración, la actuación de alumnos y profesores al mismo tiempo como productos y agentes de la institución escolar.

Los niños con TDAH suelen presentar necesidades específicas de apoyo educativo ya que experimentan dificultades por sus problemas de atención y de control de impulsos los cuales son requisitos para el éxito escolar. Así, aunque el TDAH no disminuye la capacidad de aprender, sí interfiere en el rendimiento académico, especialmente en las áreas de lengua

(escritura y lectura) y matemáticas, así como también conlleva problemas disciplinarios en la escuela.

Tal y como exponen en su libro Martínez y Conde (2009), el interés por las necesidades educativas especiales, en concreto, las relacionadas con el TDAH, son recientes y existe una carencia de recursos especializados dentro del sistema educativo, así como una falta de información y formación por parte del profesorado. Esta dotación de recursos, entre los que se incluye la formación de los docentes, constituye un importante reto al que el sistema educativo debe responder de manera urgente.

En el modelo originario de Shulman sobre el conocimiento profesional se distinguen siete categorías de conocimiento base del profesor y que las investigaciones las han reducido a cuatro componentes en las que se organizan los conocimientos del profesor:

Conocimiento de la Materia, que incluye tanto su contenido como el de su estructura sintáctica y semántica; el Conocimiento Pedagógico General, compuesto por los conocimientos sobre los alumnos y el aprendizaje, la gestión de clase, el curriculum y la enseñanza; Conocimiento del Contexto, que hace referencia al dónde (la comunidad, la escuela) se enseña y a quién (el alumno); el Conocimiento Didáctico del Contenido, que comprende las concepciones del profesor sobre para qué enseña una materia, el conocimiento de las dificultades de su comprensión por los alumnos, el conocimiento del curriculum sobre tal disciplina, así como de las estrategias de enseñanza de la misma.

Es este último conocimiento el que se ha identificado con las enseñanzas específicas y, por tanto, el que más se ha trabajado para valorar la contribución de las mismas al desarrollo del conocimiento profesional; no obstante, según el autor, este conocimiento se construye a partir del que el profesor posee el contenido, así como del conocimiento pedagógico

general y el conocimiento de los alumnos. Es precisamente el Modelo de Razonamiento y Acción Pedagógica que plantea en relación con la transformación del contenido en materia enseñable una de sus principales aportaciones, ya que distingue cinco fases que median desde la planificación hasta la enseñanza misma de un contenido:

Conocimiento comprensivo de la materia en concreto que se planifica; transformación del contenido que se va a desarrollar, fase especial que podríamos identificar con la llamada “transposición didáctica”; la enseñanza propiamente dicha, que incluye conocimiento referido a la gestión de clase, presentación de la información, interacción con los alumnos, etc.; la evaluación de la comprensión de los estudiantes y de la propia actuación del profesor; la reflexión, en la que el profesor revisa, reconstruye y analiza críticamente su propia actuación en clase.

Es este modelo de razonamiento y acción uno de los aspectos más interesantes de la propuesta, pues la quinta fase que parece poner de manifiesto que parte de ese conocimiento se aprende a partir de la reflexión sobre la acción y que, por tanto, la experiencia también es una fuente de conocimiento profesional.

No obstante, entre las críticas que se han formulado, Armento (1991) señala que el papel del profesor sigue definiéndose básicamente como el de presentador del conocimiento, y no como el de tomador de decisiones o transformador. Para Escudero (1993) padece de un apacible peculiar y bastante común: la reducción de la profesionalización, y por ende de los contenidos de la formación del profesor, a las relaciones “académicas” con los alumnos, obviando de este modo otras dimensiones de carácter de organización, social e ideológico.

Ahora bien, identificamos la práctica con el diseño y el desarrollo del currículo, y su cuestionamiento con la experimentación de propuestas y proyectos curriculares en una actitud de ensayo, comprobación y evaluación, de modo que el valor del currículo no es simplemente el de ser medio para mejorar la enseñanza, sino expresión de ideas para mejorar a los profesores en sus prácticas de cada día (Stenhouse, 1984 y 1991). De esta manera, el desarrollo profesional lo vinculamos a procesos de investigación del profesor basados en el tratamiento de problemas curriculares (Porlán y Rivero, 1988), ya que el currículo constituye las herramientas con la que trabajan los profesores en el aula, relacionando con la teoría y práctica, reflexión y acción, conocimiento escolar y conocimiento profesional, desarrollo en grupo y desarrollo individual Keiny (1994).

Respecto a este último aspecto, y pese a las nuevas formas individuales que se están desarrollando en la sociedad global Appel (1997), el desarrollo profesional implica un perfeccionamiento en equipo, afiliados y cooperativo, porque, al menos en los niveles obligatorios de la enseñanza, los proyectos curriculares deben perseguir la formación integral de los alumnos, su educación como seres humanos, más allá de las disciplinas y especialidades, siendo imprescindibles el diálogo y la comunicación entre profesionales que tienen en común un mismo objetivo; porque esta tarea, que reconoce la capacidad de decisión profesional frente a la de mero ejecutor de prescripciones que otros (currículo oficial, libros de texto, etc.) elaboran, no puede abordarse individualmente, ya que al profesor no se le puede exigir en nombre de la autonomía pedagógica que sea un experto en fundamentación teórica, un especialista en el área o etapa que imparte y un investigador de los procesos de implementación curricular; porque, de no trabajar en equipo, como advierte Santos Guerra (1994), las estructuras escolares permanecen intactas, no se transforman, no

se activan; y finalmente, debido a que la definición del desarrollo del maestro como actividad que cada uno ha de llevar a cabo de forma individual, limita en gran medida las posibilidades de ese desarrollo, al no contemplar la reflexión en cuanto práctica social en la que los grupos de maestros pueden apoyar y sostener el desarrollo profesional de cada participante (Zeichner,1993)

A estas alturas debe afrontarse el hecho, señalado ya por algunos autores (Solbes, 2004; Romero, 2004), de que la investigación educativa tiene muy escasa incidencia sobre la enseñanza, lo que a su vez alienta las sospechas de Therhart de que la adquisición del conocimiento didáctico –y la formación del profesorado- apenas influye sobre la práctica educativa. Esto debe conducirnos a revisar el punto de partida de ese conocimiento, es decir la descripción y análisis que hace de la realidad de la enseñanza.

Como se ha dicho, ésta obedece a factores de naturaleza diversa y compleja, y si además, esos factores actúan tanto sobre la disposición de alumnos y profesores en el aula como sobre las relaciones de los mismos con el conocimiento escolar y con las prácticas pedagógicas, ¿tiene sentido la existencia de la Didáctica específica como ámbito de conocimiento o hay que pensar en un conocimiento integrado, capaz de abarcar la totalidad y que temporalmente se especializa a la hora de elaborar los materiales y recursos para la intervención en el aula?.

Es evidente que para someter a discusión la identidad y naturaleza del conocimiento que debe manejarse en la práctica docente y en la formación del profesorado, es necesario cuestionar la identidad y naturaleza de las didácticas específicas. A este respecto no se nos puede escapar el carácter de engaño académico que tiene cualquier división del conocimiento, ni podemos dejar de constatar que generalmente las clasificaciones en estos

casos obedecen a razones de índole burocrático-administrativa, pero, sobre todo, a la dinámica de configuración de campos de saber y poder en el sentido que nos lo plantean Foucault y Bourdieu.

2.7 CARACTERÍSTICAS DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS

Cuando se habla de la educación como un servicio público, nos estamos refiriendo a una escuela que ofrezca, a “todos”, con independencia de la clase, el género, la nacionalidad, la etnia o la capacidad económica, los recursos suficientes para asegurar el máximo nivel educativo. Así “cuando la enseñanza que imparte es para “todos” sin exclusiones, la escuela es un servicio público, Cuando un centro educativo excluye, aunque sea a un solo alumno, no presta un servicio público y en consecuencia no puede llamarse público. Estas escuelas primarias públicas deben ser laicas porque sólo esto puede satisfacer la necesidad de todos los alumnos con independencia del lugar de procedencia o cultura. Es decir, no se busca una escuela atea, agnóstica o anticlerical, sino una educación que acepte el pluralismo religioso, filosófico, ideológico, político y moral de la sociedad.

También debe ser democrática; ¿por qué?, porque está formando ciudadanos para el futuro, y debe hacerlo educando por medio de los valores democráticos de una constitución y ser modelo de transmisión de valores que garanticen la convivencia pacífica. (CEAPA)

En México por medio de la Secretaría de Educación Pública (SEP), tiene un conjunto de acciones para que las escuelas públicas mexicanas den mejores resultados académicos, observadas en diversos estudios realizados en los últimos años. La propuesta de educación pública se apoya en tres principios básicos (Menchú, 2002):

- 1) La ciudadanía, que garantiza la igualdad real y efectiva de derechos, responsabilidades y oportunidades
- 2) El derecho a la diferencia, que significa el respeto a la identidad y a las expresiones
- 3) La unidad en la diversidad, que se refiere a una unidad nacional voluntaria y construida por todos.

CAPÍTULO III
ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES

La primera descripción clínica de un síndrome semejante a lo que actualmente se llama TDAH, fue presentada en Inglaterra por Still en 1902 ante el colegio Real de medicina; en donde señaló, que el TDAH se trataba de una deficiencia de la inhibición de la voluntad y de defectos en el control normal, haciendo especial énfasis, en que este problema iba más allá de las insuficiencias de la enseñanza moral, e incluía factores biológicos probablemente de índole genética, o bien, asociados con el sistema nervioso central.

Consecutivamente, Hohman en 1922 describió un síndrome de hiperactividad asociado a un comportamiento impulsivo y de agresividad, conjuntamente con problemas de aprendizaje y con fallas en la coordinación motora en los niños que habían padecido encefalitis de Von Economo. De otro modo, Kahn y Cohen (1934, citado en Cuadros y Estañol, 2005) propusieron que la hiperactividad y la conducta impulsiva, acompañadas a menudo de agresividad, se debían a factores orgánicos localizables posiblemente en el tallo cerebral. Así mismo Brakley en 1937, descubrió que los niños hiperactivos respondían adecuadamente al tratamiento con anfetaminas en particular con benzedrina, aun cuando no había evidencia manifiesta de daño cerebral.

En 1957 Lauferr y Denhoff (citados en González Acosta, 2006) desarrollaron la primera denominación del síndrome hiperkinético. En la década de los 60, los investigadores separaron los síntomas de hiperactividad de cualquier noción de lesión cerebral y empezaron a escribir sobre el “síndrome del niño hiperactivo” cuyas causas eran más biológicas que ambientales.

En 1968, la American Psychiatric Association (APA) lo incluyó en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido por sus siglas en inglés, DSM-II, como “reacción hiperkinética en la infancia y la adolescencia” y, posteriormente, el DSM-III empleó el término “Trastorno de Déficit de Atención”, subrayando la dimensión atencional, hasta llegar al DSM-IV-RV de 2002, que lo completó como Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, como se le conoce actualmente.

Así mismo en el año de 1987 la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R) y la subsecuente edición del DSM IV (2000), establecieron un vínculo estrecho entre el déficit de atención y la hiperactividad, conformando así el síndrome conductual llamado trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Sin embargo, la publicación del DSMIV-R (2002) señaló la presencia de tres subtipos: TDAH subtipo predominante con inatención, y TDAH subtipo predominante hiperactivo impulsivo, cuya aparición de estas dos variantes se clasificaban como combinadas.

Durante los años 90, la investigación extensiva y la experiencia clínica cambiaron profundamente el conocimiento sobre el trastorno. Ahora sabemos que en más del 50% de los afectados por TDAH durante la infancia, las alteraciones persisten hasta la edad adulta, aunque a menudo se manifiestan con un perfil cambiante de síntomas complejos.

Estudios recientes demuestran que en el diagnóstico de muchos afectados por TDAH se incluyen alteraciones crónicas en funciones cognitivas esenciales para una adaptación consecuente y eficaz en la escuela, el trabajo, las relaciones familiares y sociales.

Considerado hasta este momento un trastorno disocial en hombres de corta edad, actualmente el TDAH se identifica más en mujeres, en adolescentes y en adultos.

Ciertas iniciativas pedagógicas y humanitarias de grupos de apoyo tales como el Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD) y el National Attention Deficit Disorder Association, así como libros y artículos de divulgación en general, han difundido la consideración pública y profesional del TDAH como un trastorno que es posible tratar. Hoy en día, el interés popular, cada vez mayor por el TDAH se ve reforzado por los medios de comunicación, por el conocimiento creciente del tratamiento eficaz de los síntomas tanto en adultos como en niños.

Aunque la investigación de Estados Unidos y Canadá ha sido pionera en la evaluación y tratamiento del TDAH, el reconocimiento de este trastorno como un problema significativo para la salud pública se ha ido extendiendo gradualmente por el mundo. Con el aumento del reconocimiento internacional de este trastorno ha ido creciendo el interés en todo el mundo por mejorar el conocimiento y los servicios de evaluación y tratamiento para niños, adolescentes y adultos con TDAH.

3.2 Antecedentes del objeto de estudio

En los últimos años se están desarrollando importantes avances en el conocimiento científico sobre el TDAH, descubrimientos que deben tenerse en cuenta a la hora de formar a padres y profesores. Todavía hoy pueden observarse nociones erróneas sin ninguna base científica como la creencia de que el trastorno está causado por una educación deficiente, que puede tratarse con dietas sin aditivos y azúcares; que desaparece en la adolescencia,

etc. Esta información errónea dificulta la comprensión del problema y, en muchas ocasiones, el respeto hacia el niño.

Se encontraron estudios propuestos al diagnóstico del TDAH, tales como el realizado por Rodríguez Pérez (2011), *Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (2011) en el que se centran en conocer la evolución general, el proceso de diagnóstico y su futuro inmediato en el TDAH, profundizando en dos nuevas técnicas, el electroencefalograma (EEG) y la hemoencefalografía (HEG).

Miranda y Soriano (2010) presentan un ejemplo de estudio destinado a los tratamientos, *Tratamientos Psicosociales eficaces para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad* en el que llevan a cabo una revisión de las estrategias de tratamiento que son útiles a todos los profesionales que trabajan con estudiantes con TDAH, con el fin de ofrecer opciones de procedimientos que han guiado este trabajo a lo largo de treinta años.

Respecto a investigaciones más recientes que se ocupan del análisis del TDAH y el contexto social, aunque son escasas pueden encontrarse algunas como la tesis de González Acosta (2006) *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases*, en la que defiende que la mayoría de los investigadores se cuestionan si el déficit de atención e hiperactividad se resuelve mediante una intervención centrada exclusivamente en el niño, o si por el contrario, es necesario llevar a cabo intervenciones con la familia y la escuela para implicar a los padres y docentes en el proceso. La investigación se llevó a cabo en el área metropolitana de San Juan, Puerto Rico. Los resultados indicaban que tanto los maestros de escuelas públicas como los de escuelas privadas mostraban un conocimiento moderado hacia el TDAH.

Reyes y Acuña (2012) presentaron una investigación sobre el *Conocimiento de maestros de primaria sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* donde el propósito del estudio fue averiguar la influencia del sexo, edad y clase social de los maestros de primaria respecto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), sus causas y como tratarlo. El estudio también averiguó la influencia del grado escolar y del tamaño del grupo que atendían los maestros, así como del tipo de escuela en la que trabajaban. Estos mismos maestros consideraron que el TDHA se trata de una enfermedad orgánica, esperarían un peor comportamiento de los niños y estarían más inclinados a etiquetarlos.

En cuanto a las limitaciones actuales, los aspectos más cuestionados según Cardo y Servera (2008) son los que se exponen a continuación. De un lado, los criterios diagnósticos del DSM-IV siguen debatiéndose, aunque es una herramienta fundamental, es imperfecta ya que no aporta ningún dato en la clasificación sobre factores biológicos/genéticos subyacentes, y, probablemente, en su próxima edición tendrá cambios sustanciales, dado el consenso cada vez más generalizado en que es necesario introducir cambios en su formato categorial.

