



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

**Diseño y Validación Social de un Programa de Formación para el Docente en el
Conocimiento Integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el
Salón de Clases**

Tutora:
Zoraide Lugli

Autora:
Yaritza De Simone P

Caracas, Enero de 2012

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por ayudarme en todo el trayecto de la carrera y facilitarme el camino a la culminación de la tesis.

Doy gracias a Dios por permitirme estudiar en La Universidad Central de Venezuela y haber tenido el privilegio de recibir clases con un grupo de profesores de formación excelente.

A mi madre y hermanas por sus oraciones constantes al Padre en el transcurso de la carrera.

A la Lic. Zoraide Lugli por aceptar la tutoría de la tesis.

A la Lic. Rosa Lacasella por asesoría y apoyo en el trabajo de grado

A la Dra. María Vidal por sus oraciones y apoyo moral en la elaboración de la tesis

A los Expertos por su valiosa colaboración en la realización de la tesis

Al personal de la Unidad Educativa Manuel Ángel Puchi Fonseca por su colaboración en la realización del trabajo de investigación.

A la Profesora Arelis Figueroa por sus orientaciones apoyo en la elaboración del trabajo de grado.

A la Lic. Norena Mota por su apoyo moral y orientación en la tesis.

Diseño y validación social de un programa de formación para el docente en el conocimiento integral del síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clases

Yaritza De Simone P

Universidad Central de Venezuela

Resumen

La presente investigación se planteó como objetivo diseñar y validar un Programa de Formación para Docentes en el Conocimiento Integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el Salón de Clases. La investigación se llevó a cabo en 2 fases: 1. Un estudio de las necesidades de conocimiento del TDAH de los docentes, mediante la aplicación de un cuestionario, que dio como resultado una deficiencia de conocimientos acerca del TDAH y 2. El diseño del Programa, validado socialmente a través del juicio de expertos, considerado como pertinente y adecuado para la población a la que va dirigido. El programa quedó conformado por dos sesiones: 1. TDAH y técnicas de Registro y 2. Técnicas para modificación de conductas.

Palabras claves: Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH, Programa de formación, docentes.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimientos	ii
Resumen	iii
Índice General	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Anexos	vi
I.INTRODUCCIÓN	8
II.MARCO CONCEPTUAL	10
2.1 Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad	10
2.1.1 Antecedentes históricos del TDAH	10
2.1.2 Conceptualización del TDAH	13
2.1.3 Criterios para el diagnóstico del TDAH	14
2.1.4 Características del TDAH	16
2.1.5 Causas del TDAH	20
2.1.6 Tratamiento del TDAH	24
2.2 Evaluación de Programas	26
2.3 Validación Social	29
III.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
3.1 Antecedentes de la Investigación	32
3.2 Formulación del Problema	33
IV. OBJETIVOS	36
4.1 General	36
4.2 Específicos	36
V.MARCO METODOLÓGICO	37
5.1 Tipo de Investigación	37
5.2 Etapas de la Investigación	38
5.2.1 Estudio de Necesidades	38
5.2.2 Diseño y Validación Social del Programa de Formación para el Docente	40
VI. RESULTADOS Y DISCUSION	44
6.1 Estudio Diagnóstico de Necesidades	44

ÍNDICE GENERAL

6.2 Validación Social del Programa de Formación para el Docente	50
VII. CONCLUSIONES	54
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS	57
ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Resumen de las etapas investigación	38
Tabla 2. Expertos designados para la validación social.	42
Tabla 3. Problemas en el aula durante las actividades académicas.	44
Tabla 4. Conductas que dificultan el desarrollo de las actividades académicas.	46
Tabla 5 Conductas frecuentes de los alumnos en el aula.	47
Tabla 6. Formación del docente sobre el manejo de alumnos con TADH.	48
Tabla 7. Opinión sobre la importancia de recibir entrenamiento en el manejo del TADH	49
Tabla 8. Justificación acerca de la importancia del entrenamiento en el manejo del TDAH.	49
Tabla 9 .Datos de identificación de los expertos.	50
Tabla 10. Sugerencias señaladas por los expertos	51

Tabla 11. Correcciones del programa a partir de la evaluación de los expertos	53
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Carta dirigida a la Institución U.E. "MAPF"	
Anexo 2 Cuestionario para el docente	
Anexo 3 Carta dirigida a los expertos	
Anexo 4 Ficha de identificación de expertos	
Anexo 5 Carta de agradecimiento a los expertos	
Anexo 6 Programa de formación para el docente en el conocimiento integral del síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clases.	
Anexo 7 Manual del facilitador sobre el Programa de formación para el docente en el conocimiento integral del síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clases	
Anexo 8 Distintivo.	
Anexo 9 Manual sobre el Déficit de Atención con Hiperactividad	
Anexo 10 Presentaciones sobre el Déficit de Atención con Hiperactividad	
Anexo 11 Cuestionario sobre el Déficit de Atención con Hiperactividad	
Anexo 12 Tríptico sobre el Déficit de Atención con Hiperactividad	
Anexo 13 Manual de Técnica de Registro	
Anexo14 Presentaciones sobre las técnicas de registro de comportamiento	
Anexo 15 Prueba sobre las Técnicas de Registro de comportamiento	
Anexo 16 Ejercicios sobre la Técnica de registro de comportamiento	
Anexo 17 Formato de Evaluación del experto Sesión 1	
Anexo 18 Manual de las Técnicas operantes para el desarrollo de la conducta.	
Anexo 19 Diapositivas de la Técnicas operantes para el desarrollo de la	

conducta

Anexo 20 Ejercicios prácticos de identificación de las técnicas de desarrollo de la conducta.

Anexo 21 Manual de las Técnicas de decremento de conducta.

Anexo 22 Diapositivas sobre las Técnicas de decremento de conducta

Anexo 23 Ejercicio de reconocimiento de las Técnicas de decremento de conducta.

Anexo 24 Manual sobre Economía de Fichas

Anexo 25 Diapositivas sobre Economía de Fichas

Anexo 26 Ejercicio escrito para la identificación de los pasos de la Técnica de Economía de Fichas.

Anexo 27 Manual sobre la Técnica de Contingencias Orientadas al grupo.

Anexo 28 Diapositivas sobre la Técnica de Contingencias Orientadas al grupo.

Anexo 29 Ejercicio de resolución de problemas de matemática.

Anexo 30 Prueba sobre la Técnica de Contingencia Orientadas al grupo.

Anexo 31 Formato de evaluación de experto sesión 2

I.INTRODUCCIÓN

La educación es un proceso integral donde se interrelaciona el recurso humano y material, con los cuáles se deben lograr los objetivos y metas propuestas en la política educativa de un país. Esta debe ser concebida tomando en cuenta las características y necesidades de las localidades, de los educandos y educadores.

Al hablar del educador, se tiene que este en el ejercicio de su función, se encuentra con alumnos que presentan características diferentes las cuales debe manejar de manera tal que estos últimos logren los objetivos de los programas educativos determinados para cada nivel de educación. La escuela es el lugar donde se canalizan las potencialidades del niño(a) y donde se hacen más evidentes los problemas atencionales y la conducta disruptiva. Estas conductas generan problemas a los docentes, incrementándose cuando el salón de clase tiene un número alto de escolares (Condemarin, M. Gorostegui, M y Milic, N. 2004).

Al pasar el tiempo se ha evidenciado en el sector educativo venezolano, a través de resoluciones educativas, el deseo de cumplir con aquellos derechos del educando que tienen que ver con la igualdad de oportunidades educativas, donde se busca la integración de los niños y niñas con necesidades especiales a las escuelas regulares. Es por ello que cada vez es imperioso que los educadores tengan que hacer frente a situaciones dentro del aula que ameriten un cambio de actitud de los mismos, en lo referente a la aprehensión de conocimientos que permitan la detección e implementación de estrategias metodológicas frente a conductas que tiempo atrás no eran tan frecuentes en el salón de clase, como aquellas que caracterizan al Síndrome de Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH).

Por otro lado se tiene que el docente establece a través de la evaluación, la evolución de los estudiantes en el ámbito académico. También del docente depende que las características del Síndrome Déficit de Atención con Hiperactividad sean detectadas a tiempo, de igual manera los docentes tienen la responsabilidad de dar la información a los padres de forma tal que éstos puedan captar la importancia de la evaluación de las conductas reportadas, para lo cual es preciso que los maestros tengan el conocimiento de manera clara sobre dicho trastorno. Es necesario que los facilitadores del aprendizaje

logren la mejora del comportamiento y también, el control de los efectos negativos que la conducta del niño o niñas con este trastorno pueda tener sobre el resto del grupo de sus compañeros (Orjales 2002), El docente también debe trabajar en función de lograr el comportamiento favorable en términos de propinar conductas atentas ajustadas a los requerimientos del espacio del aprendizaje.

Lo antes expuesto acerca del deber ser del docente ante este trastorno se logra a través de una información clara acerca del Síndrome de Déficit de Atención con hiperactividad. Los profesores con experiencia enseguida detectan los niños problemáticos y éstos son imprescindibles para tratar los problemas del educando en el aula, con el asesoramiento necesario del especialista. El docente precisa información sobre el TDAH y esta información la puede conseguir del psicopedagogo y el especialista o de libros sobre el tema (Gargallo, 2005).

La información dada por los especialistas puede ser suministrada a través de programas, donde se parte de las necesidades del docente para implementar una serie de herramientas y estrategias que ayuden en la modificación de conductas problemáticas como las descritas por el TDAH.

Partiendo de lo expuesto se origina el objetivo de la presente investigación de diseñar y validar socialmente un programa que permita al personal docente que labora en la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca adquirir los conocimientos y destrezas relacionadas con la conducta del niño o niña diagnosticado (a) con Déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad

2.1.1 Antecedentes históricos del TDAH

De acuerdo con López y García (2002) fue el doctor George Still quien primero descubrió una serie de características conductuales en un grupo de veinte (20) niños que tenían historia de lesiones cerebrales. Se trataba de niños agresivos, desafiantes, irritables, impulsivos, con fallas en la atención e hiperactivos, que aunado a lo anterior presentaban una mayor incidencia de anomalías físicas menores tales como paladar ojival, macrocefalia. El doctor Still hipotetizó que estos niños tenían un defecto en el “control moral” de su conducta y atribuyó este problema a una predisposición biológica hereditaria o como resultado de alguna anomalía pre o postnatal para algún caso. Siguiendo la idea del párrafo anterior tenemos que para Gratch (2003):

La primera descripción clínica de este cuadro data del año 1902 y fue realizada por Gorge Still y Alfred Tredgol quienes describieron en ese momento lo que ellos conceptualizaron como “defecto en el control moral”. Señalaron también la mayor incidencia de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad y puntualizaron, como sintomatología más destacable en el cuadro, los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención. (p .12).

En el mismo orden de ideas, Joselevich (2003) señala que Ebaugh en el año 1917-1918 observó un cuadro similar como consecuencia de la epidemia de encefalitis letárgica. Durante los años treinta (30) se estudiaron las manifestaciones conductuales de una serie de cuadros neurológicos, como epilepsia y traumatismo encefelocraneanos, descubriéndose una relación inversa entre el nivel intelectual y actividad motora.

Por otra parte Fernández (1991) señala que “no fue sino hasta 1934 que los doctores Kahan y Cohen describieron un síndrome al que llamaron “Orgánico Cerebral”,

caracterizado por un alto grado de Hiperactividad, incoordinación Motora y por la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas” (p. 76).