Por otro lado, la tipificación del trastorno en subtipos está siendo cuestionada actualmente por la comunidad científica, ya que arroja confusión con respecto a las dimensiones reales del trastorno; mientras que la investigación aplicada, de base psicométrica y factorial, sigue manteniendo un sistema categorial en la clasificación del TDAH, desde el punto de vista de la investigación básica no siempre ha sido posible encontrar evidencias claras a favor de esta clasificación, de hecho se cuestiona incluso la existencia de alguno de ellos, como el

subtipo hiperactivo/impulsivo, por lo que los criterios de diagnóstico se siguen debatiendo hoy día.

Spencer (2006) en su revisión de los aspectos de comorbilidad que afectan al TDAH, concluye que más que una entidad homogénea, el trastorno es un grupo de condiciones con factores etiológicos y de riesgo potencialmente diferentes y distintos resultados finales. Se hace necesario perfilar todo el espectro de fenotipos comportamentales que puede entrañar el TDAH y sus diversas asociaciones comórbidas, para un mejor conocimiento de la entidad y de los criterios predictivos sobre el pronóstico, la respuesta al tratamiento farmacológico, etc.

Asegurando los avances y líneas de investigación futuras, Cardo y Servera (2008) proponen los siguientes apartados: fundamentos neurobiológicos, estudios genéticos, estudios sobre funciones ejecutivas y eficacia de los tratamientos.

Actualmente, se está estudiando una posible disfunción de los circuitos dopaminérgicos y adrenérgicos en esta zona, dada por alteraciones genéticas, así como posibles diferencias anatómicas en el circuito frontoestriado, el volumen cerebral, la materia blanca y gris, los ganglios basales, el cuerpo calloso, el cerebelo y las regiones prefrontales. Aunque los resultados son aún relativamente heterogéneos, constituye una línea de investigación que será impulsada en el futuro.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

¿Existe un nivel de conocimiento bajo en los docentes de las primarias públicas de la colonia Infonavit Iztacalco?

Justificación

Los resultados de esta investigación, serán de gran utilidad para implementar programas, dimensionar su amplitud y conocer las características de las poblaciones a tratar. Esto, puede significar una información de gran relevancia para las instituciones usuarias del proyecto, debido a que, éstas, no contemplan este tipo de problemáticas de manera importante. Asimismo, el proyecto tendría acercamientos al TDAH a nivel nacional y formará parte de nuevas investigaciones y programas.

4.2 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Saber el nivel de conocimientos de los profesores de educación primaria de la colonia Infonavit Iztacalco respecto a aspectos básicos del TDAH.

Objetivo Especifico

Comparar los conocimientos que, respecto a los aspectos básicos del TDAH, tienen los docentes de las escuelas primarias públicas de la colonia Infonavit Iztacalco.

4.3 Hipótesis

Hi “El nivel de conocimientos que tienen los maestros de las escuelas primarias públicas de la colonia Infonavit Iztacalco, sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es bajo“

Ho “El nivel de conocimientos que tienen los maestros de las escuelas primarias públicas de la colonia Infonavit Iztacalco, sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no es bajo“

4.4 Variables y Definiciones

4.4.1 Variables

Variable independiente: Primarias públicas

Variables dependiente: Nivel de conocimiento

4.4.2 Definiciones

4.4.2.1 Definiciones Conceptuales

Conocimiento

Woolfolk (1999) define conocimiento como la información que es útil para muchas tareas diferentes, información que se aplica a diversas situaciones. La autora también lo define como la información que es útil en determinada situación o que se aplica únicamente a un tema concreto. Orjales (2002) lo define como el término genérico para información; acción y efecto de conocer; y proceso por el cual el individuo adquiere información.

Para fines de esta investigación, se define la variable conocimiento como toda la información que tienen los maestros sobre el trastorno del déficit de atención con hiperactividad.

Docente

Orjales (2002) manifiesta que para realizar su labor, el maestro necesita tener información suficiente sobre el TDAH e información sobre el grado en que el trastorno afecta el niño en su función como alumno. Sostiene la autora que una de las formas en que los maestros pueden obtener la información sobre el tema es dialogando con los profesionales de la salud.

Escuela Pública

Se denomina educación pública al sistema nacional educativo de cada país, que, por lo general, comprende la planificación, supervisión o ejecución directa de planes de estudio y educación escolarizada de diversos niveles académicos siendo preeminente la realización de los niveles que la norma jurídica considere obligatorios, consistiendo por lo general en la educación primaria, no obstante, ello no excluye a niveles superiores que no se consideren obligatorios.

4.4.2.2 Definición operacional

Conocimiento

Será definido operacionalmente como las respuestas a un determinado cuestionario que se extrajo de la tesis de González Acosta (2006) *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clase* sobre conocimiento de TDAH.

Docente

Será definida operacionalmente de acuerdo a la ficha de identificación del cuestionario, nombre de la escuela donde ejerce, años impartiendo clases, edad y sexo.

Escuela pública

Sera definida como las escuelas públicas de la colonia Infonavit Iztacalco seleccionadas

David Alfaro Siqueiros

Francisco Gabilondo Soler

Carta de los Derechos Humanos

4.5 Diseño de investigación

No Experimental

4.6 Tipo de estudio

No probabilístico: En este tipo de muestreo, puede haber clara influencia de la persona o personas que seleccionan la muestra o simplemente se realiza atendiendo a razones de comodidad. Salvo en situaciones muy concretas en la que los errores cometidos no son grandes, debido a la homogeneidad de la población, en general no es un tipo de muestreo riguroso y científico, dado que no todos los elementos de la población pueden formar parte de la muestra.

4.7 Muestra

Quedo conformada por 46 profesores de las escuelas primarias públicas David Alfaro Siqueiros, Fco. Gabilondo Soler y Carta de los Derechos Humanos, ubicadas en la colonia Infonavit Iztacalco.

Criterios de inclusión

- a) Profesores inscritos en los grupos de primero a sexto de primaria
- b) Ambos sexos
- c) Que trabajen frente a grupo
- d) Que laboren en escuelas primarias públicas de la Infonavit Iztacalco

Criterios de exclusión

- a) Que no trabajen frente a grupo
- b) Que no laboren en escuela primarias publicas de la colonia Infonavit Iztacalco

4.8 Muestreo

No probabilístico

Por conveniencia

Se seleccionó directa e intencionadamente a los individuos de la población a los que se tuvo fácil acceso de grupos supuestamente típicos.

4.9 Validez y confiabilidad del Instrumento

El cuestionario realizado consta de un total de 22 reactivos para medir el conocimiento de los maestros en relación con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Este cuestionario está realizado como tipo examen a base de la técnica de escoger la mejor alternativa que conteste la pregunta.

El cuestionario de conocimiento incluyó reactivos para medir si: el maestro conoce cuál es el profesional calificado para realizar un diagnóstico del trastorno de déficit de hiperactividad a los estudiantes; los síntomas que se manifiestan; cuándo se inicia este tipo de trastorno; si es ocasionado por algún mal funcionamiento y otros.

En la tesis de González Acosta (2006) *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clase* se obtuvo el cuestionario para aplicar, del cual fue evaluado por un grupo de jueces con preparación en el campo de la educación, además de dos profesionales en el campo de la psicología. En este proceso se determinó cuáles reactivos discriminaron adecuadamente los factores o elementos considerados en las variables del estudio. Para medir la confiabilidad de este instrumento, el mismo fue administrado a varios maestros

con características similares a los sujetos de investigación. Este proceso fue realizado para determinar cuán claras estaban las instrucciones y los reactivos del cuestionario.

. El Alpha de Cronbach obtenido del cuestionario fue de .94, lo cual es considerado un coeficiente bastante alto, ya que es considerado que los reactivos miden lo que se proponen medir de acuerdo a las variables establecidas en el estudio. Una vez realizada la evaluación de jueces y la prueba de validez y confiabilidad del cuestionario, se integraron dichos resultados al instrumento preparado antes de ser administrado a los participantes del estudio. Todo esto de acuerdo a la tesis de donde se pudo obtener el cuestionario.

4.10 Material

Lápiz, goma y cuestionario

4.11 Escenario

Instalaciones de las escuelas primarias seleccionadas

4.12 Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación se escogió el total de escuelas primarias ubicadas en la colonia Infonavit Iztacalco , las instituciones seleccionadas fueron: David Alfaro Siqueiros, Francisco Gabilondo Soler y Carta de los Derechos Humanos. Una vez seleccionadas las escuelas para realizar la investigación, se envió un comunicado a los directores de las escuelas explicando el propósito de la investigación y solicitando la colaboración de las autoridades escolares para realizar el trabajo. Luego se procedió a visitar las escuelas para hablar personalmente con los directores escolares y presentarles el trabajo de investigación y solicitar el permiso de acceso a la institución escolar. Luego de obtener el permiso de

acceso, por parte de los directores, se procedió a procesar una programación de visitas con la fecha y hora para cada escuela y poder entregar los cuestionarios.

Una vez estipulada la programación, se procedió a notificar a cada escuela el día y hora en que se visitaría, contando con el conocimiento y aprobación de los directores escolares.

En cada escuela visitada, no se pudo tener una reunión y contacto con los maestros para poder explicarles el propósito de la investigación. Se tuvo contacto directo con el director para dar las instrucciones de cómo llenar el cuestionario y se les otorgó un periodo de 24 horas para entregar los cuestionarios.

4.13 Análisis

Una vez calificados los cuestionarios, se procedió a realizar los análisis estadísticos necesarios para la investigación. Se realizó un análisis descriptivo por cada cuestionario utilizando la frecuencia.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

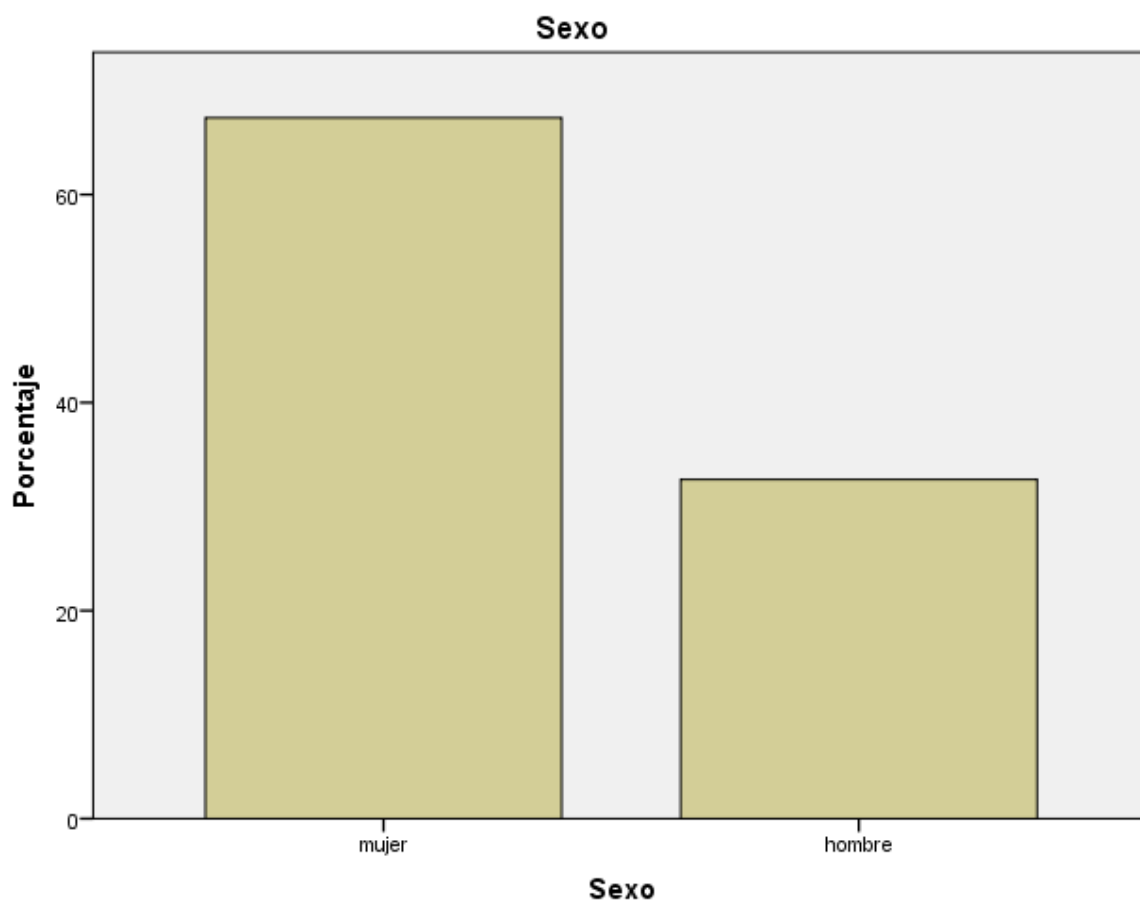
En este capítulo se presentan los resultados de la investigación sobre el conocimiento de los maestros de las escuelas públicas de la colonia Infonavit Iztacalco con relación al TDAH.

Barberesi y Olsen (1998), Beckle (2004), Jerome, et. al. (1994) y Laine, (1991); los cuales demostraron que hay una correlación significativa entre las actitudes de los maestros y el nivel de conocimiento de éstos sobre el TDAH. Los estudios demostraron que un mayor conocimiento sobre el TDAH, está relacionado con actitudes más positivas hacia el trastorno y hacia los estudiantes que presentaban la condición.

García (2000), indica que todas las dificultades y problemas que se asocian en general con el TDAH pueden darse en la vida estudiantil. Los estudiantes con TDAH pueden reaccionar emocionalmente a sus dificultades escolares de forma inapropiada, frecuentemente con coraje, que en algunos casos puede degenerar en conducta agresiva, o depresiva. Corren peligro igualmente de desarrollar un bajo concepto de sí mismos y de sus capacidades intelectuales. Es obvio que ni el coraje, ni la depresión, ni la baja autoestima son compañía deseable para ninguna persona independientemente del ambiente donde su encuentre. Aunque los estudiantes que sufren de TDAH pueden exhibir algunas de las características anteriores y verse en las situaciones que se han descrito, debe tenerse claro que nada de lo que se ha descrito es un síntoma específico del trastorno. Muchas personas que no tienen TDAH pueden presentar estos comportamientos. Es por lo que, en caso de duda, es imprescindible contar con una opinión profesional que establezca el diagnóstico correspondiente y que ofrezca la asistencia terapéutica necesaria para culminarla con éxito y con un mínimo de problemas en la escuela, el hogar y la comunidad donde vive el niño.

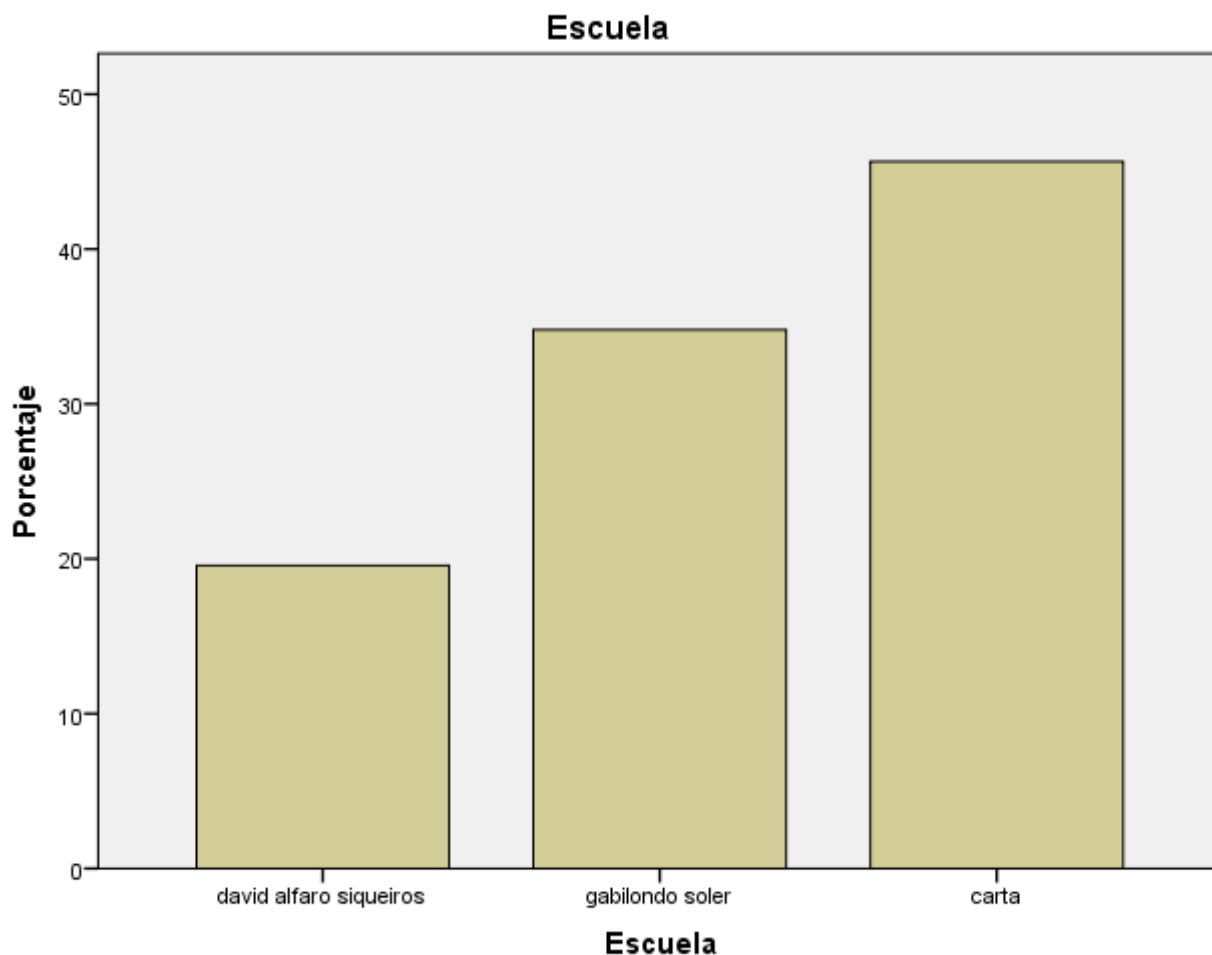
GRÁFICAS I

Figura 1- Porcentaje de sexo



En la figura de contingencia Sexo se muestra que el género femenino (mujer) con 31 participantes tuvo más participación con un 67.4%, mientras que el género masculino (hombre) contribuyó con 15 personas dando un 32.6%.

Figura 2- Porcentaje de Escuelas participantes



En esta tabla se observa que institución aportó más participantes (docentes) al estudio. Siendo la primaria "Carta de los Derechos Humanos" la que aportó más con un 45,7%, siendo un total de 21 participantes, seguida por la primaria "Fco. Gabilondo Soler" con 34.8% dando 16 docentes y la que menos aportó fue la primaria "David Alfaro Siqueiros" con 19.6% igual a 9 personas.

TABLAS I

Tabla 1- Media de edad

Edad

Media	N	Desviación estándar
41.65	46	12.006

En la tabla 1 se muestra la media total de la edad de los 46 participantes fue de 41.65 años.

Tabla 2- Media de la edad respecto a cada sexo

	Sexo	
	mujer	hombre
	Media	Media
Edad	41	43

En la tabla 2 se muestra la media de la edad de ambos sexos, el sexo mujer tuvo una media de 41 años mientras que el sexo hombre obtuvo una media de 43 años. Siendo las mujeres las de edad más joven.

Tabla 3- Media de años de docencia

Años de docencia

Media	N	Desviación estándar
15.28	46	11.587

En la tabla 3 se observa la media total de los años de docencia de los 46 concursantes, esta fue de 15.28 años impartiendo clases.

Tabla 4- Calificaciones por sexo

		Calificación		
		muy bien	regular	mal
		Recuento	Recuento	Recuento
Sexo	mujer	4	12	15
	hombre	0	6	9

En la tabla 4 se muestra que el sexo mujer tuvo mayor calificación al contar con 4 evaluaciones con muy bien, mientras que el sexo hombre no obtuvo ninguna calificación de muy bien. También el sexo mujer tuvo mayores evaluaciones con la calificación de mal con 15, el sexo hombre obtuvo 9. Hay que recordar que de los 46 profesores 31 eran mujeres y 15 hombres.

Tabla 5- Calificaciones por media de edad

	Calificación		
	muy bien	regular	mal
	Media	Media	Media
Edad	46	45	39

En la tabla 5 nos indica que la media de la edad total respecto a la calificación quedo de la siguiente manera: 46 años tenían los que obtuvieron una calificación de muy bien, 45 años los que tuvieron regular y 39 años los que adquirieron una calificación de mal.

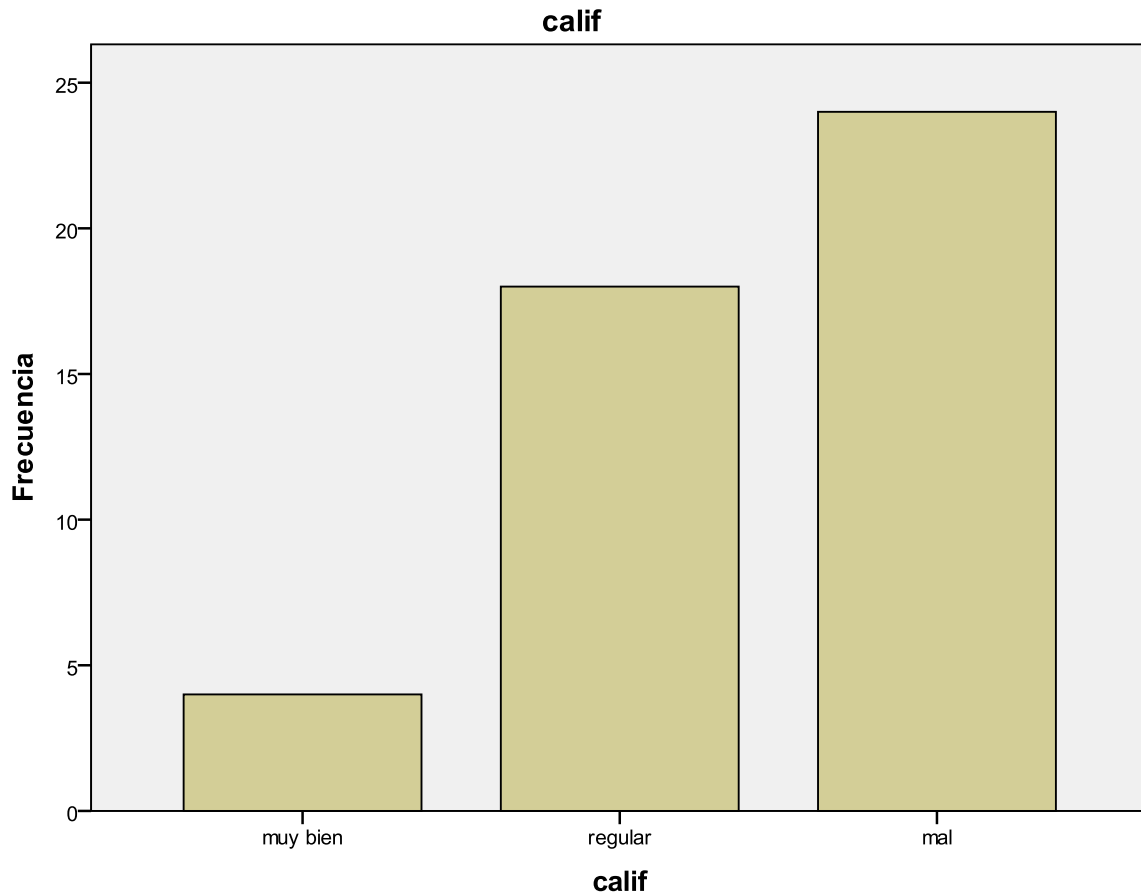
Tabla 6- Contingencia de Escuelas**Tabla de contingencia por Escuela y calificaciones**

			calif			Total
			muy bien	regular	mal	
Escuela	David Alfaro Siqueiros	Recuento	3	3	3	9
		% dentro de Escuela	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Fco. Gabilondo Soler	Recuento	Recuento	1	6	9	16
		% dentro de Escuela	6,3%	37,5%	56,3%	100,0%
Carta Derechos H.	Recuento	Recuento	0	9	12	21
		% dentro de Escuela	,0%	42,9%	57,1%	100,0%
Total	Recuento	Recuento	4	18	24	46
		% dentro de Escuela	8,7%	39,1%	52,2%	100,0%

En esta tabla se muestra la calificación total por escuela siendo la primaria "David Alfaro Siqueiros" la mejor ubicada con un 33.3% en las tres calificaciones, pero con menos participantes 9, la institución "Fco. Gabilondo Soler" solo obtuvo un cuestionario con muy bien siendo el 6.3% mientras que un 56.3% salió mal, el resto obtuvo regular con un 37.5% de 16 docentes y la escuela "Carta de los Derechos Humanos" salió con un 42.9% regular y un 57.1% mal de 21 colaboradores.

GRÁFICAS II

FIGURA 1-Frecuencia de Calificaciones Totales

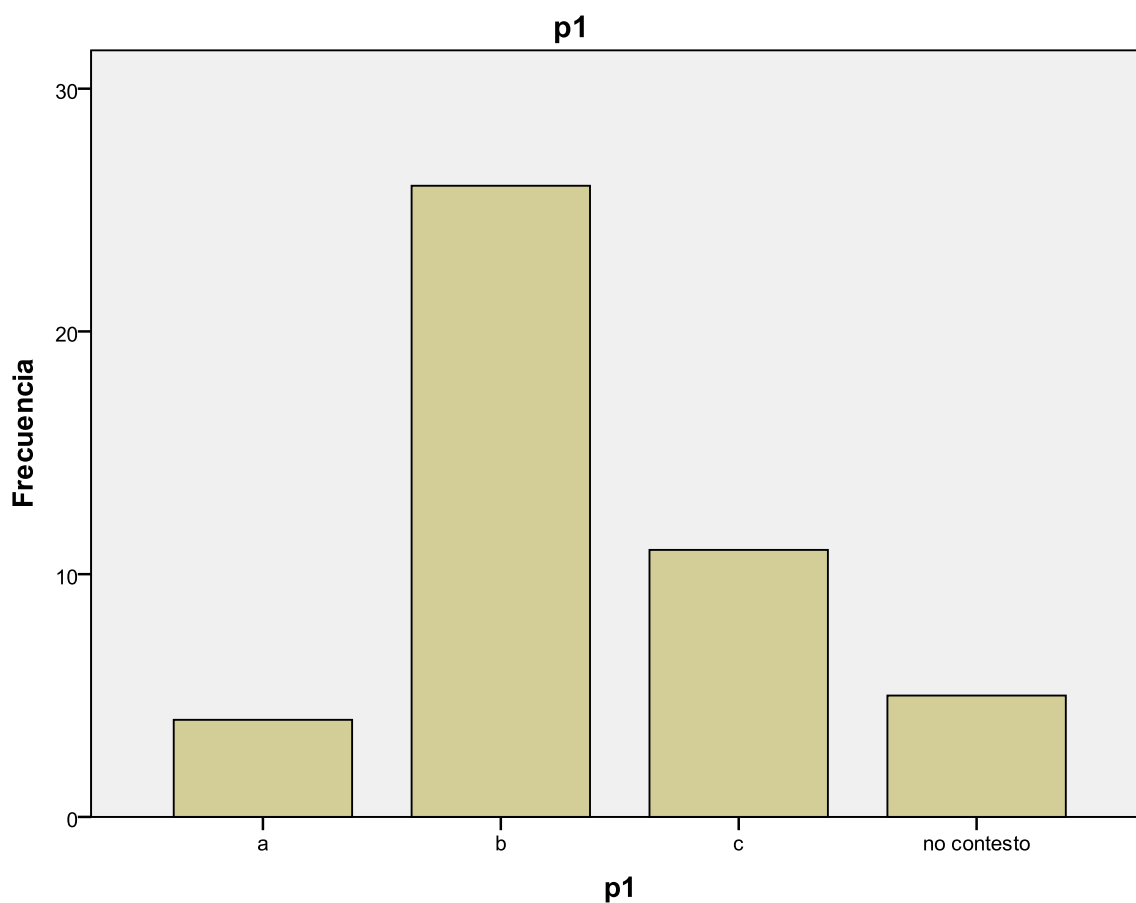


En esta gráfica se muestra la calificación total del estudio con un resultado de Malo con 52.2% y un 39.1% Regular, así como 8.7% salió Muy Bien. Teniendo como frecuencia 4 personas con calificación de muy bien, 18 con regular y 24 con calificación de mal de un total de 46 profesores.

Frecuencia de Calificaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy bien	4	8,7	8,7	8,7
	regular	18	39,1	39,1	47,8
	mal	24	52,2	52,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

FIGURA 2- Frecuencia Sobre la Pregunta 1



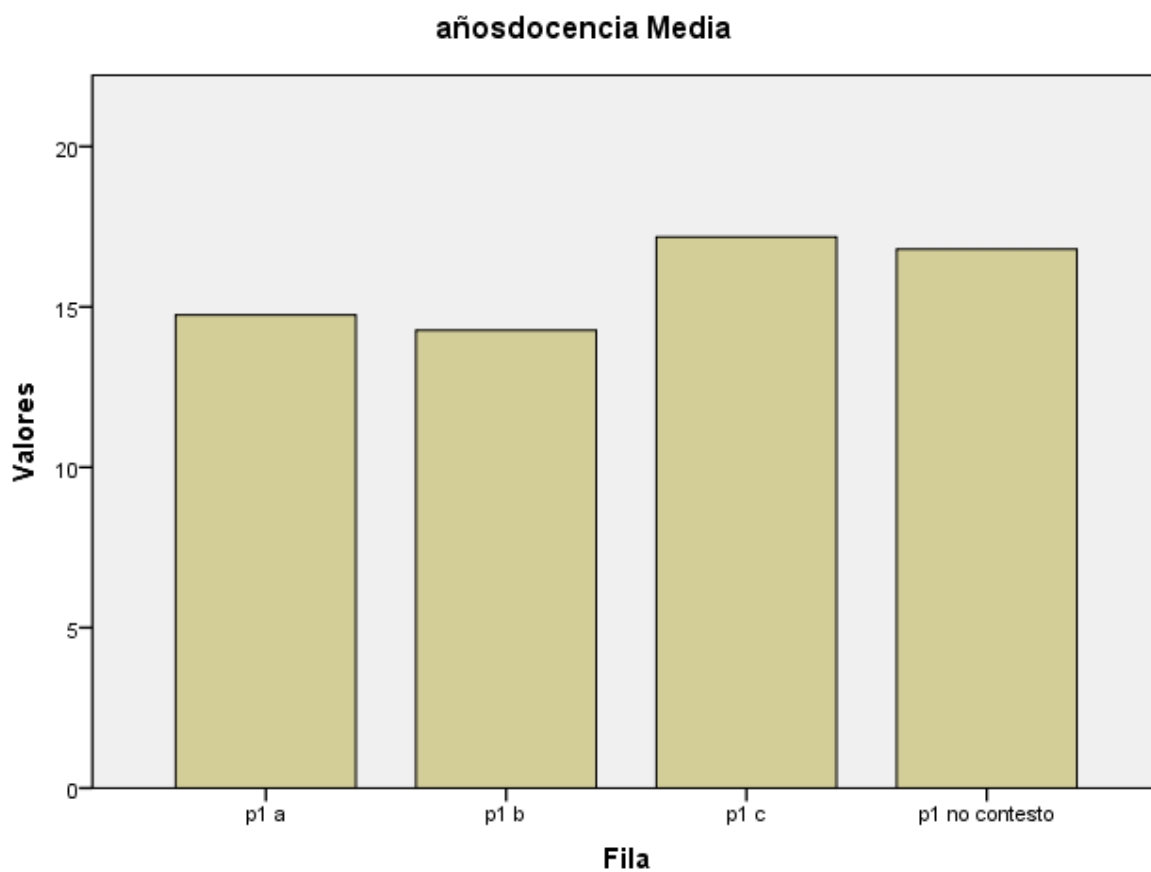
P1: ¿Que persona calificada puede hacer el diagnóstico del TDAH?