Según Gratch (2003) en el año 1937... “gracias a Bradley, se descubrió el efecto paradójico tranquilizante de los psicoestimulantes, en los niños hiperquinéticos tratados con benzedrina.” (p 12), considerándose este momento el comienzo de la psicofarmacología infanto- juvenil. Más adelante, surge la palabra “Mínima” asociada al término disfunción, esto significa que las manifestaciones de la conducta son tan sutiles y vagas que las mismas a veces pasan inadvertidas por los padres y educadores (Silva, 1992).

En cambio, para otros autores el término “Mínimo” es un calificativo mal utilizado. Fernández (1991) mantiene que:

Quizá es un término que pretende ocultar nuestra falta de conocimiento sobre la verdadera extensión del cambio de la estructura cerebral que es responsable de la propia disfunción, pero en todo caso los trastornos resultantes nada tienen de “Mínimo”, por el contrario, se caracterizan por una conducta generadora de evidentes cambios desfavorables tanto en el seno escolar como en el hogar (p.77).

En la década del cincuenta prosiguieron las investigaciones sobre los mecanismos neurológicos responsables de la hiperactividad, sobresaliendo el trabajo de Laufer y Denhoff, quienes consideraron que un pobre filtro de los estímulos a nivel talámico era la causa del síndrome, por entonces llamado Síndrome hiperkinético. (Joselevich, 2003).

El autor antes señalado plantea que en la década de los sesenta (60) el término “daño cerebral mínimo” fue lentamente abandonado, ya que se consideró erróneo inferir la presencia de daño cerebral en niños que sólo presentaban problemas conductuales (y no la pérdida de una función previamente adquirida). Por otro lado, Gargallo (2005) agrega que en la década de los sesenta (70) Douglas (1972 c.p. Gargallo, 2005) defendía que el principal problema de estos niños no era el exceso de actividad, sino su impulsividad y

su incapacidad para mantener la atención y planteó los siguientes criterios para diagnosticar la hiperactividad:

- Niño con inquietud motora excesiva.
- Problemas atencionales.
- Incapacidad para permanecer sentados.
- Dificultades para controlar sus impulsos.

Además encontró que el principal déficit estaba en la atención sostenida y no en la distracción, parámetro en el cual los estudios no diferían de controles normales (Gargallo, 2005). El autor antes señalado señala que las aportaciones de esta autora fueron decisivas en la interpretación actual que se da al trastorno, que arranca en el DSM-III. Así se tiene que en 1980 el trastorno de Déficit de Atención se describió en DSM-III incluyendo criterios de falta de Atención y Parámetros de Impulsividad e Hiperactividad con iniciación antes de los siete (7) años y por un período de seis (6) meses de duración. Excluye a los niños con esquizofrenia, trastorno de la atención y deficiencias mental grave o profunda (Joselevich, 2003).

En 1980 se reconoció en la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM –III), Asociación Americana de Psiquiatría (1980) a este desorden como “Trastorno Mental”. Al respecto Gargallo, (2005) refiere lo siguiente:

La interpretación donde se caracteriza el trastorno por inatención e impulsividad persiste en el tiempo, quedando la inquietud motora en segundo plano. Esta interpretación se recoge en los dos últimos sistemas de clasificación internacional, El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, de la Sociedad de Psiquiatría (DSM-IV de 1995 y DSM-IV-T-R de 2002) y en el sistema de Clasificación Internacional de Trastornos Mentales, de la Organización Mundial de la Salud (1992 y 1996), denominado CIE-10. (p.18).

En la clasificación de 1987 (DSM III-R) fueron incluidos en las características de Déficit de atención no diferenciado, como categoría separada del Déficit de Atención/Hiperactividad. En forma paralela, investigaciones realizadas por Barkley y Loney permitieron discriminar empíricamente entre la hiperactividad y los trastornos de

conducta- agresión, estableciendo un pronóstico negativo en la adolescencia para aquellos casos de hiperactividad asociados a problemas de conducta. (Joselevich, 2003).

Este mismo autor señala que en 1994, en la cuarta edición del DSM- IV el nombre fue cambiado a “Déficit de Atención e Hiperactividad” describiéndolo en tres sub-grupos, Predominantemente con Fallas de Atención; Predominante Hiperactivo-Impulsivo, y Tipo Combinado, ya que la mayoría de los estudios realizados no pudieron discriminar a la impulsividad como dimensión separada de la hiperactividad.

En la actualidad se ha identificado una serie de problemas mediante la investigación y la práctica clínica con los criterios actuales del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), para el TDAH relacionadas con la longitud de las listas de síntomas y como conceptualizar mejor los constructos neurofisiológicos que representan los diversos umbrales del desarrollo para el diagnóstico de los adultos frente a los niños y los adolescentes, los criterios de edad de inicio, los problemas relacionados con el enfoque actual que se da a la subclasificación y el desarrollo de nuevos aspectos para la fase adulta del trastorno (Barkley, 2010).

2.1.2 Conceptualización del TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno de la clínica infantil que puede aparecer entre 4 y 7 años de edad en niños con coeficiente intelectual normal y que no evidencian trastornos psicóticos o neurológicos graves (López y García, J. 2002). El autor antes señalado plantea que estos niños se caracterizan por ser generalmente inquietos, distraídos e impulsivos, pueden presentar problemas de relación con compañeros y amigos, mostrarse impacientes, con necesidad de cambiar constantemente de actividad.

Continuando con este mismo orden de ideas, para Turecki y Tonner (2002) el término arroja a los niños faltos de atención, es decir, los niños (as) que se distraen fácilmente como a los niños (as) hiperactivos- impulsivos. Así mismo, Cohen (1996), define este Síndrome como “...un trastorno crónico que comienza en la infancia y puede extenderse a través de la adultez, influyendo negativamente en la vida del niño tanto en la casa como en la comunidad...” (p-1). Es un desorden en el que está seriamente afectada la

capacidad de sostener la atención que afecta indirectamente el proceso de aprendizaje por no prestar atención a lo que se le dice, o a lo que debe leer (Gratch, 2003). Por otro lado, Gargallo (2005) plantea que el DSM-IV de 1995 establece y mantiene en el DSM-IV-T-R de 2002 que la característica fundamental del TDA-H es “un patrón constante de desatención y/o de hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos con desarrollo similar” (p. 20).

2.1.3 Criterios para el Diagnóstico del TDAH

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se presentan los criterios para el diagnóstico del TDAH.

A. (1) o (2)

1. Seis (o más) de los siguientes Síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención:

- 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
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- 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)
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- 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)

- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- 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 es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- A menudo habla en exceso

Impulsividad:

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- A menudo tiene dificultades para guardar turno
- A menudo interrumpe o inmiscuye en las actividades otros (p. ej., entromete en conversaciones o juegos)

- B. Algunos Síntomas de hiperactividad- Impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [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 (p.ej., trastorno de estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisfacen los criterios A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses (pp. 105-107).

2.1.4. Características del TDAH

El Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad está caracterizado por alteraciones serias y pertinentes en tres áreas determinadas: Déficit de Atención, Impulsividad, Hiperactividad, llamada también características primarias. Se refiere específicamente a la incapacidad de mantener la atención y concentración en una actividad dada. Según Gratch (2003), los niños que presentan este síndrome poseen una inteligencia normal o en algunos casos por encima de lo normal, su bajo rendimiento

escolar es debido a la dificultad para prestar atención lo que afecta seriamente el aprendizaje. El autor antes señalado plantea que una de las consecuencias emocionales frecuente y negativa, debido al fracaso escolar a lo largo de los años es la autoestima.

Así mismo para Orjales (2002), refiere que una de las características llamativas del niño hiperactivo tiene que ver con la excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y nivel madurativo. En cuanto a la impulsividad la autora antes señalada plantea que esta lleva al niño hiperactivo a actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones, las cuales son llevadas por un deseo de gratificación inmediata. Por otro lado Gratch (2003) plantea que los niños que presentan ADHD suelen ser colaboradores, pero tienen dificultades en mantenerse por un largo período realizando una misma tarea.

El problema fundamental de los niños (as) hiperactivos (vas) es el mantenimiento de la atención, es decir, atención sostenida, ellos (as) son capaces de prestar atención en tareas interesantes o nuevas, pero presentan problemas cuando se trata de trabajos que exigen esfuerzo y mantenimiento de la atención durante un largo tiempo (Gargallo, 2005).

Para Orjales (2002) la atención del niño hiperactivo "...suele ser además dispersa y alterarse con cualquier estímulo por irrelevante que sea. Podría decirse que el niño hiperactivo no puede establecer de forma correcta un orden de prioridades entre los estímulos que se le presentan" (p-38).

El segundo criterio que describe al síndrome es la impulsividad, la cuál es una deficiencia en la capacidad de inhibir la conducta en respuesta a demandas situacionales. Según Silver (1994), plantea lo siguiente:

Algunos chicos parecen tener mecha corta. No se detienen a pensar antes de actuar. Dicen algo y lamentan haberlo dicho aún antes de terminar. Contestan a los profesores antes que estos terminen de preguntarles. Se enojan, gritan, arrojan cosas o golpean. No aprenden de experiencia, porque no pueden hacer una pausa para pensar antes de actuar. Estos chicos tienen problemas de comportamientos en el hogar y con los amigos, y en la escuela (p.16).

Estos niños parecen ser incapaces de controlar sus reacciones inmediatas, lo cual podría hacer que éstos hicieran comentarios poco apropiados, al igual que se les hace difícil esperar cosas que quieren y esperan su turno en un juego. Por otro lado Barkley citado por Méndez (1998), expresa:

Estos niños a menudo responden fácilmente a ciertas situaciones, o sin apreciar adecuadamente que se está pidiendo en la prueba. El resultado con frecuencia son errores por falta de cuidado. Aguardar su turno con un juego o en una fila antes de entrar en una actividad suele ser problemático para estos niños. Cuando se enfrentan con tareas con las cuáles se les motiva o posterga la gratificación y trabajar hacia una meta más lejana en el tiempo pero con una mayor recompensa, suele optar por un inmediato; recompensa más pequeña que exigen menos trabajo para ser conseguidos. Es típico de estos niños tomar a "atajos" en sus tareas, aplicando la menor cantidad de esfuerzo e invirtiendo la menor cantidad de tiempo en el desempeño de las labores que encuentran desagradables o aburrido (p .59).

Esta incapacidad de controlar la conducta impulsiva junto con la carencia de conciencia de riesgo hacen al niño (a) más proclive a accidentes. Para Orjales (1998) los niños comportamentalmente impulsivos parecen funcionar con un lema como el siguiente: "DESEO Y ACTÚO" mientras los niños conductualmente reflexivos parecen regirse por un lema significativamente distinto: "DESEO, PIENSO Y LUEGO ACTUO" (P 41).

En cuanto al tercer criterio o la última característica primaria denominada Hiperactividad, se tiene que estos niños presentan un comportamiento donde su nivel de actividad motora o vocal es excesivo o inadecuado por el mismo, es común evidenciar una intranquilidad, exagerados movimientos corporales, agitación, un estado de movilidad casi permanente. En la escuela estos niños se levantan de sus asientos frecuentemente, andan por el salón de clase sin pedir permiso al docente, está moviendo constantemente sus brazos y piernas mientras trabajan, hablan en exceso, emitiendo sonidos vocales inusuales. Orjales (2002) dice al respecto que se ha:

...utilizado más de una vez el término hiperactivo, por lo general, como un calificativo más o menos benigno con que nos hemos referidos a aquellos niños que presentaban una actividad motriz por encima de lo normal. Este uso popular del término ha hecho que asociemos al niño hiperactivo con un niño malcriado travieso o con graves problemas de conducta. Los profesionales que trabajamos dentro del campo de la psicopatología infantil, al utilizar este término, nos referimos a un cuadro sintomatológico de base neurológica que puede degenerar en problemas importantes, pero que poco tiene que ver con el niño travieso o malcriado. (p. 19)

Con respecto a esta última característica primaria (la hiperactividad) Fernández (1991) plantea lo siguiente:

No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. Como en la edad escolar el síntoma es más notorio, frecuentemente son los maestros de enseñanza primaria quienes los detectan; estos Niños se levantan de su asiento, toman objetos de sus compañeros hablan constantemente y aún pueden gritar en los momentos más inadecuados dando la impresión de que sus actos no sirven a otros propósitos que no sean los de expresar un estímulo interior incontrolable (p.81).