En la gráfica anterior se puede ver que los participantes seleccionaron mayormente la opción psicólogo (b) con un 56.5% por arriba de psiquiatra (c) con un 23.9% y medico (a) con 8.7%. Teniendo una frecuencia de 4 personas eligieron opción (a), 26 (b) y 11 (c).

Frecuencia de la Pregunta 1

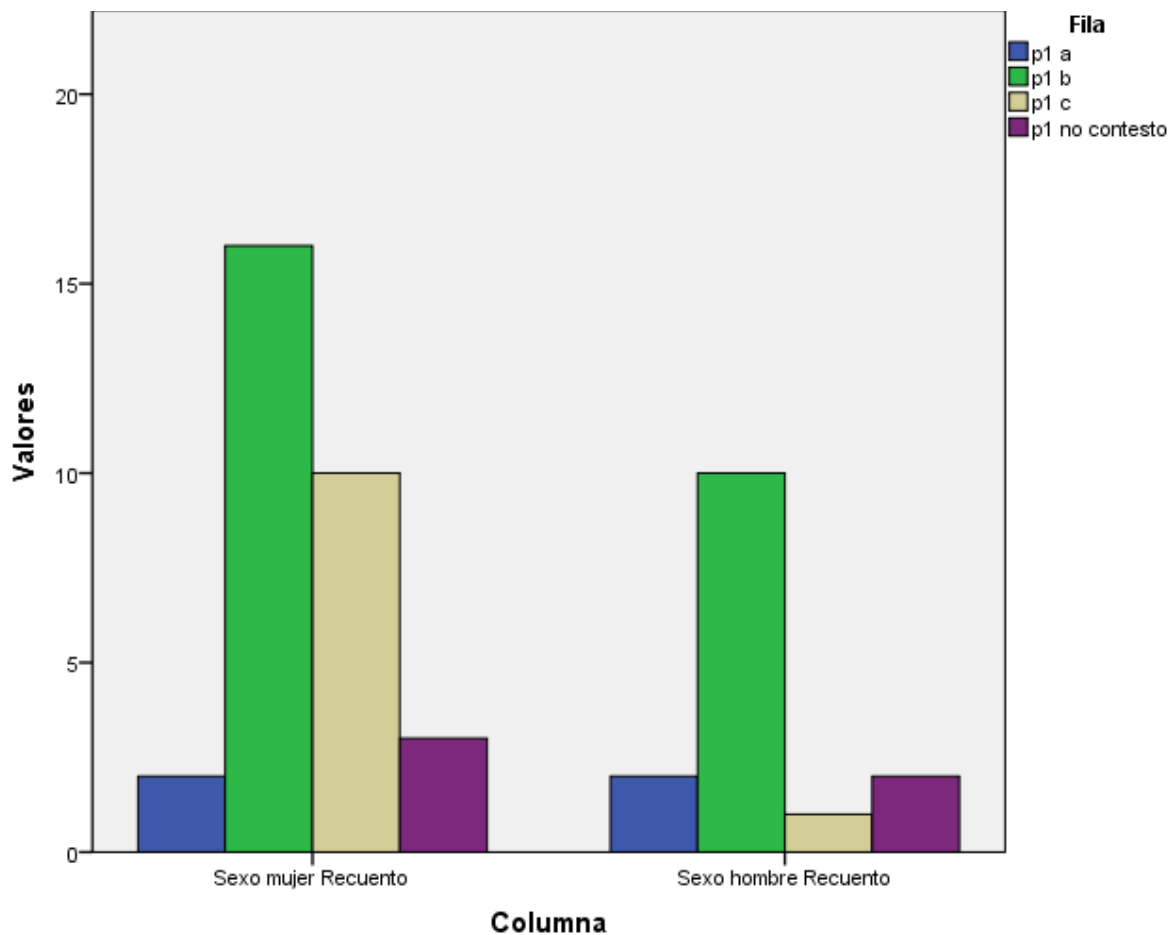
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a	4	8,7	8,7	8,7
	b	26	56,5	56,5	65,2
	c	11	23,9	23,9	89,1
	no contesto	5	10,9	10,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

FIGURA 3- Media de años de docencia respecto a la pregunta 1



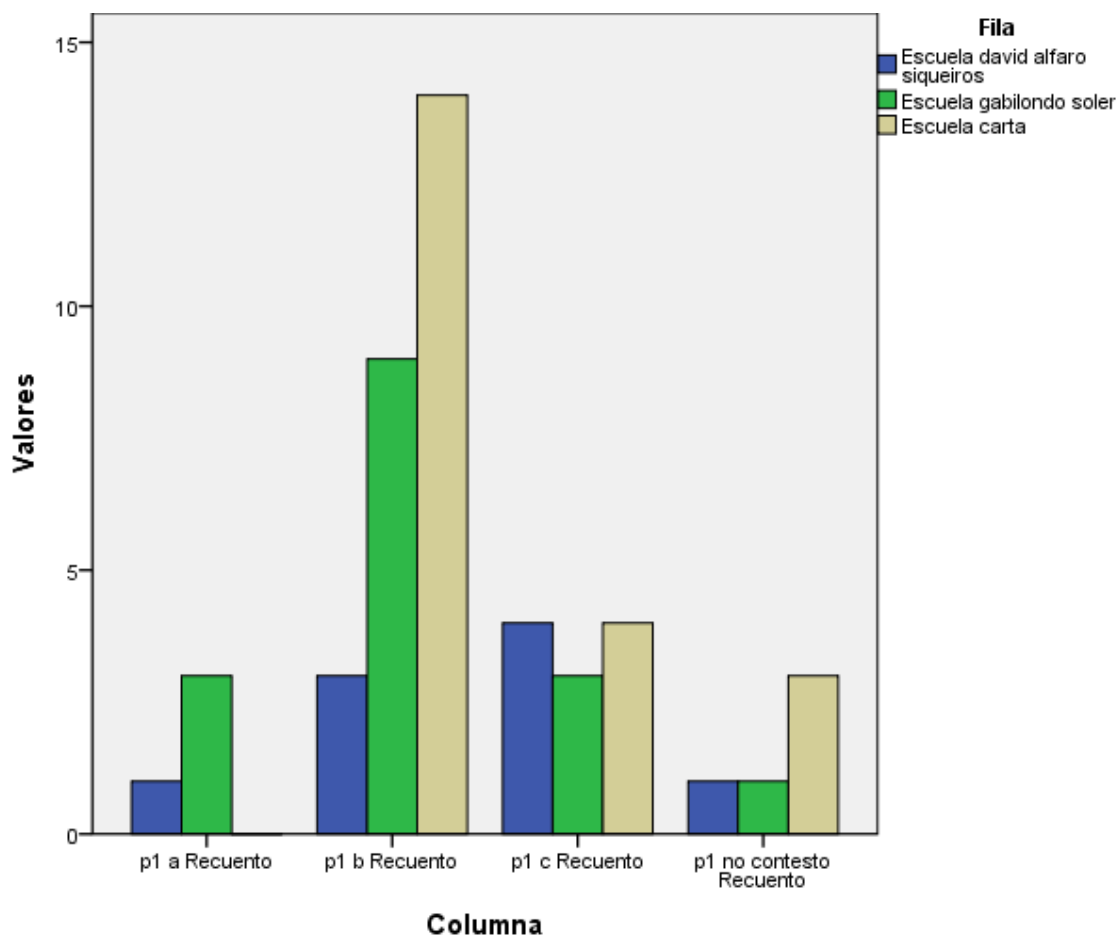
En la figura 3 se muestra la media de los años de docencia respecto a cada opción presentada respecto a la pregunta 1, los que tenían 15 años impartiendo clases tacharon la opción (a), los de 14 años dando clases eligieron la letra (b), así como los que tenían 17 años laborando seleccionaron la letra (c). Una media de 17 años ofreciendo clases no contesto.

FIGURA 4- Valores de sexo respecto a la pregunta 1



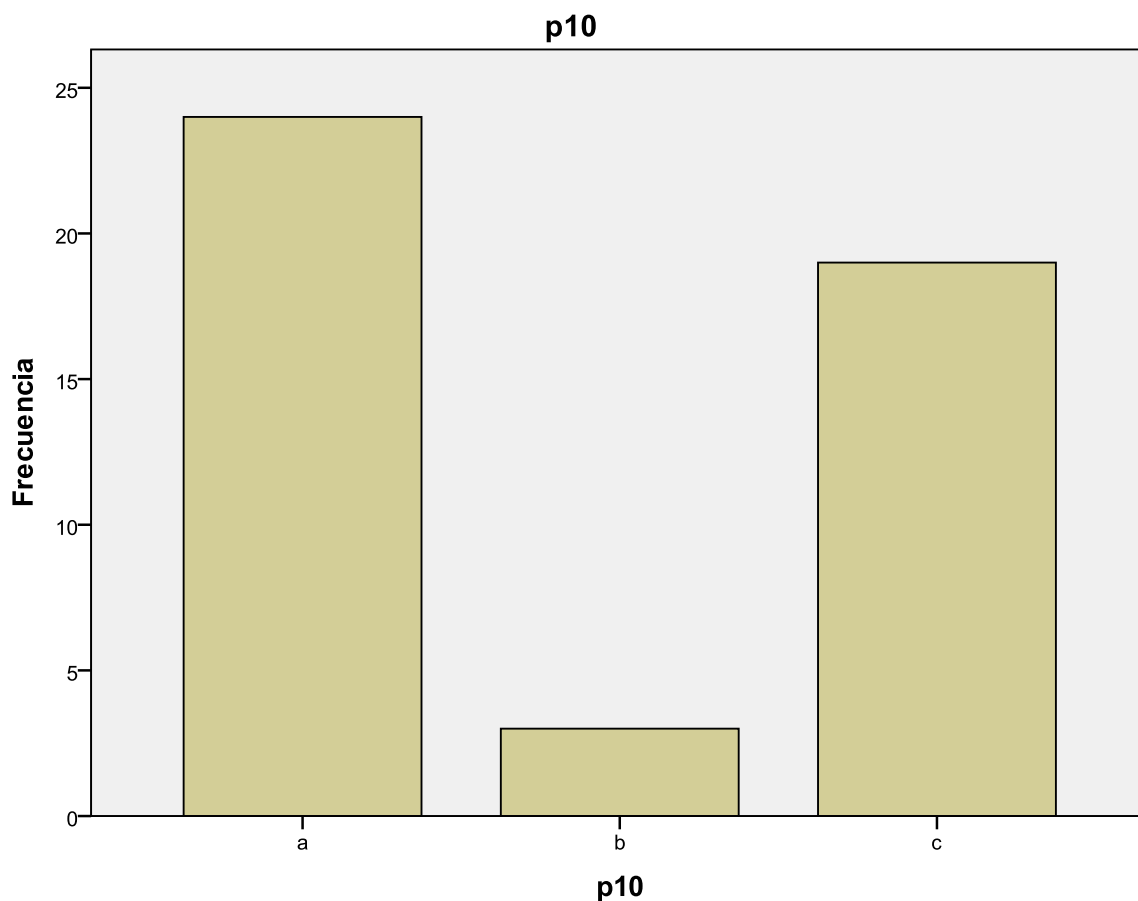
En la figura 4 se muestra que 2 personas del sexo mujer y 2 del sexo hombre, seleccionaron la opción (a), 16 mujeres y 10 hombres eligieron la letra (b), 10 mujeres y 1 hombre optaron por la opción (c) y 3 mujeres y 2 hombres no contestaron. De esta forma el sexo mujer tuvo mayor participación en la calificación total respecto a la pregunta 1. Suponiendo que son las que tienen mayor porcentaje en este trabajo.

FIGURA 5- Valores de respuesta respecto a la pregunta 1



En la figura 5 se observa que la escuela "Carta de los Derechos Humanos" fue la que más optó por la alternativa (b) con 14 profesores, seguida por la escuela "Fco. Gabilondo Soler" con 9. Mientras que la escuela "David Alfaro Siqueiros" con 3 docentes.

FIGURA 6- Frecuencia sobre la pregunta 10



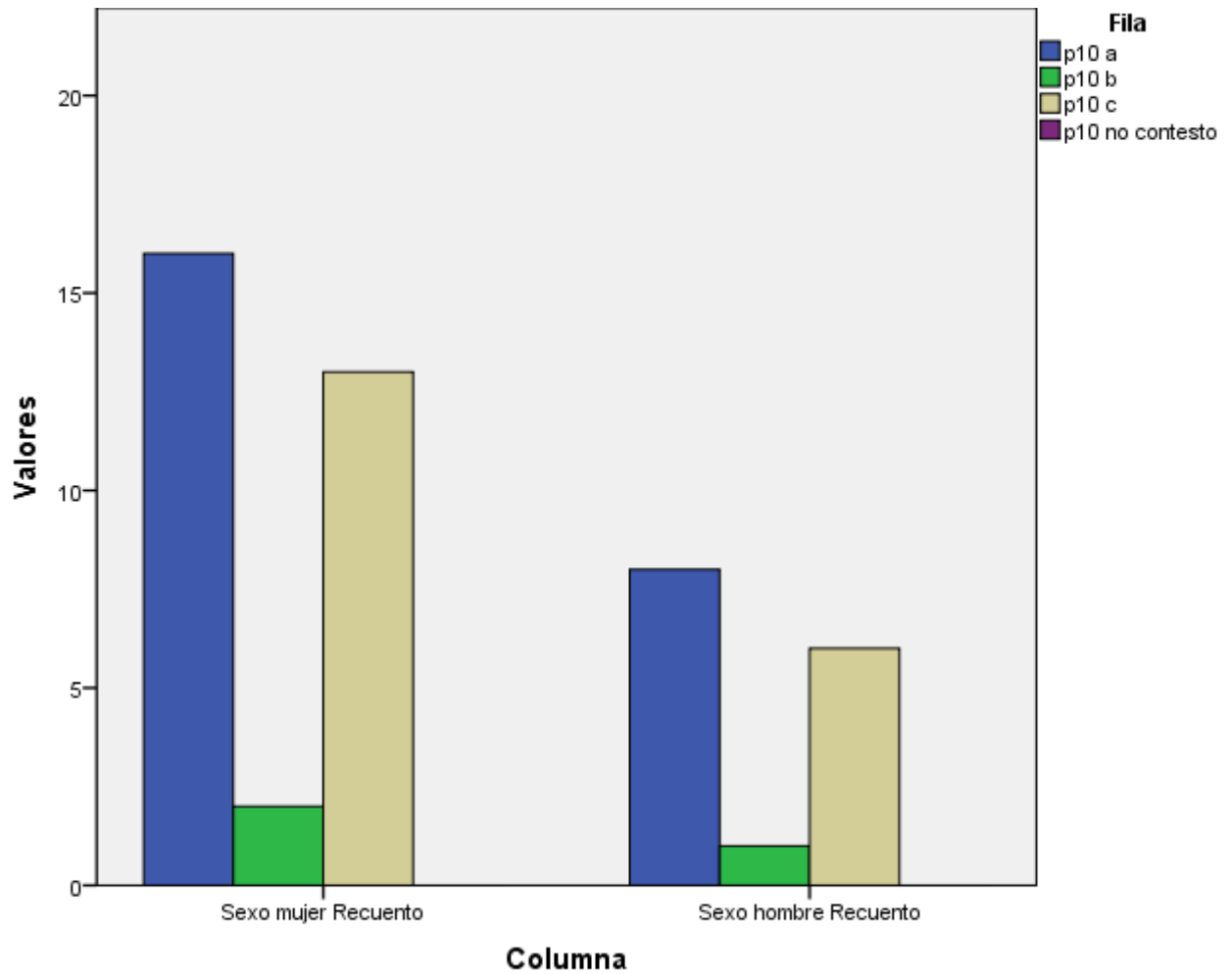
P10: ¿El déficit de atención es más frecuente en?

En esta gráfica con opciones de respuesta (a) Género masculino, (b) Género femenino y (c) En ambos géneros por igual, los maestros indicaron que el TDAH es frecuente en el género masculino con 52.2% con una frecuencia de 24 participantes, 19 docentes dijeron que el trastorno se da tanto en el género masculino y femenino dando un 41.3% y solo 3 participantes dijo que se daba en ambos géneros dando un 6.5%.

Frecuencia de la Pregunta 10

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a	24	52,2	52,2	52,2
	b	3	6,5	6,5	58,7
	c	19	41,3	41,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

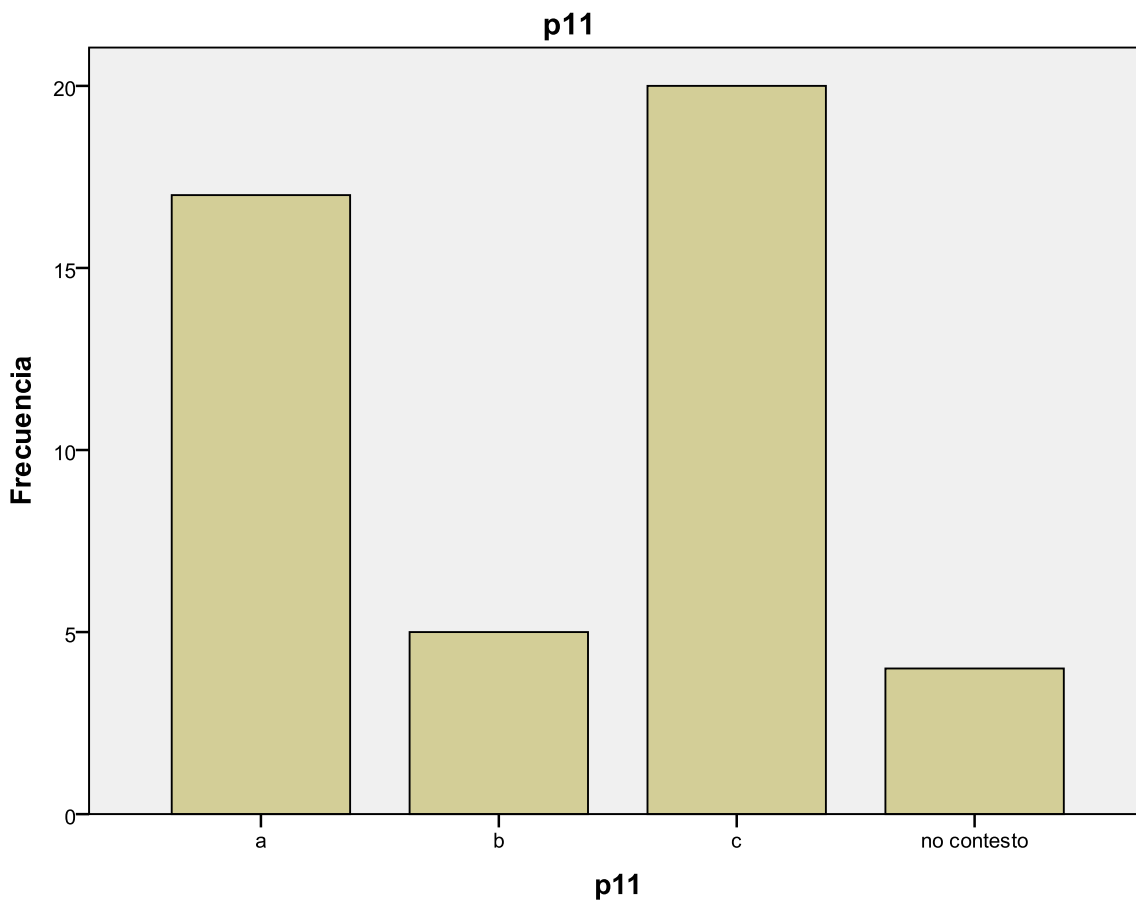
FIGURA 7- Valores de sexo respecto a la pregunta 10



En la figura 7 se observa que 16 mujeres y 8 hombres seleccionaron la opción (a)

2 mujeres y 1 hombre, optaron por la opción (b) y 13 mujeres y 6 hombres se inclinaron por la alternativa (c), todos contestaron esta pregunta. De esta manera se observa que las maestras indicaron que el TDAH es frecuente en el género masculino, así como la mitad de los maestros estuvieron de acuerdo con la opción (a). Lo que llama la atención es que ambos sexos están de acuerdo con que el trastorno también se da en el género femenino. Llegando así, a que este trastorno se da en ambos géneros.

FIGURA 8- Frecuencia sobre la pregunta 11



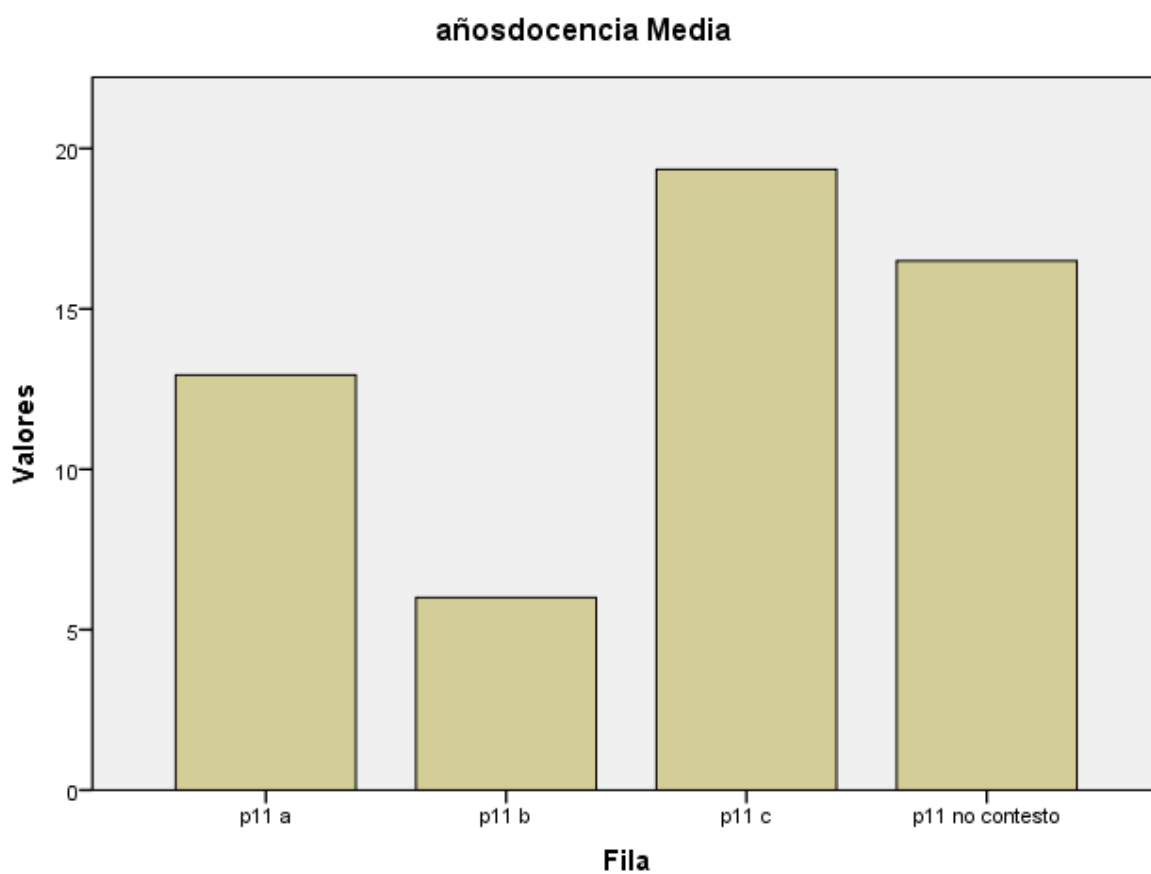
P11: ¿En la actualidad se sabe que, este trastorno tiene un carácter?

En este esquema con opciones de respuesta (a) Social, (b) Manipulativo por parte de jóvenes y (c) Hereditario. Los docentes indicaron que este trastorno tiene un carácter social con un 37.0% es decir 17 participantes, así como 20 docentes dando un 43.5% que actualmente este trastorno tiene un carácter hereditario, mientras que 5 colaboradores es decir el 10.9% indico que es manipulativo.

Frecuencia de la Pregunta 11

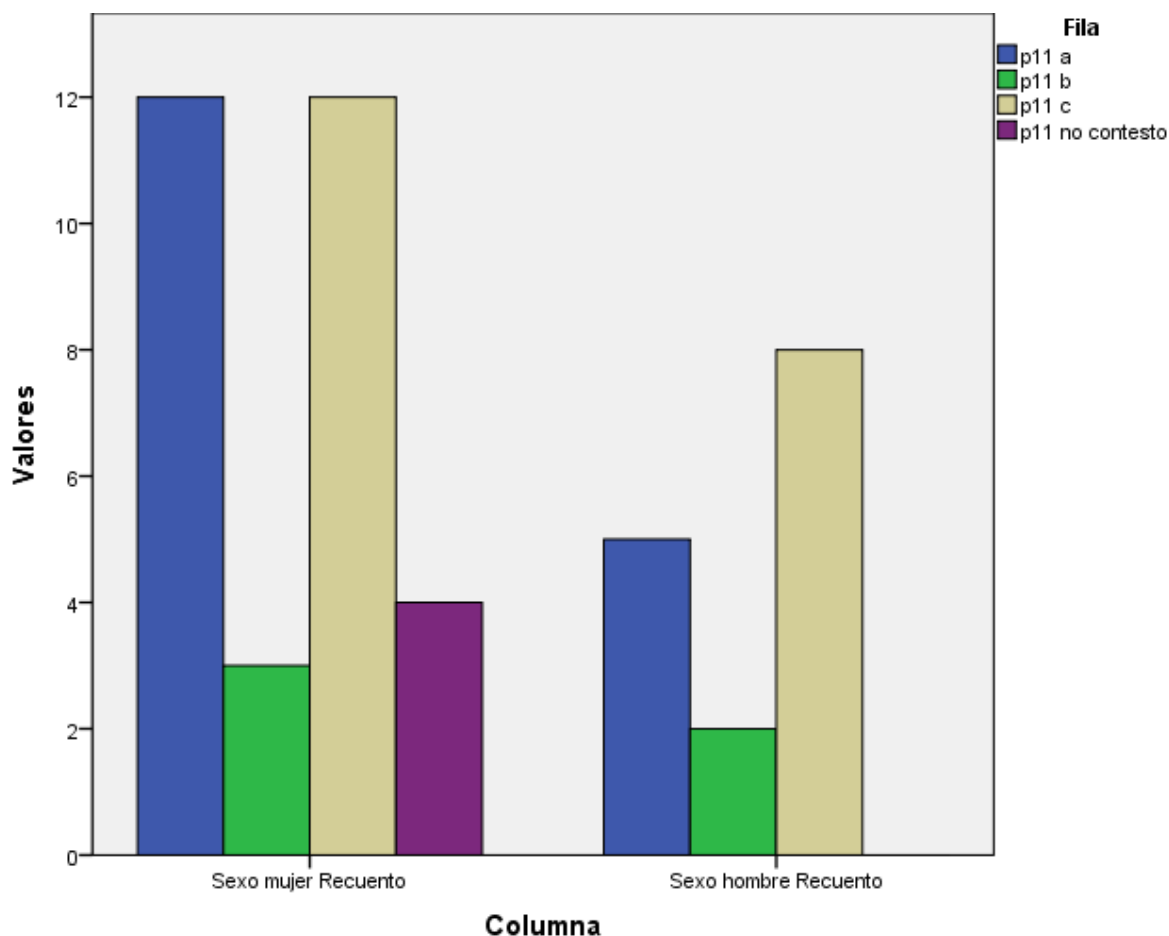
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a	17	37,0	37,0	37,0
	b	5	10,9	10,9	47,8
	c	20	43,5	43,5	91,3
	no contesto	4	8,7	8,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

FIGURA 9- Media de años de docencia respecto a la pregunta 11



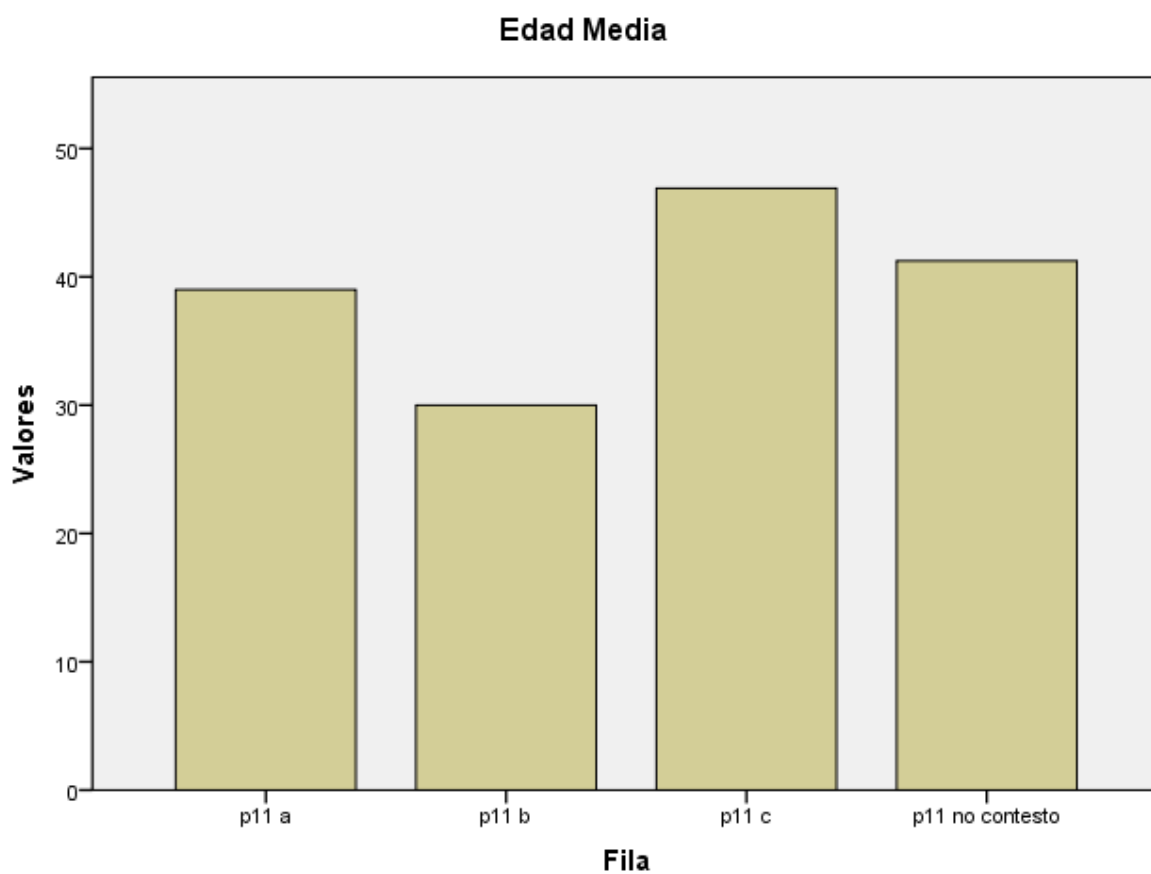
En la figura 9 se muestra la media de los años de docencia respecto a las opciones presentadas en la evaluación respecto a la pregunta 11, los que tenían 13 años impartiendo clases tacharon la opción (a), los de 6 años dando clases eligieron la letra (b), así como los que tenían 19 años laborando seleccionaron la letra (c). Una media de 17 años ofreciendo clases no contesto.