Es probable que estos niños adquieran mala reputación por sus fallas en el seguimiento de normas. Su aparente irrespeto y su poca respuesta al castigo hacen que sean vistos como mal educados, lo cual hace que sean objeto de rechazo por sus iguales. Ellos por lo general no tiene noción de lo que están haciendo mal ni del porque no son agradables para ciertas personas. La impresión en el mejor de los casos es que estos niños son indisciplinados y en el peor de los casos es que los mismos tratan de evadir la responsabilidad. Por otra parte (Barkley, p. Méndez, 1998) expone otras características asociadas que presenta el educando con este Síndrome:

- Mayor variabilidad en el desempeño de tareas.

- Variación situacional y temporal de los síntomas.
- Inteligencia, rendimiento académico y desarrollo del lenguaje.
- Memoria, procesos de ejecución y otras habilidades cognitivas.
- Problemas sensoriales y motores.
- Problemas de sueño
- Perturbaciones emocionales y de la conducta.
- Relaciones sociales y atributos.

Finalmente, es importante mencionar que los niños que presentan este síndrome poseen una inteligencia normal o en algunos casos por encima de lo normal, su bajo rendimiento escolar es debido a la dificultad para prestar atención, lo que afecta seriamente el aprendizaje (Gratch, 2003). El autor antes señalado plantea que una de las consecuencias emocionales, frecuente y negativa, debido al fracaso escolar a lo largo de los años, es la baja autoestima.

2.1.5. Causas del TDAH

Según Rodríguez y Yépez (1997) la etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es actualmente desconocida. Del mismo modo que se considera un trastorno heterogéneo, las evidencias etiológicas hasta la fecha sugieren la improbabilidad de encontrar una causa única al trastorno, considerándose más bien la vía final de una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan entre sí y con otras variables ambientales, tanto de orden biológico como psicosocial.

Sobre la etiología del Déficit de Atención e Hiperactividad, Méndez (1998) plantea que “La teoría que hasta la actualidad es más aceptada es que el Déficit de Atención e Hiperactividad es de origen neurobiológico, siendo causado por un enlentecimiento en la forma en la que el cerebro utiliza la glucosa, la cuál es fuente de energía” (p.48).

Este origen neurobiológico coloca al TDAH como un trastorno que interfiere en la capacidad del individuo para mantener la atención o concentrarse en una tarea; en otras palabras, como una serie de anormalidades metabólicas del cerebro que no permiten al niño en el salón de clase tener la capacidad necesaria para mantener la atención la cuál

es indispensable para el desarrollo normal de las actividades exigidas por el programa de estudio escolar.

Son muchas las teorías que se han propuestos acerca de las causas que originan el Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD). Barkley (1996) cita las diferentes etiologías propuestas para el ADHD:

Neurológicas:

- Lesión cerebral (3%- 5%)
- Anormalidades Neuroquímicas (probable pero todavía no definido).

Genéticas:

- Transmisión Familiar. Hereditaria (probabilidad de herencia es de 0,55 a 0,92).
- Concordancia de 50% a 92% en gemelos homocigóticos.
- Anomalías Genéticas (no se ha encontrado).

Psicosocial:

- Estrés Crónico (no hay evidencias, aparentemente más relacionados con trastornos afectivos y conducta oposicionista o trastorno conductuales).
- Fallas en el manejo de los niños por parte de los padres (no es causa pero puede empeorar los síntomas), (más relacionado con conducta oposicionista o trastorno conductuales)
- Disfunción Familiar (no hay evidencia, también está más relacionado con conducta oposicionista o trastornos conductuales).

Toxinas / Alérgicos:

- Reacciones alérgicas / toxinas aditivos de los alimentos, azúcar, leche (no ha sido comprobado)
- Efecto colateral o sedante (10% -35%, principalmente fenobarbital y dilantin)
- Efecto neurológico del plomo (correlación baja 0,08- 0,15)

- Exposición Prenatal al alcohol y tabaco (relacionado consistentemente y moderadamente con deficiencia en la atención sostenida e hiperactividad) (pp.7.8).

Por otro lado Barkley (1998) plantea de manera más detallada que los factores no genéticos que se han asociado al ADHD incluyen:

Nacimientos prematuros, uso de tabaco y alcohol; exposición a altos niveles de plomo y lesiones del cerebro; especialmente aquellos casos que tienen que ver con la corteza prefrontal. Sin embargo, estos pueden representar sólo el 20% y 30% de ADHD. Contrario a la creencia popular: factores dietéticos, tales como aumento de azúcar o consumo de ají picante, ni tampoco métodos pobres de crianza, han sido consistentemente presentados como contribuyentes del ADHA (p.68).

En cuanto al origen genético el autor continúa expresando que los genes defectuosos posiblemente son aquellos que imponen el modo en que el cerebro utiliza dopamina, la cuál es un neurotransmisor que transforma los mensajes de la célula de un nervio, o neurona, a otra. Este neurotransmisor es secretado por neuronas en partes específicas del cerebro para inhibir o modular la actividad de otras neuronas, particularmente aquellas que tienen que ver con emociones y movimientos.

Gallardo (2005) plantea que al parecer las personas con TDAH pueden sufrir alteraciones en el gen de los receptores de la dopamina, o de transportadores excesivamente eficaces que acaparan todo este neurotransmisor secretado antes de que este tenga la oportunidad de adherirse a los receptores de dopamina de una neurona contigua. Esto origina como resultado final un proceso defectuoso que hace que el sujeto disponga de valores menores de dopamina que los sujetos en general, lo cual se traduce en un déficit de autocontrol.

Según Carlson (1996) la dopamina es uno de los neurotransmisores involucrado en las funciones del movimiento, atención, aprendizaje y adicciones. Cabanyes y Polonio citados por Orjales (1998) plantean lo siguiente:

Desde el punto de vista neuroquímico, la respuesta de los niños hiperactivos a los fármacos estimulantes apoya la hipótesis de deficiencia en la producción regulada de importantes transmisores cerebrales (la dopamina y la noradrenalina). Esta deficiencia en la liberación de dopamina y la noradrenalina hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas. Los niños hiperactivos, por tanto, mantienen un estado de hipervigilancia, es decir, reaccionan de forma más exagerada a estímulos sensoriales que no despertarían semejante reacción en niños no hiperactivos. La medicación produce una mejora inmediata porque el metilfenidato y la dextroanfetamina facilitan la acción de la dopamina y liberan noradrenalina, permitiendo ajustar ese desequilibrio en el umbral de estimulación lo que se traduce en una mejoría en la atención y una reducción de la hiperactividad motriz (p.31).

En este sentido Gratch (2003) plantea que la teoría explicativa respecto a la etiología sitúa la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, la cual tiene como papel la planificación y regulación de la conducta. Este autor manifiesta que los trastornos químicos que motivan la sintomatología del ADD- ADHD se deben a que:

Distintas áreas del sistema nervioso central poseen diferentes funciones. Ciertos grupos de células del tejido nervioso sintetizan sustancias químicas conocidas como neurotransmisores. Entre los principales están la dopamina, la noradrenalina. Las variantes en la concentración de estos neurotransmisores producen diferentes trastornos (p. 16).

Lo antes dicho hace pensar que el docente no debe asumir esta problemática solo, se hace necesario la conformación dentro de las escuelas de equipos donde además del educador estén especialistas como el psicopedagogo y el psicólogo, lo cual no solo ayudaría a los (as) niños (as) que manifiestan las características del síndrome señaladas, sino también al incremento del conocimiento del docente de aula regular sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad.

Martínez (c.p. Contreras, 2.000) considera “Que la mayoría de los docentes de aula regular no tienen la preparación necesaria para manejar a estos alumnos, que a menudo son tratados como simples niños indisciplinados y con frecuencia relegados dentro de la clase, con resultados contraproducentes(p.12).

No solo basta la sensibilidad del docente sobre las diferencias individuales del educando, es necesario además el conocimiento que permita al facilitador saber las causas de comportamientos que interfieren de manera significativa en el desempeño escolar de un niño, saber cómo abordar el mismo a través de estrategias que permitan disminuir los efectos de ese comportamiento en el ámbito escolar y generar la interacción docente estudiante donde el maestro pueda desarrollar su papel de modulador del aprendizaje.

Estos y más estudios sobre este tópico han sido de valioso aporte y significación para todas aquellas personas que por una u otra razón buscan conocer más acerca del síndrome; los mismos han permitido aportar conocimiento, técnicas y metodologías para abordar el Déficit de Atención e Hiperactividad con mayor efectividad.

2.1.6. Tratamiento del TDAH

Los niños que presentan el TDAH se sitúan en la órbita de niños(as) con necesidades educativas especiales, sobre todo cuando se presenta un deficiente rendimiento académico o cuando las relaciones sociales están deterioradas. Por esta razón se desprende la necesidad de un tratamiento para conseguir la mejor adaptación del sujeto y el mejor desarrollo integral del mismo, razón por la cual se necesita enfoques integrales, adaptados a cada niño hiperactivo (Gargallo, 2005).

Según Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006) el tratamiento que ha demostrado mayor efectividad es el que combina el tratamiento psicológico, el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicopedagógico.

En cuanto a la medicación Turecky y Stanley (2002) expresan que no están en contra ni a favor del uso de medicamento, consideran que es necesario saber para qué se utiliza, como también tener claro qué ayuda al niño a mejorar su desempeño pero que eso

es diferente a tratar un trastorno. En otras palabras, puede ser útil la recomendación de un medicamento por un especialista, como parte del tratamiento, pero no debe ser nunca la única forma de tratamiento.

El soporte psicológico u orientación psicológica familiar se hace necesario para muchos niños con ADHD (TDAH) como también para la familia del mismo. Para Martín (1999) la ayuda del psicólogo es necesaria, al respecto plantea que “En el caso de que el alumno presente problemas que escapen del enlace del tutor, se debe recomendar al representante que busque apoyo psicológico en la brevedad posible...”(s/n).

En lo referente al programa de modificación de conducta o manejo conductual se puede decir que el objetivo del mismo generalmente es incrementar en el niño con ADHD su constancia en una labor o trabajo, mejorar el cumplimiento de las instrucciones del docente o de los padres, estimularlo a terminar sus actividades e inducirlo a ser más ordenados, todo esto a través de técnicas como el refuerzo positivo social. Al respecto Martín (1999) expresa que se debe “en una forma muy simple utilizar las recompensas y supresión de privilegios para lograr cambiar conductas inadecuadas por conductas adecuadas”. (s/n).

En cuanto al tratamiento Vallés (2006) expresa que el TDAH se caracteriza por el comportamiento disruptivo y alterado que perturba la convivencia e interrelación con los compañeros de clase. Estas conductas influyen tanto en el alumno como en las personas con la cual este se relaciona, por tal razón es menester la aplicación de técnicas cognitivo- conductuales dirigidas a incrementar la conducta de obediencia, a desarrollar las competencias sociales y cognitivas como también a mejorar las relaciones familiares y escolares del escolar.

El autor antes citado agrega que las técnicas cognitivo conductuales constituye una importante alternativa y complemento para los problemas atencionales y las mismas están dirigidas a modificar el comportamiento problemático y disruptivo del alumno con el TDAH, independiente del carácter de inespecificidad situacional que se puedan presentar en algunos subtipos. Se tiene que estas técnicas deben estar dirigidas a controlar el comportamiento hiperactivo mediante la estimulación de conducta alternativas que favorezcan el sosiego, la realización de tareas escolares, la atención y la concentración.

Con respecto al soporte académico se debe plantear que el docente de aula regular que está dispuesto a realizar las adaptaciones que se requieren en función del niño referido a sus necesidades únicas de aprendizaje, logrará buenos resultados pero los mismos pueden y deben ser reforzados. Lo cual puede lograrse según Martín (1999) con todas “aquellas actividades que se realizan fuera de ambiente escolar, que le permita al niño o adolescente con ADD/ ADHD (TDAH) ir al mismo ritmo que sus compañeros y/o mejorar su rendimiento.” (s/n). Estas actividades son conocidas como tareas dirigidas, refuerzo pedagógico, uso de los servicios de un tutor, como también de profesor para asignaturas.

Es importante tener en cuenta que la detección tardía y por ende la remisión tardía al especialista indicado trae como consecuencia problemas significativos en el rendimiento escolar. Al respecto Goldstein (1999) señala:

Los individuos en edad escolar con ADHD han demostrado tendencias a un grado mayor de repetición de grado, salidas del sistema escolar, bajos logros académicos, problemas sociales y emocionales. Se ha hipotetizado que los síntomas de ADHD pueden actuar como catalizadores, haciendo a los niños vulnerables fracasar en dos de las áreas más importantes de desarrollo, colegio y relación con los compañeros (p.2).

Estos niños además de tener el riesgo de fracaso escolar, son más vulnerables a la influencia del entorno. Si el ambiente es desorganizado y estresante, y si el mismo se mantiene, es muy probable que se manifieste en el educando una hiperactividad incontrolada.

2.2. Evaluación de Programas.

Cuando se habla de evaluación, se está refiriendo a la valoración que se le otorga a los méritos de alguna cosa, persona o idea, valiéndose de algún patrón explícito o implícito. Los programas sociales, hacen referencia a una investigación evaluativa sobre una clase de fenómenos. El objetivo de los mismos es mejorar la satisfacción de condiciones de vida de las personas, en diversas materias como la educación, el

bienestar social, la salud mental, la vivienda, la salud pública, el desarrollo económico, las organizaciones correlacionales y los servicios jurídicos, etc. (Weis, 1996).

Teniendo en cuenta la situación actual del TDAH en el aula, se puede justificar la importancia del conocimiento integral del docente en esta área. Por tal razón el docente debe ser capacitado de manera tal que pueda manejar las conductas problemas de los educandos haciendo uso de estrategias y técnicas necesarias adaptadas a las necesidades de los alumnos. Para lograr que este conocimiento llegue a los docentes puede partirse de la iniciativa del diseño de un programa, entendido este según Guevara (1995) como un documento que permite volcar el producto de la planificación para un lapso establecido y relativamente corto de tiempo.

La autora antes señalada expresa que en el programa se especifican en forma precisa los objetivos que se pretenden alcanzar en ese periodo y las actividades requerida para ello, de igual manera, los procedimientos a través de los cuales éstas se llevan a cabo. Por otro lado se detallan los recursos financieros, humanos, materiales y técnicos necesarios, el tiempo estimado para cada actividad y para el logro de los objetivos específicos planteados y los criterios y métodos de evaluación que se usarán para estimar el éxito de la programación.

Se tiene que la elaboración de un programa parte de las necesidades de la población a la cual va dirigido, las cuales constituyen una herramienta primordial en la identificación de los problemas sociales y fundamentan la investigación, ya que ésta se realiza en torno a las necesidades expuestas por los protagonistas de las mismas (Lacasella, 1999-2005). La autora antes referida también señala que la evaluación de un programa de intervención se da desde los resultados completamente derivados del marco conceptual de ciencia que originó tales aplicaciones hasta aquellos en dónde la evaluación es llevada a cabo por los protagonistas del proceso.

Un programa se define como un proceso, el cual se lleva a cabo de manera sistemática y planificada, con instrumentos contruidos *ad hoc* para cada fase o etapa involucrada en el mismo. El mérito del mismo está delimitado por la pertinencia, adecuación, suficiencia, progreso, eficiencia eficacia y efectividad (Lacasella, 2001).

Según Fernández-Ballesteros (1996 c.p.Lacasella, 2001), la evaluación del programa presenta siete criterios para determinar el valor del mismo, los cuales siguen a continuación:

1. Pertinencia: en qué grado el programa responde a las necesidades planteada por una población que está siendo atendida.
2. Adecuación: referida a si los contenidos del programa se ajustan para la población a la que va dirigido.
3. Suficiencia: Permite determinar si las acciones propuestas en el programa son suficientes para alcanzar las metas planteadas en el mismo.
4. Progreso: establece en qué medida el programa se está aplicando como se estableció.
5. Eficiencia: referido a los beneficios que se obtendrán de los resultados y los medios para lograrlo.
6. Eficacia: determina si los objetivos establecidos en el programa se han logrado.
7. Efectividad: referida a los efectos producidos como resultados de la aplicación del programa.

Para la autora antes citada, los cuatros primeros criterios expuestos, están directamente relacionados con la valoración a través del juicio de experto, los mismos serán de utilidad para los fines de esta investigación.

Se tiene por otro lado que para poner en práctica se debe tener en cuenta según Guevara (1995) cinco etapas, a saber:

1. Desarrollo del programa

En esta etapa se redacta un documento que presente los objetivos que se quieren alcanzar en un tiempo determinado, las actividades y procedimientos que se llevarán a cabo con el objetivo de lograr los resultados deseados, de los recursos, del tiempo de

cada actividad, de los diferentes objetivos específicos y el tiempo del programa en su totalidad, y por último los criterios e instrumentos de control y evaluación que se usarán para garantizar la ejecución del plan en la forma y el tiempo previsto. El acceso a la información que señale la necesidad de introducir las modificaciones necesarias en la planificación con miras al logro de los objetivos y estimar el éxito alcanzado con base en criterios previamente especificados, entre otros, si los resultados obtenidos son los esperados.

2. Comprobación y revisión del programa

Esta etapa consiste en la ejecución del programa de manera experimental para verificar su adecuación, y poder realizar las rectificaciones necesarias.

3. Implementación

En esta etapa consiste en el desarrollo de cada una de las actividades vislumbradas, siguiendo los procedimientos pautados y ejecutados en los momentos previstos.

4. Seguimiento

Consiste en la supervisión continua y permanente durante la implementación del programa, en otras palabras es el control de cada actividad con el fin de hacer las correcciones y modificaciones a que haya lugar durante la ejecución.

5. Control de la ejecución

En esta etapa se trata de verificar en qué medida los resultados obtenidos corresponden con los objetivos planteados.

2.3 Validación Social.

La validación social es definida por Wolf (1978) como un proceso de evaluación en donde se establece la importancia de los cambios conductuales logrados a través de programas de intervención analíticos conductuales, que involucra al usuario y a todos los que están en su entorno social. Este proceso toma en cuenta el procedimiento de evaluación como el de enseñanza.

Este autor opina que pueden distinguirse tres niveles para la validación de un programa. El primer nivel tiene que ver con la significación social de las metas, el segundo con la adecuación social de los programas y el tercer nivel con la importancia social de los efectos.

Por otro lado el autor antes señalado habla de dos tipos de Validación Social, la primera tiene que ver con la Validación Social Antecedente, la cual incluye la evaluación social de las metas y procedimientos que se utilizan en un programa con el fin de prever la presentación de problemas en la aplicación de una intervención conductual. La segunda llamada Validación Social Consecuente, la cual se refiere a la evaluación de los procedimientos y efectos de un programa con el propósito de determinar posibles fallas que afecten los resultados. La primera Validación Social (antecedente) es la de un programa en sí, y la segunda Validación Social es la de la aplicación de dicho programa.

En este mismo orden de ideas Fawcett (1991) define la validez social como un proceso de evaluación mediante el cual es posible determinar el impacto social de los cambios conductuales obtenidos con un programa de análisis de conducta aplicado, de igual manera plantea que la Validación Social es una estrategia que sirve para:

- Asegurar la selección de las metas importantes,
- El desarrollo de los procedimientos socialmente aceptable
- La obtención de los efectos socialmente importantes

Por otro lado Lacasella (2001) plantea que la utilidad del procedimiento de Validación Social se centra en:

...especificar los elementos más adecuados de una conducta, pertinentes desde el punto de vista social o del individuo sujeto a cambios, lo que contribuye a una definición más real de los fenómenos conductuales bajo estudio... (p.11-12).

La Validación Social de las metas permite la especificación de los elementos más representativos de una conducta y también decir si los objetivos de un programa de intervención satisfacen o no a la comunidad a la cual se le brinda atención.

Con respecto a la Validación Social de los procedimientos, Vivas y Rúa (1983) plantea que la misma busca... “Determinar el grado de aceptación que tiene el procedimiento por parte del sujeto, su grupo de pertenencia, la sociedad o cualquiera que pueda intervenir en la intervención del programa” (p. 13). En la misma se hace la reseña si el procedimiento es efectivo, si es aplicable al caso, si cumple los requerimientos éticos del sujeto, de la sociedad y del medio donde se desempeña.

Con las opiniones de los expertos se evidenciaron no sólo los elementos antes mencionados, sino que se le hicieron al programa los ajustes sugeridos por los mismos, para así cumplir las expectativas de la comunidad social. En otras palabras, se cumplió con la etapa de validación social antecedentes, la cual como se dijo en párrafos anteriores incluye la evaluación social de las metas y procedimientos que se utilizan en un programa con el fin de prever la presentación de problemas en la aplicación de una intervención conductual.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Antecedentes de Investigación

El Déficit de Atención con Hiperactividad, poco a poco ha venido despertando el interés de personas del medio educativo, lo cual ha originado investigaciones que ayudan a dar a conocer la información necesaria sobre el tema.

En las últimas décadas, el Estado venezolano viene planteando reformas educativas con la finalidad de mejorar la calidad de la educación de sus ciudadanos, entre los cuáles encontramos incluidos aquellos con necesidades especiales. Así se evidencia como entran en vigencia por disposición del M.E. para el año 1996 instrumentos legales como la Resolución N° 1762 y la Resolución N° 2005; la primera plantea las normas para el ingreso y permanencia de los alumnos en los diferentes niveles de la educación sin importar condiciones referentes al rendimiento académico, edad, conducta, entre otras, y la segunda establece las normas para la integración escolar de la población con necesidades educativas especiales.

Por otro lado, Ruíz y Sarmiento (2001) señalan que:

El documento de integración escolar en las Líneas Estratégicas de Políticas Educativas de la Modalidad de Educación Especial,(1996), establece diferentes elementos como son el apoyo al alumno integrado y a los docentes a través de estrategias de integración, así como también organización escolar y adaptaciones curriculares con equipos, materiales, metodologías y recursos didácticos específicos. Así mismo acciones cooperativas entre los profesionales especialistas de la modalidad adscrita a la escuela regular (P. 23).