FIGURA 10- Valores de sexo respecto a la pregunta 11



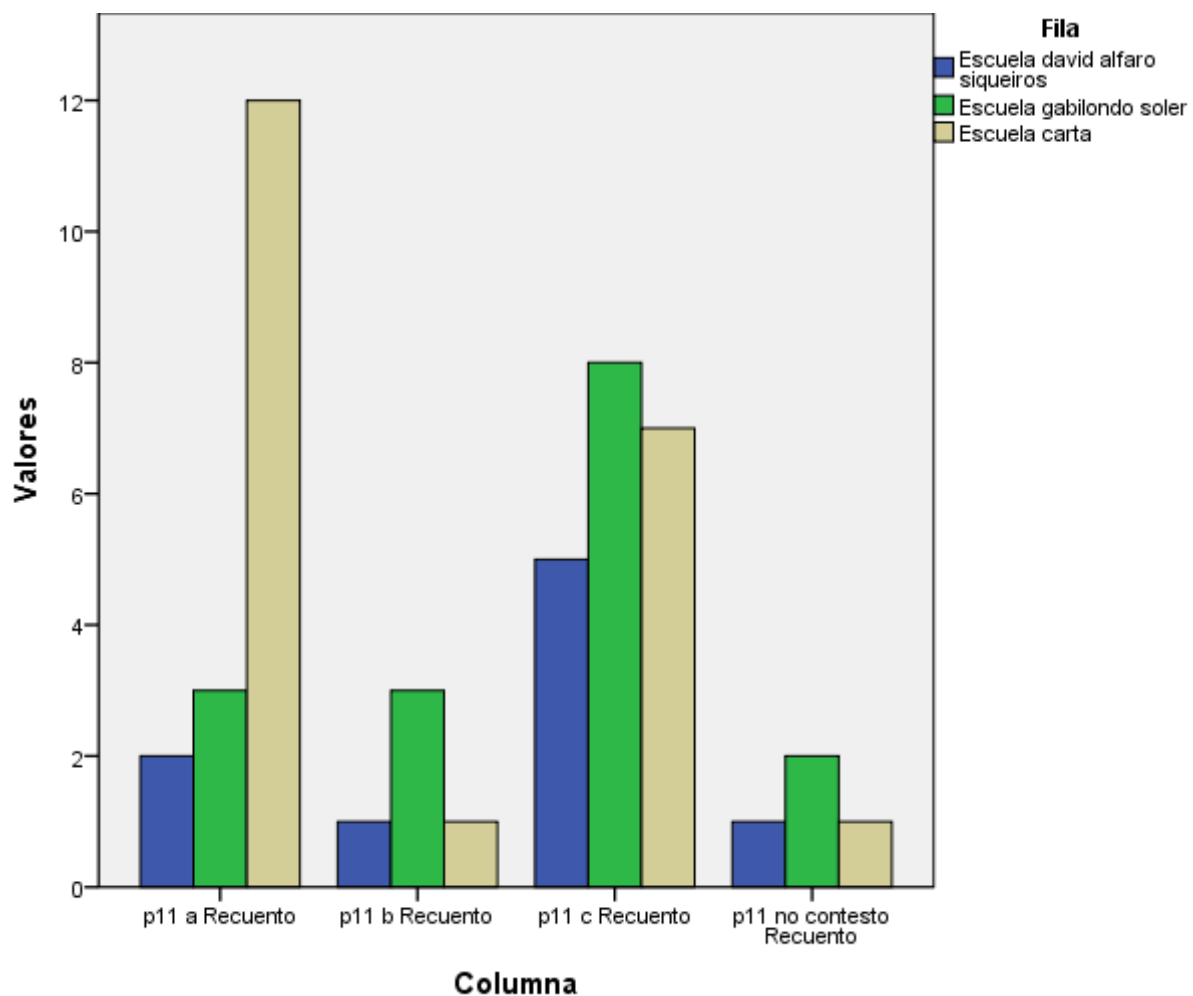
En la figura 10 se observa que 12 personas del sexo mujer y 5 del sexo hombre, seleccionaron la opción (a), 3 mujeres y 2 hombres eligieron la letra (b), 12 mujeres y 8 hombres optaron por la opción (c) y 4 mujeres y el total de hombres contestaron esta pregunta. De esta forma las maestras creen que el TDAH tiene un carácter hereditario, junto con los maestros, así como las maestras también compartieron que el TDAH tiene carácter social.

FIGURA 11- Media de edad por respuesta respecto a la pregunta 11



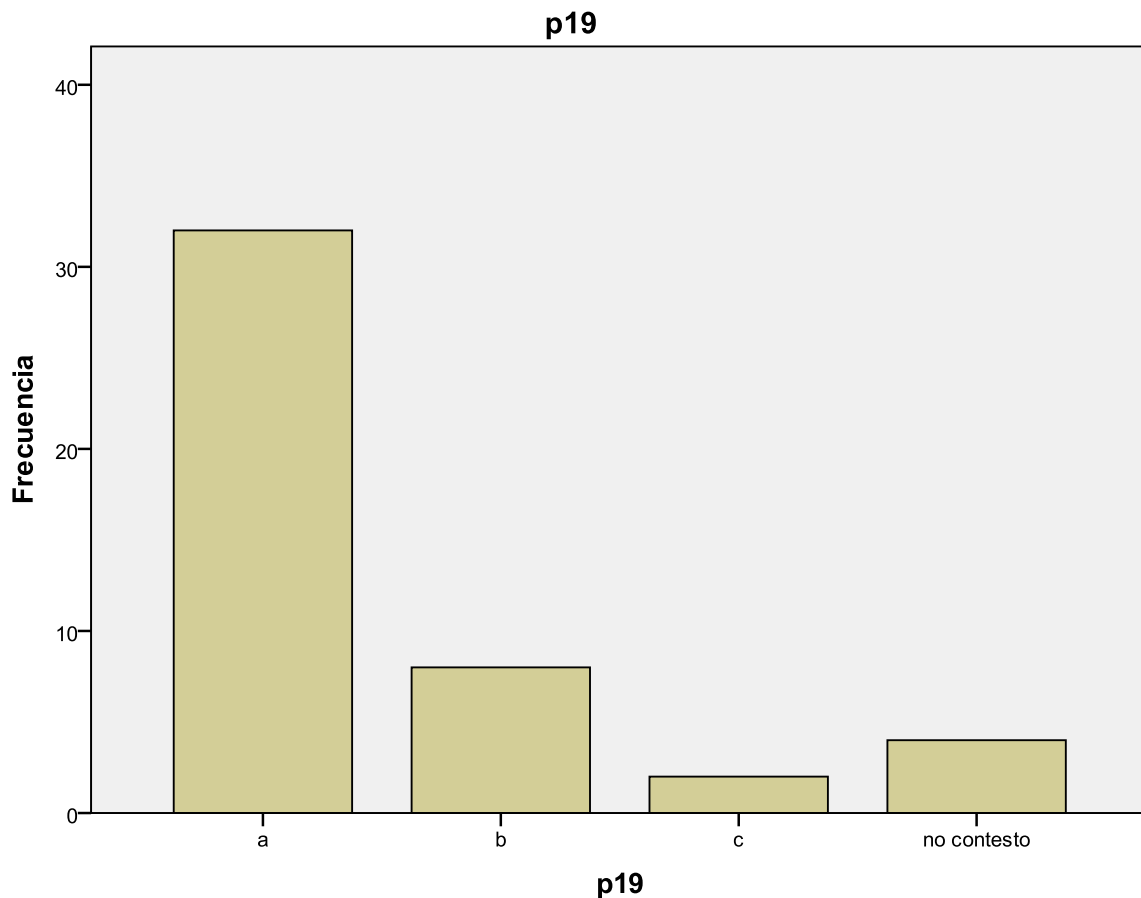
En la figura 11 se analiza la media de la edad respecto a la pregunta 11 quedando de esta forma los maestros de una media de 39 años optaron por la opción (a), los de 30 años eligieron la alternativa (b), los docentes con media de 47 años seleccionaron la opción (c) y una media de 41 años no contesto. De esta forma los docentes jóvenes mencionan que el TDAH es un problema social mientras que los docentes de mayor edad comenta que el trastorno es hereditario.

FIGURA 12- Valores de respuesta por escuela respecto a la pregunta 11



En la figura 12 se puede observar que la escuela "Carta de los Derechos Humanos" fue la que se inclino por la opción (a) con un total de 12 docentes. La primaria "Fco. Gabilondo Soler" seleccionó la opción (c) con 8 profesores y la primaria "David Alfaro Siqueiros" con 5 profesores, pero también la primaria "Carta de los Derechos Humanos" tuvo una participación con 7 docentes en dicha pregunta. Fue la primaria "Fco. Gabilondo Soler" la que menos contesto esta pregunta con 2 docentes.

FIGURA 13- Frecuencia de la pregunta 19



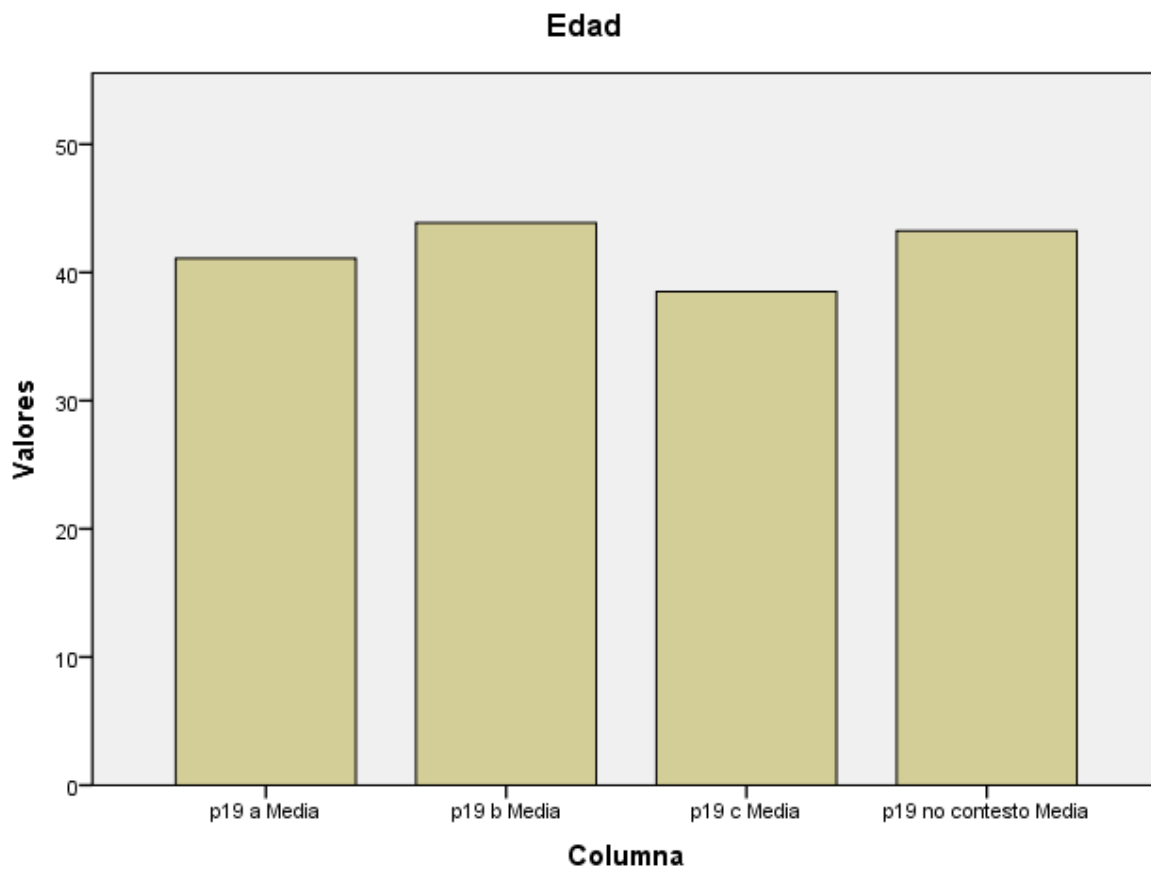
P19: ¿Los pacientes con el trastorno por TDAH requieren de neurofármacos?

Esta pregunta con alternativas de (a) No todos los pacientes con TDAH requieren medicamento, (b) Todos los pacientes con TDAH requieren medicamento y (c) Los pacientes con TDAH no requieren medicamento, se obtuvo que un 69.6% con frecuencia de 32 docentes respondió que no todos los pacientes con TDAH necesitan neurofármacos así como también 8 participantes es decir 17.4% indicó que todos requieren tratamiento neurofarmacológico.

Frecuencia de la Pregunta 19

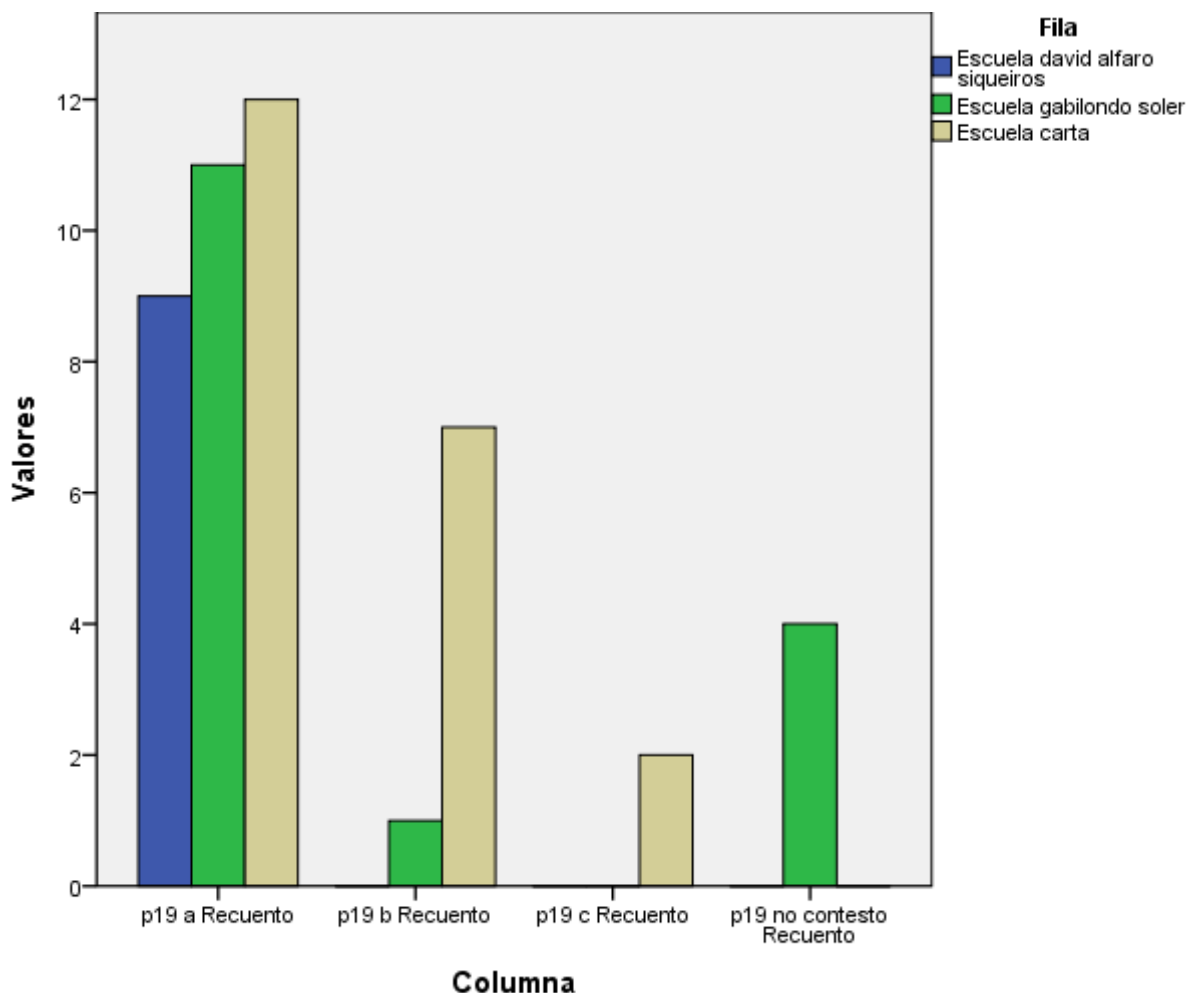
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a	32	69,6	69,6	69,6
	b	8	17,4	17,4	87,0
	c	2	4,3	4,3	91,3
	no contesto	4	8,7	8,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