Por lo planteado en los párrafos anteriores se puede observar una manifiesta intención a través de las resoluciones educativas de ir en beneficio de la integración académica, permitiendo a niños y niñas con necesidades especiales un aprendizaje constructivo con un perfil pedagógico humanístico dentro de las aulas regulares. Lamentablemente esta acción por el momento no ha logrado los resultados esperados, ya que la integración de niños con necesidades especiales, como aquellos con Déficit de

Atención en sus diferentes tipos (ADD, ADHD), no siempre se da en los términos descritos, ya que en líneas generales, las escuelas admiten con desconfianza esta población, además de no contar por lo general con el personal capacitado para evaluar y atender, si fuera el caso, niños con este trastorno, como tampoco tener a la disposición los materiales didácticos y el ambiente idóneo para trabajar con los alumnos que presentan el síndrome.

3.2 Formulación del problema.

Cuando se toca el tema del educador se debe destacar que el mismo es el que advierte la evolución de cualquier niño, no sólo en el sentido académico, sino también afectivo. El facilitador puede ser la primera persona en (gracias a que tiene como referencia al resto de los niños del aula) darse cuenta cuándo las cosas no están bien con determinado (s) alumno (s), es decir, detectar a tiempo la presencia de niños con necesidades especiales.

La mayoría de los docentes de aula regular no tienen la preparación necesaria para identificar y manejar a estos alumnos, por lo que a menudo son tratados como simples niños indisciplinados y con frecuencia relegados dentro de la clase, con resultados contraproducentes (Martínez c.p. Contreras, 2.000).

No solo basta la sensibilidad del docente sobre las diferencias individuales del educando, es necesario además el conocimiento que permita al facilitador saber las causas de comportamientos que interfieren de manera significativa en el desempeño escolar de un niño, y saber cómo abordar el mismo a través de estrategias que permitan disminuir los efectos de ese comportamiento en el ámbito escolar.

Es importante así, que el docente tenga el conocimiento adecuado sobre el trastorno y el grado de afectación del mismo en el educando y el papel fundamental que juega el maestro, ya que de su actitud y aptitud dependerá en parte la evolución positiva del escolar. La observación inteligente de un maestro en el aula y en los recreos posee un valor inmenso, éstos dan la oportunidad al profesional de la salud mental enriquecer su comprensión del paciente a través del fluido intercambio entre ambos (Gratch, 2003).

Este trabajo no sólo debe recaer en los educadores de las unidades operativas especiales públicas y privadas, es también menester que el educador de escuelas regulares tenga la inducción de manera sistemática y objetiva, que la misma esté incluida en los planes del Estado independientemente del gobierno de turno, para lo cual se necesita según Aramayo (2005), del cumplimiento de un marco legal moderno, junto a las adaptaciones curriculares pertinentes. Mientras esto sucede es menester iniciativas que permitan llevar ese conocimiento a las escuelas integrales con el fin de dar apoyo a las mismas a través de programas que permitan la noción integral acerca de conductas como las que presenta el niño o niña con Déficit de Atención con Hiperactividad.

Mientras este conocimiento llega a las distintas zonas educativas del país y éstas a su vez bajan el mismo a los diferentes distritos escolares, y consiguientes instituciones públicas y privadas, es probable que surja la necesidad de particulares interesados por la calidad de vida de los niños con las características de este síndrome. En consecuencia, se necesita proporcionar a través de iniciativas institucionales, la formación adecuada en el manejo de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, de los docentes de aquellas instituciones académicas que manifiesten esta necesidad. Para ello es necesario empezar con el estudio que permita determinar qué tanto saben los educadores de dicha institución para luego realizar y validar socialmente un programa que permita subsanar las deficiencias encontradas en la primera fase del estudio.

Tomando en cuenta que la sociedad de nuestros tiempos se torna cada vez más competitiva y por otro lado que el trastorno constituye a su vez una conducta competitiva con el proceso de aprendizaje, ya que se caracteriza por la presencia de dificultades en el intervalo de atención, control de los impulsos y excesos de actividad motora (Barkley, 1997c.p Arco y cols, 2004) se hace necesario contar con docente capacitados para la detección del trastorno (TDAH) y provistos de estrategias de aprendizaje para ayudar en el aula al alumno (a) que presente el síndrome en la adquisición del control de la conducta con el objetivo de lograr el aprendizaje de los contenidos programáticos, como también la adquisición de conductas que le permitan relacionarse asertivamente con sus pares.

Si bien es cierto que existe en la actualidad mucha información acerca de este síndrome, también es cierto que en los programas de educación diseñados para las

escuelas Básicas en la primera y segunda etapa, no existen estrategias y conocimientos específicos acerca de este trastorno que permita al docente el manejo de niños (as) que presentan estas características, lo cual puede evidenciarse al leer los programas establecidos por grado en la educación Básica de nuestro país.

En este sentido, la presente investigación se planteó determinar el nivel de conocimiento sobre TDAH de los docentes de la U.E. Manuel Ángel Puchi Fonseca para luego elaborar y validar un programa de formación que permita a los docentes adquirir la información adecuada y destrezas para el manejo efectivo de niños con este síndrome en el aula de clases, entendido éste como “un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas” (Fernández-Ballesteros, 1987 p477. c p Lacasella, 2001). La idea es orientar a los docentes según el conocimiento que éstos devenguen acerca del síndrome y sus implicaciones intelectuales, emocionales y sociales con el objetivo de que el mismo sirva como guía para el manejo integral en aula de niños con estas características.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Diseñar y Validar socialmente un programa de formación para el docente en el conocimiento y manejo integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clases en la U.E. “Manuel Ángel Puchi Fonseca” ubicada en Guarenas, Estado Miranda.

4.2 Objetivos específicos.

- Evaluar los conocimientos y destreza que poseen los docentes de Educación Básica de la primera y segunda etapa de la U.E. Manuel Ángel Puchi Fonseca sobre el Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Identificar las necesidades de los docentes de Educación Básica de la primera y segunda etapa de la U.E. Manuel Ángel Puchi Fonseca para el manejo de niños con características especiales (TDAH).
- Generar un programa de formación sobre el conocimiento integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad dirigido a los docentes de Educación Básica de la primera y segunda etapa de la U.E. Manuel Ángel Puchi Fonseca.
- Validar socialmente las metas y procedimientos del Programa de formación sobre el conocimiento y manejo integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad dirigido a los docentes de Educación Básica de la primera y segunda etapa de la U.E. Manuel Ángel Puchi Fonseca mediante el juicio de expertos.

V. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de investigación.

Esta investigación se encuentra dentro del contexto de la Validación Social de programas. La Validación Social de programa es definida por Wolf (1978) como un proceso de evaluación, donde se establece la importancia social de los cambios conductuales logrados a través de programas de intervención de análisis conductual.

A través de este procedimiento podemos determinar qué aspectos son importantes en un programa de enseñanza, y además nos permite apreciar la adaptación de una tecnología a cánones socialmente aceptables. Wolf (1978) señala los aspectos importantes de la validación social en tres niveles. El primer nivel denominado significación social de los logros plantea que la sociedad puede validar un tratamiento terapéutico si “desea” cambios en ciertas conductas metas. El segundo nivel refiere la aceptabilidad social de los procedimientos que se van a utilizar, seleccionando las técnicas que resulten ser las más efectivas, justas y éticas y el último nivel trata de la importancia social de los efectos del tratamiento sobre la conducta modificada, a través de evaluaciones individuales de personas que tienen relación con el paciente o con la ejecución de iguales que no presentan desviaciones y que se encuentran en el mismo ambiente del paciente.

Esta investigación es de tipo evaluativa. Las investigaciones evaluativas representan modalidades particulares de investigación social, las mismas tienen por objeto apreciar y enjuiciar el diseño, ejecución, efectos, utilidad y el grado en que alcanzan los objetos pretendidos los programas de acción social llevados a cabo en el campo de la sanidad, la educación, el ocio, entre otros., con el fin de corregir las deficiencias que pudieran existir e introducir los reajustes necesarios. (Sierra, 1994). En este mismo orden de ideas, Weis (1996) plantea que “el objeto de la investigación evaluativa es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, en fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para mejorar la programación futura” (p.16).

El autor antes señalado plantea que lo que distingue a la investigación evaluativa no es el método o la materia de estudio, es el objetivo con que se lleva a cabo. La evaluación se realiza en un marco de acción, donde lo más importante de lo que está ocurriendo es el programa, el cual está prestando un servicio a la gente.

5.2 Etapas de la investigación

Con el objetivo de facilitar la comprensión de la metodología a seguir en la presente investigación, este apartado se estructuró en dos fases, la primera correspondió al Estudio de Necesidades de los docentes para el manejo de niños con características que describen al TDAH y la segunda fase, al Diseño y Validación Social mediante juicios de expertos, del Programa de formación para el docente en el conocimiento integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clases. En la tabla que se muestra a continuación se presentan los objetivos de cada una de ellas:

Tabla 1.
Resumen de las etapas investigación.

Fase	Objetivos
Estudio de Necesidades	• Detectar las necesidades de conocimiento, acerca del TDAH, de los docentes de la Básica Primera y Segunda etapa de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca.
Diseño y Validación Social del Programa de Formación para el docente.	• Generación del Programa de Formación para el docente. • Evaluación por parte de expertos, del Programa de Formación para el docente, en sus dimensiones de metas, procedimientos, técnicas y recursos.

Nota: Fuente de autor.

Seguidamente, se detallan los aspectos metodológicos de cada de cada una de las fases señaladas:

5.2.1. Estudio de Necesidades.

Objetivo

Detectar las necesidades de conocimiento, acerca del TDAH, de los docentes de la Básica Primera y Segunda etapa de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca.

Participantes

En la investigación participaron la totalidad de los docentes, seis (6), quienes trabajan en educación básica primera y segunda etapa de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca ubicado en Guarenas, Edo. Miranda, con edades comprendidas entre 27 y 53 años, cinco (5) de sexo femenino y uno (1) de sexo masculino). El tiempo de servicio de los mismos, en el área está comprendido entre un año (1) y dieciséis años (16). El ochenta por ciento (80%) de estos educadores está graduado a nivel superior y un veinte por ciento (20%) en sus últimos semestres.

Instrumento y proceso de aplicación

Contacto con la institución y participantes: Durante esta etapa se consignó una carta dirigida a la dirección del plantel solicitando permiso para llevar a cabo la investigación en sus instalaciones. Luego se concertó una entrevista con la coordinadora de la institución, con el fin de adquirir la información del número y ubicación por etapa de los docentes participantes (Anexo N°1).

Para la fase de recolección de datos, se utilizó el cuestionario como técnica. Se utilizó un cuestionario mixto de cinco preguntas el cual contiene preguntas abiertas, semi-cerradas y cerradas. (Anexo N°2).

A efectos de su aplicación se entregó a la coordinadora de la institución dichos instrumentos, que debían responder cada uno de los docentes siguiendo las instrucciones dadas, se les permitió llenar el mismo en las horas donde los alumnos recibían clases con los especialistas.

Se consideró el cuestionario como el instrumento más adecuado para la recolección de datos del estudio de necesidades, debido a que el mismo se adapta a la dinámica de los docentes, los cuales están constantemente ocupados y atentos a las necesidades de los alumnos y orientando las actividades de los mismo. El cuestionario se presenta como un instrumento que puede adaptarse al tiempo que el docente tenga libre dentro de sus actividades diarias.

La estructura de dicho instrumento, consta las siguientes partes: 1) Datos de identificación: edad, género, profesión, tiempo en la institución, grado asignado. 2) Instrucciones: con respecto al objetivo del cuestionario, al manejo que se le dará a la información obtenida y la forma de responder. 3) Apartado con preguntas sobre el déficit de atención e hiperactividad, que van de lo más general a lo más específico.

Análisis de Resultados

Durante esta etapa se realizó el análisis de contenido de las preguntas abiertas para construir las categorías de respuestas.