FIGURA 14 – Media de la edad respecto a la pregunta 19



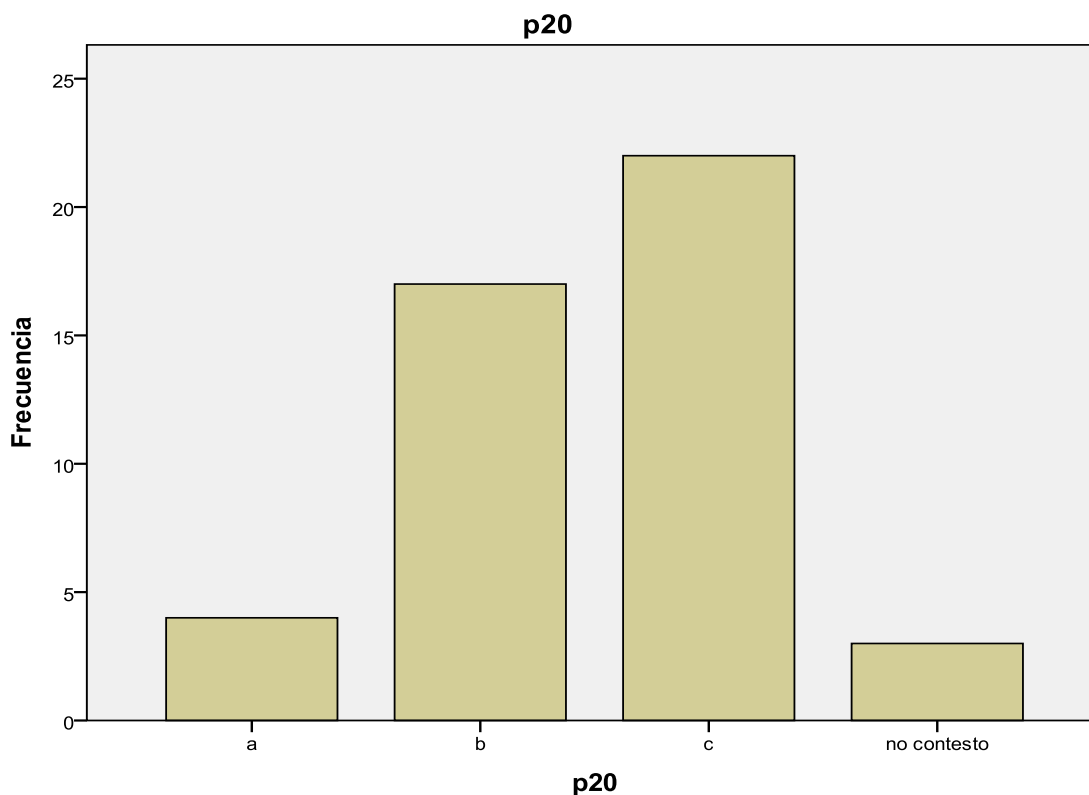
En la figura 14 se observan las medias de las edades de acuerdo a cada opción de respuesta y quedaron de esta manera, una media de 41 años dijo que "No todos los pacientes con TDAH requieren medicamento", una media de 44 años indico que "Todos los pacientes con TDAH requieren medicamentos " y una media de 39 años dijo que "Los pacientes con TDAH no requieren de medicamentos", mientras que la media de 43 años no contesto la pregunta.

FIGURA 15- Valores de respuesta por escuela respecto a la pregunta 19



La figura 15 muestra que las tres escuelas eligieron la respuesta (a), siendo la primaria "Carta de los Derechos Humanos" quien más participantes tuvo con 12, seguido por "Fco. Gabilondo Soler" con 11 y "David Alfaro Siqueiros" con sus 9 representantes totales.

FIGURA 16- Frecuencia de la pregunta 20



P20: ¿La función del neurofármaco es?

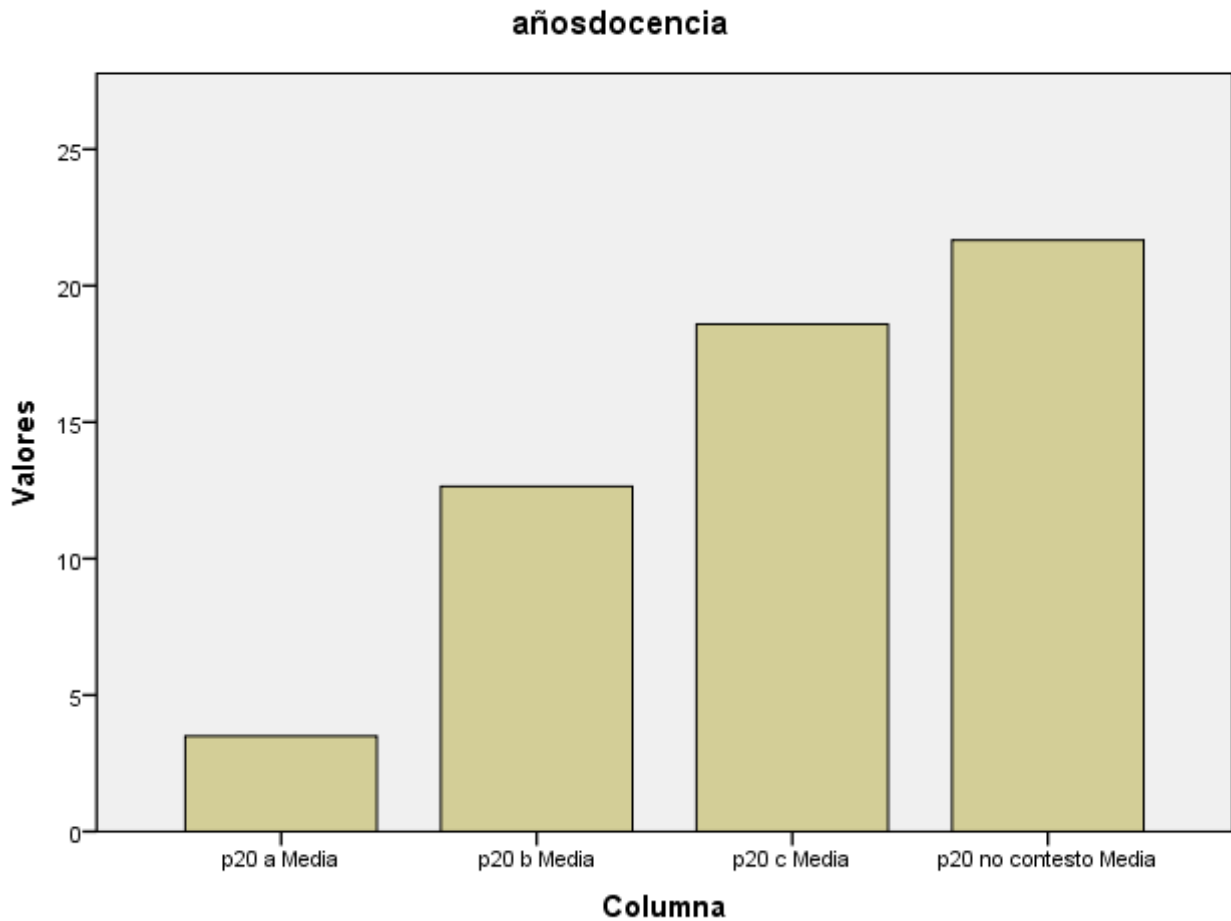
22 docentes es decir 47.8% seleccionó que la función del neurofármaco es producir un remedio en el descontrol bioquímico cerebral (c) y 17 participantes dando un 37.0% mantener quieto y tranquilo al paciente para que pueda aprender (b), mientras que 4

personas dando un 8.7% mencionó que la función del neurofármaco es tener un fácil control en los alumnos (a).

Frecuencia de la Pregunta 20

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a	4	8,7	8,7	8,7
	b	17	37,0	37,0	45,7
	c	22	47,8	47,8	93,5
	no contesto	3	6,5	6,5	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

FIGURA 17- Media de años de docencia por respuesta respecto a la pregunta 20



En la figura 17 se muestra la media de los años de docencia a la pregunta 20 de acuerdo a cada opción de respuesta, quedando, que una media de 4 años impartiendo clases dijo que el neurofármaco sirve para tener un fácil control en los alumnos. Una media de 13 años impartiendo clases opto por que el neurofármaco es para mantener quieto y tranquilo al paciente para que pueda aprender, mientras una media de 19 años laborando respondió que el neurofármaco es para producir un remedio al descontrol bioquímico cerebral del paciente con TDAH.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión y Conclusiones

El conocimiento de los sujetos sobre el TDAH que se refleja, se refiere básicamente a dos cuestiones: por una parte el interés negativo por parte de las escuelas, así como el desconocimiento general del trastorno.

Sin duda, ambas son importantes y ponen de manifiesto que los sujetos desconocen quien es la persona calificada para diagnosticar el TDAH; sin embargo, no tienen tan claro lo que es el trastorno y lo que se debe hacer para una gestión adecuada para un mayor conocimiento y tener un mejor progreso con los pacientes con TDAH en el aula, dados los resultados.

Otro de los resultados que merecen destacarse se refiere a las causas del trastorno, donde los participantes responden que es social con un 37%, manipulativo con un 10.9% y hereditario con 43.5% . En términos generales, observamos el poco conocimiento que hay sobre este particular, se ha encontrado en otros estudios que los docentes tienen mayor porcentaje de conocimiento sobre la causa del trastorno como se muestra en la tesis Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases de Gonzales Acosta (2006) , que de esta forma resultan imprescindibles para el cabal desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje para ambas partes tanto docentes y alumnado. También se muestra otro resultado que llama la atención como es la función del fármaco, donde el 69.6% dijo que es mantener quietos y tranquilos a los niños con TDAH algo que hay que modificar y erradicar de forma directa, ya que como sabemos la función del fármaco es dar un mayor control bioquímico cerebral a los pacientes con TDAH.

Sobre las valoraciones iniciales y generales de los docentes son congruentes con la hipótesis, en el sentido de que los conocimientos de los profesores sobre el TDAH son malos y estos se originan en creencias o, en determinados casos, en experiencias adquiridas en su desempeño profesional, pero no se sustentan en conocimiento formal, ni resultan necesariamente coherentes con teorías de probado rigor científico. Ya que un 52.2% salió mal y un 8.7% salió muy bien en la evaluación general.

Por otra parte, el programa de formación parece haber ejercido un efecto no plenamente favorable, en el sentido de que actuaciones previamente dependientes del “sentido común” del docente, pasan a regularse dentro de algunas de las recomendaciones que se ofrece a los sujetos, lo que disminuye el efecto de contextualización siempre deseable en el conocimiento escolar a favor de cierto nivel de rigidez.

Como en todos los programas de formación hay que ir con sumo cuidado de que, lo que es una propuesta o esquema de funcionamiento que precisa ser contextualizado y adaptado a las diversas realidades, no se convierta en un decálogo que hay que cumplir a ciegas.

La corroboración de la hipótesis se percibe con mayor claridad si, a la revisión de los resultados que aquí aportamos, se toma en cuenta el análisis cualitativo de los datos que hemos realizado adicionalmente. Como hemos indicado en el apartado de procedimiento, tras la respuesta cuantitativa a cada pregunta, Esto nos permitió identificar ciertas creencias mostradas tras las respuestas concedidas y que la estricta valoración cuantitativa no nos hubiera permitido explicar. Para acabar, se desea plantear la conveniencia de que los programas de formación integren elementos válidos para trabajar y modificar creencias y valores además de información conceptual y procedimental que expanda el conocimiento

de los sujetos sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad o sin hiperactividad. Comprobando el arraigo de los sujetos a sus creencias, parece deseable un replanteamiento en la forma en que se les imparte formación sobre temas cuyo planteamiento estrictamente cognitivo parece no causar efecto.

La contribución de la investigación profesional es de un amplio valor para el área educativa se proporciona una fuente teórica y específica sobre la idea de la problemática que anteriormente se tenía, ya que entre los docentes hay desconocimiento y desinformación sobre el tema. Es común, que los alumnos que manifiestan rasgos característicos del TDAH, sean frecuentemente etiquetados como sujetos con problemas de disciplina, problemas de aprendizaje, y pocas veces se relacionan estas manifestaciones como consecuencia de un padecimiento neurobiológico. La información que el estudio brinde a los profesores mejorará las destrezas de relación entre maestro y alumno, haciendo menos difícil su labor educativa y asimismo que el alumno logre mejores resultados personales. Otro de los campos beneficiados es el de la salud. Ya que la determinación de la prevalencia y caracterización del TDAH en esta región, permitirá elaborar mejores tratamientos que integren la atención al individuo y que tomen en cuenta los diferentes elementos que se relacionan en su formación tales como el maestro, familia y el medio social donde se desenvuelve. Así como la complementación de los factores neurobiológicos, psicológicos, y educativos en un tratamiento enfocado a mejorar la calidad de vida de los pacientes con TDAH.

CAPÍTULO VII

SUGERENCIAS

Sugerencias.

He aquí algunas de las sugerencias planteadas para la cuestión que ocupa el presente trabajo de investigación:

– En relación al conocimiento del problema, que se elabore una investigación sobre la incidencia real de los trastornos conductuales entre los menores, en el marco de los estudios sobre salud mental y trabajar en coordinación con las escuelas interesadas.

Respecto a esta recomendación hay que señalar que se ha observado una carencia de estadísticas publicadas sobre la prevalencia del TDAH tanto a nivel nacional como a nivel estatal. En mi opinión resultaría útil contar con información fiable sobre la prevalencia del trastorno en la ciudad.

– En relación a la intervención administrativa, que se elabore un plan de intervención en menores con problemas de conducta, de forma coordinada entre las administraciones educativas, sociales y sanitarias, que contemple la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los niños con TDAH.

Teniendo en cuenta, como ya se ha descrito, que como ocurre en la mayoría de los trastornos y enfermedades, la detección y el diagnóstico temprano es vital para poder tratar y manejar el TDAH de manera adecuada, evitando complicaciones como el desarrollo de trastornos asociados, esta recomendación es muy importante.

- En relación con la detección y diagnóstico, desarrollar los procesos formativos específicos destinados a los profesionales de la educación, la salud y los servicios que posibiliten una mejora en la detección temprana.
- Respecto al tratamiento, incluir planes formativos destinados a los orientadores y docentes que tienen a su cargo a menores con trastornos de conducta para que puedan desarrollar programas de intervención.

En estas recomendaciones se expone la necesidad de llevar a cabo acciones formativas que preparen y capaciten a los profesionales que intervienen en el tratamiento del TDAH, lo que muestra la importancia de mejorar el conocimiento que estos tienen acerca de los trastornos, coincidiendo con la idea central y la necesidad de proporcionar formación, también a las familias, para un mejor conocimiento y manejo del trastorno, para lo cual es necesario detectar previamente en donde se presentan carencias de conocimiento.

Como conclusión, diría que los trastornos del comportamiento, entre los cuales se incluye el TDAH, suponen una realidad sobre la que es preciso intervenir, no sólo por la situación personal de quien presenta estas dificultades, sino por la repercusión que tienen en el contexto escolar, familiar, social, etc. Aún encontrando acciones como las planteadas, éstas son puntuales y no tienen la repercusión y efecto esperados, por lo que se requiere un mayor compromiso por parte de la comunidad investigadora, administrativos y asociaciones con el fin de tener medidas que provoquen una mejora en estas personas, así como a sus familias y su entorno social.

Entre estas medidas puede incluirse este trabajo, en el que se trata de incidir en la formación del profesorado y también en los familiares interesados, a través de la

información y cubrir las carencias formativas existentes, de manera que puedan programarse acciones educativas que respondan a dichas carencias de una manera adecuada y responsable.

REFERENCIAS

- Anyon, J. (1999). Clase social y conocimiento escolar. En M. Fernández Enguita (Ed.), *Sociología de la educación*. Barcelona : Ariel, pp. 566-592.
- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arce, A. & Long, N. (1992), Battlefields of knowledge: the interlocking of theory and practice in social research and development, Routledge, London, chapter *The dynamic of knowledge: Interfaces between bureaucrats and peasants*, pp. 211- 246.
- Armento, B. (1991) Changing conceptions of research on the teaching of social studies. En J.P. Shaver (Ed.), *Handbook of Research on Social Studies Teaching and Learning. A Project of the National Council for the Social Studies*. Nueva York, MacMillan, págs. 185-196.
- Armstrong, T. (1999). *ADD/ADHD: Alternatives in the classroom*. United States: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Atkinson, T. (2002). Aprender a enseñar: habilidades intuitivas y objetividad razonada. En T. Atkinson y G. Claxton (Eds.). *El Profesor Intuitivo*. (pp. 95–112). Barcelona: Octaedro, (Colección Repensar la Educación 15).
- Barbarese, W. J. y Olsen, R. D. (1998). *An ADHD Educational Intervention for Elementary Schoolteachers: A pilot study*. *Development and Behavioral Pediatrics*, 19, 94-100.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. México: Paidós.
- Beckle, B. (febrero, 2004). *Knowledge and attitudes about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students*. *Journal of Attention Disorders*, 7 (3), 151-161.
- Ben-Peretz, Miriam. “*Teacher knowledge: What is it? How do we uncover it? What are its implications for schooling?*”. En *Teaching and Teacher Education*. Vol 27. 2011. Págs. 3-9
- Brown, T. (2003). *Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.

- Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6), 365-372.
- Chambers, R., Pacey, A. & Thrupp, L. (1991), *Farmer First: Farmer Innovation and Agricultural Research*, IT Publications, London.
- Cuadros, Y & Estañol, B (2005) *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Trillas.
- Darling-Hammond, Linda y Bransford, John, “*Preparing Teachers for a Changing World What teachers Should Learn and Be Able to Do*”, Jossey Bass, San Francisco, 2005.
- Day, C. (2005). *Formar docentes. Cómo, cuándo y en qué condiciones aprende el profesorado*. Madrid: Narcea.
- Diaz, E. & Heler, M. (1985), *El conocimiento científico*, Buenos Aires
- Diker, G. y Terigi, F.: (1997). *La formación de maestros y profesores: hoja de ruta*. Barcelona: Paidós.
- Escudero, J.M. (1993) La construcción problemática de los contenidos de la formación de los profesores. En Montero, L. y Vez, J.M. (Eds.) *Las Didácticas específicas en la formación del profesorado*. Santiago de Compostela, Tórculo, pp.71-91.
- Faúndez, N, “La relación teoría y práctica en el currículo de formación inicial de futuros profesores”, En *Revista Pensamiento Educativo*. Facultad de Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol. 35. 2004, Santiago, Chile.
- Fernández y Sanhueza (1990). Evaluación del cambio en psicoterapia: un estudio de resultados.
- García Alvarez, J. (1993). *La formación permanente del profesorado: más allá de la reforma*. Madrid: Escuela Española.
- García, F. (2000). *Aprendiendo a vivir*. San Juan: Ediciones Hispalis.
- Gaudelly, William y Ousley Denise. “From clothing to skin: Identity work of student teachers in culminating field experience”. En *Teacher and Teaching Education*. Vol. 25. 2009. Págs. 931-939.
- González Acosta, E. (2006). Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases. *Memoria para optar al Grado de Doctor, Facultad de Filosofía, Departamento de Psicología Básica II*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Handal, G. (1992). ¿Tiempo colectivo, práctica colectiva? *Revista de Educación*, 298, 327-345.

- Hargreaves, A. (1992). El tiempo y el espacio en el trabajo del profesor. *Revista de Educación*, 298, 31-53.
- Iverson, Heidi, Lewis, Mark y Talbot Robert. "Building a framework for determining the authenticity of instructional tasks within teacher education programs". En *Teaching and Teacher Education*. Vol. 24. 2008. Págs. 290-302.
- J. Vicuña. (noviembre de 2010). Educación: Un derecho, no un servicio comerciable. Voz e imagen de Oaxaca. México. *Noticias: 10012*
- Joselevich, E. (2003). *AD/HD: Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es, qué hacer; recomendaciones para padres y docentes*. Barcelona: PAIDÓS.
- Jerome, L.; Washington, P.; Laine, C. J. y Segal, A. (1999). *Is Teacher's Knowledge Regarding Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Improving? Child and Adolescent Psychiatry*.
- Keiny, S. (1994) Teacher' Professional Development as a Process of Conceptual Change. En Carlgren, I; Handal, G. y Vaage, S. (Eds.) *Research on teachers' thinking and practice*. London, The Falmer Press.
- Kim, Hyeonjin, Hannafin, Michael. "Situated case-based knowledge: an emerging framework for prospective teacher learning". En *Teaching and Teacher Education*. Vol. 24. 2008. Págs. 1837-1845.
- Long, J. (1989), Cognitive ergonomics and human-computer interaction, Cambridge series on human-computer interaction, *Cambridge University Press*, Cambridge, chapter Cognitive ergonomics and human-computer interaction, pp. 4-11
- López, F. y Fuertes, A. (1999). *Para comprender la sexualidad*. Navarra: EVD
- Marcelo, C. (1995). *Formación del profesorado para el cambio educativo* Barcelona: EUB.
- Marcelo, Carlos" La formación docente en la sociedad del conocimiento y la información: avances y temas pendientes". *Ponencia presentada al IV Encuentro Internacional de KIPUS*. Políticas públicas y formación docente, Isla Margarita (Venezuela, 4-6 de octubre, 2006.)
- Martínez, M.A. y Conde, H. (2009). *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*. Universidad de Burgos, Burgos.
- MENCHU, R. El sueño de una sociedad intercultural. In: IMBERNÓN, F. (Coord.). *Cinco ciudadanías para una nueva educación*. Barcelona: Graó, 2002. p. 63-81.

- Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *Información Psicológica*, 100, 100-114.
- Niemi, Hannele. "Active learning- a cultural change needed in teacher education and schools". En *Teaching and Teacher Education*. Vol. 18. 2002. Págs. 763-780
- Orjales, I. y Polaino, A. (2010). *Programas de intervención cognitivoconductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH)*. Madrid: CEPE.
- Orjales Villar, Isabel (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE, S.L.
- Pérez, A. (1992). La función y formación del profesor/a en la enseñanza para la comprensión. Diferentes perspectivas. En J. Gimeno y A. Pérez. *Comprender la enseñanza* (pp. 398-429). Madrid: Morata.
- Porlan, R. y Rivero, A. (1988) *El conocimiento de los profesores*. Sevilla, Diada.
- Porlán, Rafael, Martín Del Pozo, Rosa, Martín Toscano, José. "Conceptions of school-based teacher educators concerning ongoing teacher education". En *Teaching and Teacher Education*. Vol. 18. 2002. Págs. 305-321.
- Perrenoud, P. (2001). La formación de los docentes en el siglo XXI. *Revista de Tecnología Educativa XIV* (4), 503-523.
- Portilla, A. D. (2002). La formación docente del profesorado universitario: perfil y líneas de formación. *Tesis doctoral del Departamento de Pedagogía Aplicada*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA*, Conocimiento; Vigésima segunda edición.
- Reyes, A. M., y Acuña, L. (2012). Juicios de maestros sobre las conductas características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44, 65-82.
- Richards, P. (1985), *Indigenous Agricultural Revolution: Ecology and Food Production in West Africa*, Hutchinson, London.
- Rodríguez Pérez, C.; González Castro, P.; Álvarez Pérez, L.; Vicente Domínguez, L.; Núñez Pérez, J. C.; González Pienda, J. A.; Álvarez García, D.; Bernardo Gutiérrez, A. B. y Cerezo, R. Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (2011). *European Journal of Education and Psychology*, 4 (1), 63-73.
- Romero Pérez, C. (2004). *Conocimiento, acción y racionalidad en educación*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Sadovnik, A. R. (1992). La teoría de la práctica pedagógica de Basil Bernstein: un enfoque estructuralista. *Investigación en la Escuela*, 17, 7-31.
- Santos Guerra, M.A. (1994). *Entre bastidores. El lado oculto de la organización escolar*. Archidon, Alijibe
- Lee S. Shulman. *The Elementary School Journal*, Vol. 98, No. 5, Special Issue: John Dewey: The Chicago Years. (May, 1998), pp. 511-526.
- Solbes, J. et al. (2004). Algunas consideraciones sobre la incidencia de la investigación educativa en la enseñanza de las ciencias. *Investigación en la Escuela*, 52, 103-109.
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl 8), 27-31.
- Stenhouse, L. (1984) *Investigación y desarrollo del curriculum*. Madrid, Morata.
- Stenhouse, L. (1991) La investigación del curriculum y el arte del profesor. *Investigación en la Escuela*, 15, 9-15.
- Tok, Sukran. "The problems of teacher candidate's about teaching skills during teaching practice". En *Procedia Social and Behavioral Sciences*. Vol. 2. 2010. Págs. 4142-4146.
- UNESCO. (2002). Estrategia de la UNESCO en educación preventiva del VIH/SIDA. Vega. A. Los educadores ante el SIDA. Ediciones Pirámide. Madrid, 1998. <http://www.monografias.com/trabajos82/prevencion-its-vih-estudiantes/prevencion-its-vih-estudiantes3.shtml#bibliograa>
- www.ceapa.es Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- Wartofsky, M. (1978), *Introducción a la Filosofía de la Ciencia*, Madrid
- Woolfolk, A. (1990). *Educational Psychology*. (4ta. Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Zeichner, K.M.(1993) *El maestro como profesional reflexivo*. Cuadernos de Pedagogía, 220, 44-49.

Anexo I

Cuestionario de conocimiento sobre TDAH (Trastorno de déficit de atención con hiperactividad)

Nombre de la escuela donde ejerce _____

Años impartiendo clases _____

Edad _____

Sexo _____

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas que se le muestran y marque la alternativa que usted considere correcta.

1. Solamente una persona calificada como _____ puede hacer el diagnóstico del trastorno por déficit de atención, ya que existen otras alteraciones que presentan los mismos síntomas.

- a. Médico
- b. Psicólogo
- c. Psiquiatra

2. Si un estudiante es diagnosticado con déficit de atención, un síntoma que se manifiesta en estos jóvenes es:

- a. Interfiere con su desempeño académico y sus habilidades.
- b. Su desarrollo social se ve interrumpido
- c. Problemas en el hogar

3. El “*trastorno por déficit de atención*” es un trastorno que se inicia:

- a. En edades adultas.
- b. En edad intermedia
- c. En edad temprana

4. El déficit de atención es ocasionado por un mal funcionamiento

- a. Anatómico
- b. Neurobiológico
- c. En la educación

5. El déficit de atención afecta en tres componentes principales:

- a. Afecta el comportamiento, la atención y el aprendizaje del niño.

- b. Afecta el comportamiento, la decisión de escoger y rechazar y el desarrollo sexual del niño.
- c. Afecta su crecimiento, la atención y el aprendizaje del niño.

6. La mayoría de los niños diagnosticados con el déficit de atención también son diagnosticados con:

- a. Inmadurez
- b. Precocidad sexual
- c. Impulsividad y/ o hiperactividad

7. Para diagnosticar déficit de atención en un niño(a) es necesario que el niño(a) posea una inteligencia normal y que se presente durante un periodo mínimo de 6 meses, observándose al menos en dos ambientes:

- a. Escuela, casa
- b. Amigos, fiestas
- c. Oficina del médico, fiestas

8. El déficit de atención afecta al niño en:

- a. La capacidad de atención y la función bioquímica cerebral
- b. El control de impulsos y la actividad física
- c. La A y la B

9. Actualmente se le conoce con el nombre de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad a aquellos niños que tengan al menos 2 de 3 características:

- a. Hiperactividad, impulsividad e inatención.
- b. Hiperactividad, muy soñolientos, activos sexualmente
- c. Hiperactividad, inatención, no gustan de ir la escuela

10. El déficit de atención es más frecuente en:

- a. El género masculino
- b. El género femenino
- c. En ambos géneros por igual

11. Existen múltiples causas del trastorno. En la actualidad, se sabe que éste trastorno tiene un carácter:

- a. Social
- b. Manipulativo por parte de los jóvenes
- c. Hereditario

12. Un niño con el trastorno por déficit de atención puede afectar a su familia de diversas maneras:

- a. Normalmente, la rutina familiar es difícil mantenerla debido a que el comportamiento del niño (a), es tan desorganizado e impredecible.
- b. Normalmente, la rutina familiar es difícil mantenerla debido a que el comportamiento del niño (a), es de estar soñoliento e inactivo todo el tiempo.
- c. Normalmente, la rutina familiar es difícil mantenerla debido a que el comportamiento del niño (a), es nulo por completo.

13. Los niños con el trastorno por déficit de atención frecuentemente están:

- a. Autocontrolados aunque estén en ambientes estimulantes.
- b. Hiperexcitados y fuera de control en ambientes estimulantes.
- c. Hipoexcitados y controlados en ambientes estimulantes.

14. En niños y jóvenes con déficit de atención:

- a. El aprovechamiento académico no se ve afectado
- b. El aprovechamiento académico es regular.
- c. El aprovechamiento escolar se ve afectado

15. Para conocer si existe déficit de atención en un niño o joven, el estudio que nos proporciona mas información es él:

- a. El cuestionario
- b. El electroencefalograma
- c. El CT Scan

16. En aquellos pacientes que sean candidatos a recibir un neurofármaco durante un tiempo indefinido, que generalmente es entre 2 y 3 años, es conveniente realizarle estudios de:

- a. Sangre una vez al año para vigilar el correcto funcionamiento del organismo.
- b. Sangre cada seis meses para vigilar el correcto funcionamiento del organismo.
- c. Sangre en forma periódica para vigilar el correcto funcionamiento del organismo.

17. Un personaje que desempeña un papel vital en la sospecha de los niños y adolescentes con el trastorno por déficit de atención, es:

- a. El maestro(a).
- b. El padre y/o madre
- c. El amigo(a)

18. Para que un paciente con el trastorno por déficit de atención logre el máximo beneficio, se requiere de un tratamiento:

- a. Independiente
- b. Multidisciplinario
- c. De fármacos

19. ¿Los pacientes con el trastorno por déficit de atención requieren de neurofármacos?

- a. No todos los pacientes con el trastorno por déficit de atención requieren de neurofármacos.
- b. Todos los pacientes con el trastorno por déficit de atención requieren de neurofármacos.
- c. Los pacientes con el trastorno por déficit de atención no requieren de neurofármacos.

20. La función de los neurofármacos:

- a. Es mantener quietos y tranquilos a los niños(as) en la escuela para que sea más fácil el control de los alumnos a los maestros.
- b. Es mantener quietos y tranquilos a los niños(as) en la escuela para que puedan tener un aprendizaje y enseñanza óptimos.
- c. No es mantener quietos y tranquilos a los niños(as) en la escuela para que sea más fácil el control de los alumnos a los maestros sino para producir un remedio en el descontrol bioquímico cerebral.

21. La elección del neurofármaco depende de:

- a. La edad, duración del trastorno, severidad de los síntomas, hallazgos electroencefalográficos
- b. La edad, decisión del médico, severidad de los síntomas, hallazgos electroencefalográficos
- c. Cual neurofármaco escoja el padre, severidad de los síntomas, hallazgos electroencefalográficos

22. ¿Cuál de estos neurofármacos usted conoce que son recetados para niños y jóvenes con déficit de atención e hiperactividad? Marque todos los que conozca.

- a. Ritalin
- b. Tradea
- c. Concerta
- d. Pemoline
- e. Aderal
- f. Cafeína
- g. Tofranil
- h. Talpramin
- i. Norpramin
- j. Anafranil
- k. Doxepina
- l. Fluoxetina (Prozac)
- m. Paroxetina (Aropax)
- n. Wellbutrin
- o. Tegretol
- p. Neugeron
- q. Depakene
- r. Trileptal
- s. Atempertor
- t. Rivotril
- u. Neurontin
- v. Lamotrigina
- w. Epamin
- x. Haldol
- y. Melleril
- z. Leptopsique