Existen distintas modalidades del análisis de contenido, la utilizada en esta investigación fue la denominada análisis de contenido temático donde se partió de datos textuales, para luego descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía (Iñiguez y Vitores, 2004). Según Krippendorff (1980) el análisis de contenido consiste en estudiar rigurosa y sistemáticamente la naturaleza de los mensajes que se intercambian en los actos de comunicación.

5.2.2 Diseño y Validación Social del Programa de Formación para el Docente.

Con base en los resultados del estudio de necesidades de conocimiento integral del TDAH de los docentes de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca, los cuales evidenciaron una carencia de información acerca del TDAH y en consecuencia falta de formación en el manejo de las herramientas para el desempeño docente con menores que presentan este síndrome, se diseñó el Programa de formación para el docente en el conocimiento integral del síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clase (Anexo No. 6).

A la luz de la concepción teórica expuesta en la investigación, se concibió el Programa para los docentes, planteando los siguientes objetivos generales:

- Que los docentes que atienden niños (as) de educación básica, primera y segunda etapa, conozcan sobre el trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad.

- Que los docentes que atienden niños (as) de educación básica, primera y segunda etapa, conozcan y apliquen técnicas del análisis conductual para el manejo de niños con el trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad.

Los objetivos específicos se estructuraron en el programa según la planificación de dos sesiones de trabajo, las cuales contemplan una duración de cinco horas, con cuarenta y cinco minutos entre las dos.

Cada sesión está estructurada, según formatos técnicos usuales, de la forma siguiente: Objetivos específicos, contenidos, Actividades, Tiempo, Procedimiento, Recursos, Evaluación.

Como parte del Programa, también se elaboró el Manual del Facilitador, el cual especifica las instrucciones pormenorizadas para el desarrollo del mismo (Anexo N° 7). Una vez realizado el programa, se les entregó a los expertos a fin de que realizaran la evaluación del mismo. Se debe señalar que la validación social del Programa se realizó, según el tipo de Validación Social Antecedente (Vivas y Rúa 1983), la cual incluye la evaluación de las metas y procedimientos que se emplean en un programa, con el fin de prever la presentación de problemas en la aplicación de una intervención conductual.

Luego que los expertos evaluaron el programa, la información dada por ellos fue sometida a un análisis, el cual se realizó en función de la coincidencia del juicio de expertos. Cabe destacar que las sugerencias aportadas por los expertos no lograron satisfacer el criterio establecido en la investigación (de nueve expertos, seis acordaron la misma sugerencia para la modificación del aspecto evaluado); sin embargo se realizaron modificaciones al programa tomando en cuenta algunas de las sugerencias que se consideraron pertinentes, dando como resultado la versión final del programa.

Participantes

Los profesionales que fungieron como expertos para la validación social del programa se presentan a continuación en la presente tabla:

Tabla 2

Expertos designados para la Validación Social

Experto	Especialidad	Tiempo de experticia
Experto N° 1	Psicólogo Clínico	3 años
Experto N° 2	Psicólogo Clínico	15 años
Experto N° 3	Psicólogo Clínico	2 años y 7 meses
Experto N° 4	Psicólogo Clínico	20 años
Experto N° 5	Neurólogo	9 años
Experto N° 6	Educador	4 años
Experto N° 7	Psicopedagogo	3 años
Experto N° 8	Psicopedagogo	7 años
Experto N° 9	Psicopedagoga	9 años

Nota: Fuente de autor

El formato de evaluación del experto se elaboró con base en, cada uno de los elementos de la planificación, a saber: objetivos específicos, contenidos, actividades, recursos, procedimientos, evaluación y Manual del Facilitador.

Ambiente

La evaluación del programa estuvo supeditada a las normas, horarios y facilidades brindadas por cada uno de los profesionales de manera de no entorpecer el desarrollo habitual de las actividades planificadas en su cotidianidad

Materiales

- Carta de solicitud de colaboración a los expertos como evaluadores del programa (Anexo 3)
- Ficha de identificación del experto (Anexo 4)
- Carta de agradecimiento a los expertos por su colaboración en la evaluación del programa (Anexo 5)
- Programa de formación para el docente en el conocimiento integral del síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clase (Anexo 6)
- Manual del facilitador (Anexo 7)
- Recursos utilizados en la sesión 1
- Recursos utilizados en la sesión 2

Procedimiento

Durante este periodo de tiempo se diseñó el programa de intervención, basado en las necesidades identificadas referidas a los docentes que laboran en la U.EMAPF con respecto al conocimiento sobre el TDAH y las herramientas para trabajar en aula con niños que presentan las características que describen al síndrome, al igual que los materiales correspondientes a cada sesión, las presentaciones audiovisuales, distintivos y evaluaciones.

Se contactó a los expertos en el área de neurología, psicología clínica, psicopedagogía y educación para realizar la validación social del programa. A los mismos se le entregó un cuadro esquemático del programa para que hicieran las correcciones pertinentes al diseño con respecto al orden de los objetivos, la adecuación de los materiales y sus contenidos, así como la pertinencia y redacción de cada una de las actividades. Al finalizar, se les entregó una carta a cada experto evaluador agradeciendo su colaboración.

Análisis de resultados

En esta parte se analizó y sistematizó la información dada por los expertos en la validación social del programa, incorporando las sugerencias pertinentes.

Ajuste del programa en función de los resultados

En esta fase se consideraron los aspectos sugeridos por los expertos a través de la validación social del programa y se incluyeron los ajustes que fueron considerados pertinentes por la investigadora en base al grado de acuerdo entre los expertos.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Estudio Diagnóstico de Necesidades

La población docente que participó en este estudio tiene formación a nivel superior, la mayoría egresados y una minoría en el último periodo de escolaridad, por tanto se considera que tienen competencia para expresar su opinión acerca del tema en cuestión. También podría decirse que la mayoría tiene experiencia en el desempeño docente.

Siguiendo el procedimiento del análisis de contenido para la elaboración de las categorías de respuestas, los resultados obtenidos se presentan de acuerdo a los distintos ítems que constituye el cuestionario, mostrando la distribución de los participantes en cada uno de estos. Se consideraron aquellas conductas reportadas mínimo por el 50% de los profesores, es decir, tres de seis.

A continuación se presenta la tabla número 3 donde los docentes refirieron que las conductas problemas que con mayor frecuencia, confrontan en el aula, son las siguientes:

Tabla 3
Problemas en el aula durante las actividades académicas.

Respuestas	Frecuencia	Proporción
Falta de atención.	4	4/6
Interrupción en clase.	3	3/6
Intranquilidad	2	2/6
No siguen instrucciones.	2	2/6
Actitud de irrespeto físico y verbal hacia compañeros y docentes.	2	2/6
Problemas de lenguaje	1	1/6
Problemas cognitivo	1	1/6.

Nota: Tomado del estudio de necesidades realizado a los docentes de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca. Fuente de Autor.

Se consideran que las conductas que los docentes observan con mayor frecuencia en el salón de clase fueron:

- Falta de atención: conceptualizada esta por los docentes como dificultad que tiene el alumno para mantener el contacto visual con el (la) maestro(a) al momento de dar las clases y en el momento de hacer las actividades que ameritan periodos largos de tiempo no lograr mantener la atención en la misma.
- Interrupciones en clase: hablar con los compañeros en el momento que se está dando la clase, hacer ruido con los lápices, con la boca.
- Intranquilidad: descrita esta como pararse frecuentemente del asiento, jugar con los colores mientras se está recibiendo la clase, moverse constantemente.
- Resistencia para seguir instrucciones: significa para los docentes, la constante falta de seguimiento de las pautas dadas en la realización de ejercicios, en el seguimiento de normas de comportamiento, en juegos.

Al analizar el resultado de la categorización, se observa que las mismas describen características del síndrome de TDAH. Los docentes observan la falta de atención y su definición acerca de la misma se corresponde con lo que Gargallo (2005) plantea en cuanto a la dificultad que los niños con las características del TDAH presentan cuando se le exige concentración en tareas de una hora, es decir, son incapaces de centrarse y no pueden mantener el mismo grado de compromiso con las tareas que los otros niños. El mismo autor señala que al igual que los docentes, los padres se quejan que estos niños no escuchan cuando se les dan instrucciones muy largas.

Por otro lado Grach (2003) refiere que los niños que presentan este síndrome “tienen dificultades en mantenerse por un largo período realizando una misma tarea” (p.30) observación que corresponde con la descripción que hacen los docentes en cuanto a que los alumnos no logran mantener la atención en actividades que ameritan largos períodos de tiempo.

Estos niños dirigen su energía a metas y objetivos que no tienen nada que ver con los que proponen los docentes y presentan exceso de movimiento o actividad en situaciones que requieren calma. Por otro lado Gargallo (2005) agrega que los mismos interrumpen al docente cuando este explicando, interrumpen constantemente a los demás y no cumplen

las normas básicas de la escuela. Se observa que estas descripciones se corresponden con la definición que hacen los docentes referidas a las interrupciones e intranquilidad

Lo expuesto por estos autores permite observar que los docentes advierten las características del TDAH en sus alumnos, razón por la cual se justifica la iniciativa de llevar a estos docentes el conocimiento integral de este trastorno donde se incluye no solo la teoría que lo describe, sino las técnicas que se adapten a las necesidades de esta población (docente y alumno).

En la tabla número 4 se observan las conductas de los alumnos que los docentes reportan dificultan el desarrollo de las actividades académicas.

Tabla 4:

Conductas que dificultan el desarrollo de las actividades académicas.

Respuesta	Frecuencia	Proporción
No	0	0/6
Si	6	6/6

Nota: Tomado del estudio de necesidades realizado a los docentes de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca. Fuente de Autor.

De acuerdo con estos resultados, la totalidad de los docentes consideran que los alumnos presentan comportamientos que dificultan el desarrollo de las actividades académicas. Al respecto Gargallo (2005) refiere que los datos de diversos investigadores que han estudiado el tema coinciden en señalar que al menos la mitad de los niños hiperactivos presentan un rendimiento por debajo de la media e inferior al que le correspondería. Agrega que estos niños realizan las tareas escolares peor que sus compañeros y le cuesta mucho más que el que no es hiperactivo analizar como hace lo que hace para mejorarlo y diseñar estrategias propias y personales para aprender.

A la luz del resultado se infiere que el mismo ratifica la necesidad de proporcionar al docente la ayuda necesaria en el área o tema expuesto en la investigación y así a su vez hacer frente a la problemática de la ejecución deficiente de las actividades escolares dentro y fuera del aula, necesarias para el logro del curso.

En la tabla número 5 se presentan las conductas que los docentes observan con mayor frecuencia en el aula.

Tabla 5

Conductas frecuentes de los alumnos en el aula.

Respuesta	Frecuencia	Proporción
Falta de atención en las tareas escolares.	5	5/6
Dificultad en el seguimiento de instrucciones.	4	4/6
Extravíos de los objetos necesarios para las actividades escolares.	4	4/6
Distracción por estímulos irrelevantes.	4	4/6
Abandonar su asiento en horas de clases.	4	4/6
Hablar en exceso	5	5/6
Correr, saltar excesivamente y en situaciones que es inapropiado hacerlo.	3	3/6
Dificultad para esperar su turno.	6	6/6
Interrupciones en las actividades de otros.	5	5/6
Desorganización en las tareas.	4	4/6
Molestias cuando requiere realizar las tareas que necesita esfuerzo mental sostenido.	4	4/6
Descuido en las actividades escolares	3	3/6
Copiar de forma incompleta las clases y tareas.	3	3/6
Movimientos constantes de piernas brazos mientras está sentado.	6	6/6
OTROS		
Falta de limpieza en el área de trabajo y personal	1	1/6
Movimientos y juegos de gateo por el piso.	1	1/6
Emisión de gritos y sonidos de animales.	1	1/6
Decir groserías	1	1/6
Salidas del salón de clase.	1	1/6
Gritar en el salón	1	1/6

Nota: Tomado del estudio de necesidades realizado a los docentes de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca. Fuente de Autor.

Según los docentes, las conductas que se presentan, en la mayoría de los alumnos son: dificultad para esperar su turno, movimientos constantes de piernas y brazos mientras está sentado, falta de atención en las tareas escolares, hablar en exceso abandonar su asiento en horas de clases, dificultad para esperar su turno, interrupciones en las actividades de otros, movimientos constantes de piernas brazos mientras está sentado, dificultad en el seguimiento de instrucciones, extravíos de los objetos necesarios para las actividades escolares, distracción por estímulos irrelevantes, abandonar sus asientos en horas de clases, desorganización en las tareas, molestias cuando requiere

realizar las tareas que necesita esfuerzo mental, correr, saltar excesivamente y en situaciones que es inapropiado hacerlo, descuido en las actividades escolares, copiar de forma incompleta las clases y tareas.

Se infiere con lo antes expuestos que los docentes observan muchas de las conductas que describen al TDAH referidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (2002), por lo cual se considera que esto es un indicador contundente de la necesidad que hay de suministrar la información teórica sobre el TDAH y entrenamiento en el manejo de técnicas que permitan la modificación de las conductas y por ende el control del grupo por parte de los docentes dentro del aula.

La tabla número 6 presenta la información sobre la formación recibida por parte de los docentes acerca de las estrategias sobre el manejo de alumnos con TDAH.

Tabla 6

Formación del docente sobre el manejo de alumnos con TDAH

Respuesta	Frecuencia	Proporción
No	4	4/6
Si	2	2/6

Nota: Tomado del estudio de necesidades realizado a los docentes de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca. Fuente de Autor.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de los docentes refirieron no haber obtenido ninguna información acerca del TDAH y los dos restantes especificaron haber recibido información acerca del mismo. Estos últimos reportaron utilizar como estrategias para el manejo en el aula el “estímulo como reforzador, el castigo para producir aprendizaje y para extinguir respuesta aprendida, tomar en cuenta al escolar, tenerlo ocupado e interrelacionarlos con alumnos más tranquilos”. Por lo antes expuesto se deduce que no hay suficiente información acerca del manejo de estudiantes con características que describen al TDAH. Por tal razón se hace necesario tomar la iniciativa desde los planteles en cuanto a la búsqueda del conocimiento y manejo de este trastorno.

En la tabla número 7 se presenta la opinión de los docentes acerca de la importancia de recibir entrenamiento para el manejo de alumnos con Déficit de Atención con Hiperactividad en el aula de clases.

Tabla 7

Opinión sobre la importancia de recibir entrenamiento en el manejo del TDAH

Respuesta	Frecuencia	Proporción
No	0	0/6
Si	6	6/6

Nota: Tomado del estudio de necesidades realizado a los docentes de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca. Fuente de Autor.

De acuerdo a la opinión de los docentes, es una necesidad sentida por la totalidad de los mismos recibir entrenamiento para el manejo de alumnos con Déficit de Atención con Hiperactividad en el aula de clases. Este sentir se corresponde con la respuesta acerca de las conductas problemáticas observadas en el aula referida anteriormente. Los criterios que los docentes expresaron para justificar la importancia del entrenamiento en el manejo del TDAH se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 8.

Justificación acerca de la importancia del entrenamiento en el manejo del TDAH.

Respuestas	Frecuencia	Proporción
Obtener estrategias para manejar a los niños con ADHD	3	3/6
Obtener conocimiento sobre el síndrome	2	2/6
Orientación a los padres con hijos con ADHD	1	1/6
Problemas del aumento de niños con ADHD en el aula.	1	1/6
Estrategias para que los niños reflexionen sobre su comportamiento dentro del aula	1	1/6
Estrategias para desarrollar procesos lúdicos en el área de atención, motricidad fina y habilidades cognitivas.	1	1/6

Nota: Tomado del estudio de necesidades realizado a los docentes de la U.E Manuel Ángel Puchi Fonseca Fuente de Autor.

Al analizar esta pregunta, se observa que las respuestas en primer lugar van orientadas a la necesidad del entrenamiento en el manejo de niños con características que definen al TDAH, en segundo lugar conocer qué es el síndrome, en tercer lugar la necesidad de orientar al representante acerca del TDAH y por último en la preparación para enfrentar el número creciente de casos de niños (as) que presentan el síndrome. Las respuestas de los docentes evidencian necesidad de conocimiento del TDAH en sus dimensiones teóricas y práctica, en razón de que desean conocer acerca del TDAH como

tal y el uso de herramientas para el manejo de los estudiantes, lo cual enriquecería su desempeño docente en función de los logros de los objetivos pedagógicos.

6.2 Validación Social del Programa de Formación para el Docente

El objetivo de la validación por medio del juicio de nueve (9) expertos fue determinar si el diseño de un programa de formación para el docente en el conocimiento integral del síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clases, fue adecuado en términos de su pertinencia, deseabilidad social, objetivos, actividades, recursos, procedimientos evaluación y duración planteado en el mismo. Este juicio fue realizado por Profesionales de la Psicología, psicopedagogos, un neurólogo y un educador cuyos datos se presentan en la tabla siguiente:

Tabla.9

Datos de identificación de los expertos

Grado académico del experto. Año de egreso. Institución	Línea de investigación	Experiencia en el área del TADH
Lic. en Psicología 2010. U.C.V	Habilidades sociales en la infancia.	Prácticas Clínica. 2 años. U.C.V. Talleres TDAH 1 año
Lic. en Psicología 1997. U.C.V.		U.E. "Colegió Plaza" 2 años. U.E. "Arcángel Samuel" 3 años. Grupo Psique Asesores. 10 años.
Lic. en Psicología 2010 U.C.V	Habilidades sociales en la infancia.	Prácticas Clínica U.C.V 2 años. Colegio "Don Pedro" 7 meses
Lic en Psicología 1983 Magister Scienticum en Psicología. U.C.V	Estudios de procesos básicos asociados a comportamientos complejos. Evaluación de programas	U.C.V. Laboratorio infantil. 20 años
Médico cirujano 1992 Pediatra- Puericultora 1997 Neuróloga Infantil 2002. U.C.V	Pediatría y neuropsiquiatría	Centro de Atención y nutrición "La Casa Grande" Neuróloga. 9 años
TSU Educación Especial Mención: Especialista en Retardo Mental. C.U. Prof. José Lorenzo 2008. Estudiante de La UPEL.		I.E.E.N. Francisca Antonia Rodríguez. 3 años Centro Médico Miguel Arcángel Unidad de apoyo psicopedagógico 1 año.
Lic. en Educación 1998. UNE Simón Rodríguez		T.E.L. Leonor Guerra (Subdirectora) 3 años
TSU en Educación Especial 1988. C.U. Prof. José Lorenzo		I.E.E. ARA 7 años (docente especialista)
TSU en Educación Especial 2002. C.U. Prof. José Lorenzo		Escuela Básica "Menca de Leoni" 3 años. Consultas particulares. 6 años

Nota: Fuente de Autor.

Para la realización del análisis de los resultados se estableció como índice los acuerdos entre expertos en términos de frecuencia, es decir, de nueve expertos seis expresaran sugerencias comunes para poder realizar la modificación del programa. Cabe destacar que todos los expertos estuvieron de acuerdo en cuanto a la pertinencia de los objetivos, las actividades, recursos, procedimientos y evaluación del programa superando el criterio establecido. Sin embargo la mayoría realizó una serie de sugerencias referida a la forma de presentar ciertos elementos del programa, las cuales se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 9.

Sugerencias señaladas por los expertos

Sugerencia	Experto Numero
Agregar un objetivo específico donde se diga lo que se logra con la bienvenida (sesión1).	Psicólogo (experto 1)
Agregar los objetivos generales al Manual del Facilitador	Psicólogo (1), Psicólogo (experto 2), Psicólogo (experto 3)
Mejorar las instrucciones de las prueba sobre la técnica de registro de comportamiento (sesión 1).	Psicólogo (1)
En la prueba de Economía de Fichas recomienda que se realice una prueba de identificación de los 8 (ocho) pasos de la misma (Sesión 2).	Psicólogo (1)
En la prueba de Economía de Ficha debería reconocer los ocho pasos a través de una prueba de verdadero-Falso (Sesión 2).	Psicólogo (3)
En cuanto a los recursos, mejorar las presentaciones, en cuanto al uso de más imágenes.	Psicólogo (2), Neurólogo (experto 5) TSU en Educación Especial (experto 8) TSU en Educación Especial (experto 9)
Menos contenido escrito en las diapositivas	Psicólogo (1), Psicólogo (2), Neurólogo (5) TSU en Educación Especial (9)
Acomodar los márgenes de los manuales	Psicólogo (experto 4), Educador (experto 6) TSU en Educación Especial (8)TSU en Educación Especial (9)
Agregar otra bibliografía en el manual de registro de conductas.	Psicólogo (4)
Los ejercicios de” Incremento de conducta “denominada “Dramatización” se debería colocar el nombre de ejercicio como “modelado de situaciones.	Psicólogo (3)
Mejorar la presentación en la prueba del TDAH	Psicólogo (3)
Determinar el grado de conocimiento previo del docente para decidir si amerita o no la inducción en los Objetivos específicos	Neurólogo (5)
En la aplicación de las actividades sobre las técnicas de incremento o decremento, colocar más ejemplo de casos y utilizar más recursos abstractos.	TSU Ed. Especial (experto 7)
En los recursos mejorar la redacción de la prueba de contingencias grupales.	TSU en Educación Especial (8)

Nota: Tomado de la validación social realizada por los expertos. Fuente de Autor

Cabe destacar que también los expertos realizaron comentarios sobre los aspectos formales de la escritura, es decir, la presencia de omisiones de letras, comas, y uso de mayúsculas. Sin embargo estos aspectos no se presentan en la tabla para no cargarla de información irrelevante.

Al hacer el análisis de las sugerencias de los expertos, se tiene que, salvo la observación de incorporar los objetivos generales del Programa al Manual y determinar el grado de conocimiento previo del docente para decidir si amerita o no la inducción en los objetivos específicos; el resto de las mismas están orientadas más a los aspectos formales de la presentación del programa que al contenido del mismo. Una prueba de esto se observa en la sugerencia de cuatro (4) expertos en cuanto al uso de más imágenes en las presentaciones y el arreglo de los márgenes en los manuales. También hicieron observación en la manera de presentar algunas pruebas en la evaluación de los objetivos, como fue el caso de la prueba de Economía de ficha, en la cual se pedía desarrollar los pasos para elaborar la técnica. Aquí dos (2) de los expertos consideraron que era pertinente utilizar una prueba de falso y verdadero o una de reconocimiento de los pasos.

Entre los comentarios generales emitidos por los expertos, la totalidad de los mismos expresan que los materiales utilizados les parecen pertinentes, concretos y muy instructivos. De igual manera señalaron la importancia del diseño de un programa para el docente acerca del TDAH ya que la aplicación del mismo sería de gran ayuda para los docentes, en el conocimiento y aprehensión de herramientas para el control de comportamientos típicos exhibidos por los alumnos hiperactivos y desatentos.

Finalmente, es importante señalar que el criterio establecido para considerar las sugerencias dadas por los expertos (acuerdo mínimo de 6 expertos) no se alcanzó, debido a que la totalidad de los expertos aprobaron el diseño del programa y proporcionaron sugerencias únicas, sin embargo se tomaron en cuenta aquellas sugerencia orientadas a mejorar la presentación del programa y las correcciones encontradas en cuanto a los aspectos formales de la escritura y redacción, las cuales se presentan en la tabla 10 a manera de resumen de la etapa de validación social del programa.

Tabla 10.

Correcciones del programa a partir de la evaluación de los expertos

Aspectos	Sugerencia tomadas en consideración
Recursos: Sesión uno	Se modificó los márgenes de los manuales, colocándolos en un espacio de superior 2,5 cm, inferior 2,5 cm, Izquierda 3 cm, derecha 3 cm. De igual manera se anexaron más imágenes a las diapositivas
	Se mejoró las instrucciones de las prueba sobre la técnica de registro de comportamiento.
	En el manual “Registro de Conducta” se utilizó una bibliografía adicional sobre este tema, el libro “Metodología para el estudio del desarrollo infantil desde la perspectiva conductual” Autora: Rosa Lacasella
Recursos: Sesión dos	Se cambió la prueba de Economía de Fichas que consistió en desarrollar los ocho pasos para la aplicación de la técnica a una prueba donde se identifiquen, a través de la enumeración los 8 (ocho) pasos de la Economía de Fichas. Se agregaron más imágenes a las diapositivas utilizadas en cada manual.
	Se cambió el nombre del ejercicio de “Incremento de conducta “denominada “dramatización” por “modelado de situaciones”.
Manual del facilitador	Se agregaron los objetivos generales en el manual.

Nota: Tomado de la validación social realizada por los expertos. Fuente de Autor.

Como se puede observar la mayoría de sugerencia fueron tomadas en cuenta para la modificación del programa, excepto la que consistió en determinar el grado de conocimiento previo del docente para decidir si amerita o no la inducción en los objetivos específicos ya que este paso fue realizado en la fase de estudio de necesidades y aquella donde se sugirió agregar un objetivo específico donde se plasmara lo que se logra con la bienvenida (sesión1) por el hecho de presentarse como única sugerencia y no considerarse un objetivo real del programa.

Con las modificaciones realizadas se obtuvo el diseño final del “Programa de Formación para el Docente en el Conocimiento Integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el Salón de Clases” faltando la futura aplicación para evaluar su efectividad según los objetivos establecidos.

VII.CONCLUSIONES

La importancia de un programa radica en que este se adapte a las necesidades de la comunidad a la cual está dirigida, por ello es fundamental la realización de un estudio que permita conocer de manera precisa cuales son las necesidades de este grupo de personas.

En la primera fase de esta investigación, se realizó un estudio de necesidades, para evaluar los conocimientos y herramientas que poseen los docentes sobre el TDAH. Una vez efectuado el análisis de este estudio, se evidenció que era necesario la realización del diseño de un programa de formación dirigidos a los docentes en el conocimiento integral del TDAH, conformado con información general sobre el síndrome y técnicas de modificación de conductas, tales como: Registro de conducta, Incremento y Decremento de conductas, Economía de Fichas y Contingencias Grupales que están dirigidas a solventar esta problemática.

En la segunda fase de este trabajo se evidenció a través del de juicio de nueve expertos, que el programa de formación para el docente en el conocimiento integral del Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad, fue considerado pertinente, es decir, el mismo responde a las necesidades planteadas por la población que está siendo atendida y los objetivos del mismo se ajustan al grupo al que va dirigido.

En función de lo expuesto, se evidencia que los docentes y expertos concuerdan con la propuesta de la investigación, sobre el diseño de un programa de formación para el docente en el conocimiento integral del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad en el salón de clases.

Se espera favorecer con la aplicación futura del programa, el logro de las competencias que permitan la promoción satisfactoria del educando. De igual manera, cabe destacar que esta investigación solo se llegó a la etapa de validación de expertos, aun falta la aplicación del programa para evaluar su efectividad según los objetivos establecidos.

VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones de orden práctico:

Si bien es cierto existe una gran fuente de datos referente al TDAH y sugerencias en cuanto a técnicas para el manejo dentro del aula; la investigadora no encontró estudios específicos de programas de entrenamiento para el docente en el TDAH, que contemplen el estudio de necesidades y la validación social.

Si bien la validación social habla de la pertinencia del programa, el mismo no fue aplicado, por lo que aún falta probar su efectividad. Por tanto se recomienda aplicarlo para realizar los ajustes que sean necesarios y comprobar su efectividad en el entrenamiento de los docentes.

El número de participantes fue la totalidad de docentes de la U.E.MAFP, no obstante siendo una sola escuela, no se puede generalizar el resultado a otros planteles educativos.

En función de los resultados obtenidos podemos decir que esta investigación permitió evidenciar lo importante que es para el docente el conocimiento y manejo de herramientas sobre el TDAH para aplicarlas en el salón de clase, con la misma se identificaron las limitaciones que los docentes presentan en cuanto al manejo de conductas que describen al TDAH de la unidad educativa Manuel Ángel Puchi Fonseca, por tal razón se recomienda para futuras investigaciones la implementación del estudio de necesidades y la validación social, para la realización de programas adaptados a las necesidades de la comunidad de docentes en otras instituciones referente al área tratada en esta investigación tomando en cuenta el nivel académico de los mismos.

Por otro lado se hace imperioso incentivar a los directivos de planteles privados y públicos a tomar en cuenta dentro de su planificación anual, la aplicación del programa de conocimiento integral sobre el TDAH. De igual manera se debe implementar medidas ante el Distrito Escolar como primera instancia, para aplicar el programa de conocimiento integral de TDAH, de forma experimental.

Es menester que todas las parte que conforman el equipo en el sistema educativo tengan un conocimiento integral acerca de este trastorno, y así puedan servir de orientadores capacitados y a la vez propongan alternativas certeras a la comunidad de representantes y alumnos.

Por lo antes expuesto se recomienda comprometer de manera activa a todos aquellos entes y organismos, que estén relacionados con el área para la aplicación de programas como el propuesto en la presente investigación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2003) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (4^{ta} Ed.). Washington, E.E. U.U.: Autor.
- Aramayo, M. (2005). *La Discapacidad: Construcción de un modelo teórico venezolano*. Caracas, Venezuela: Facultad de Psicología, UCV.
- Arco, J., Fernández, M. e Hinojo, L. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica* [Versión Electrónica], *Psicothema*, 16(3), 408-414. Recuperado el 5 de septiembre de 2010 de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3011>
- Barkley, R. (1996). *Simposio sobre Trastorno Deficitario de Atención/ Hiperactividad*. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.
- Barkley, R. (1998). *Attention-Deficit Hiperactivity Disorder: A clinical workbook* (2^{da} Ed.). New York, USA: United Press.
- Barkley, R (2010). Avance En el Diagnóstico y Subclasificación del trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Qué pasar en el futuro respecto al DSM-V. Recuperado el 13 de Octubre de 2011 <http://teresis.blogspot.com/2010/08/avances-en-el-diagnostico-y-la.html>.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de Psicología fisiológica*. (3^a. ed.). México: Prentice Hall.

- Cohen, R. (1996) Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Asociación Civil ADHD.
- Condemarin, M. Gorostegui, M. y Milic, N. (2004). Déficit Atencional. Santiago, Chile: Ariel.
- Contreras, A. (2000). *Esquema para el desarrollo de un programa de capacitación a los docentes de la Escuela Básica "Rafael Urdaneta" sobre estrategias pedagógicas para facilitar el aprendizaje de los niños*. Valencia. Tesis de grado no publicadas.
- Fawcett, S. (1991). *Social validity: a note on methodology*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24 (2), 245-249
- Fernández, J. (1991). *Dificultades del Aprendizaje II* (2da. Reimpresión). Caracas, Venezuela: Registro de Publicación de la UNA.
- Gargallo, B. (2005). *Niños Hiperactivos (TDA-H)*. Barcelona, España: CEAC
- Goldstein, S. (1999). *Repaso del Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad* En 11th Annual Chaad Internacional Conference, Washington D.C., USA
- González, E. (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clase*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
Recuperado el 20 de septiembre de 2011 de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/fsl/ucm-t29215.pdf>

- Gratch, O. (2003). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD), Clínica diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y adultez*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Guevara, M (1995). *Gerencia de Servicios Psicológicos: Una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, UCV.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, T. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª. ed.). D.F., México: McGraw-Hill.
- Iñiguez, L y Vitores, A. (2004) El análisis de la información. Recuperado el 12 de julio de 2011 de [http://es.scribd.com/doc/7061396/Iñiguez-2004-El](http://es.scribd.com/doc/7061396/Iñiguez-2004-El-Análisis-de-la-información) Análisis-de la-información
- Joselevick, E. (2003). *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (AD/HD) en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Krippendorff, K. (1980). *Metodología del análisis de contenido*. Barcelona: Paidós.
- Lacasella, R (1999-2005). El estudio de Necesidades y su inserción en el Ciclo de la Intervención Social: Una Aplicación Paradigmática, *Revista de la Escuela de Psicología* XXIV (1), 40-49. Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación de la UCV.

Lacasella, R. (2000) *Metodología para el estudio del desarrollo infantil desde la perspectiva conductual*. Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación de la U.C.V. Caracas.

Lacasella, R. (2001). *La validación social*. Manuscrito no publicado, Instituto de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

López, C. y García, J. (2002). *Problema de atención en el niño*. Madrid, España: Pirámide

Martín R. (1999). *Curso Teórico-Práctico para la Formación de Tutores de Niños y Adolescentes con ADD/ADHD*. Manuscrito no publicado. Caracas, Venezuela.

Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006). Investigación del Tdah Recuperado el 10 de agosto de 2011 <http://www.slideshare.net/cinthializbeth/investigaciòn-del-tdah-8062603>.

Méndez, J. (1998). *El Escolar de Tercer de tercer grado con Déficit de Atención e Hiperactividad y sus interrelaciones con sus compañeros*. Manuscrito no publicado., Colegio Universitario de Psicopedagogía, Caracas, Venezuela.

Orjales, V. (2002) *Déficit de Atención con Hiperactividad Manual para padres y educadores* (6^{ta} Ed.), Madrid, España: Ciencia de la Educación Preescolar y Especial CEDE.

Ribes, E. (1981). *Técnicas de modificación de conducta. Aplicaciones al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.

Rimm, D y Masters, J. (1980). *Terapia de la Conducta, técnicas y hallazgos empíricos*. México: Editorial Trillas.

Ruiz, J. e Imbernon, J. (1996). *Sentirse mejor. Como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. Madrid, España: ESMD-UBEDA

Ruiz y Sarmiento (2001) *Propuesta Divulgativa para la integración social de las personas con necesidades especiales dirigidos al personal docente de la Escuela Básica "Cacique Aramare"*. Trabajo de grado no publicado. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela.

Resolución 2.005 (1.996) Gaceta Oficial N° 36101, Ministerio de Educación, *Normas para la integración Escolar de la Población con necesidades Especiales*. Caracas.

Rodríguez, Y., Yépez, A. y Campagnaro, S. (1997). *Estudio psicométrico epidemiológico de la escala de calificación diferencial del TDAH (ESCADITA) Versión escuela y Versión hogar*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Sabino, C. (1.992) *Metodología de la Investigación*. Argentina: El Cid Edit

Sierra, R. (1994) *Técnicas de Investigación Social Teoría y Ejercicios* (9^{na} Ed). Madrid, España: Paraninfo.

Silva, B. (1992) *Relación del Desarrollo Óculo –manual en Niños con Déficit de atención con Hiperactividad*. Trabajo Especial de grado no publicado. Universidad Nacional Abierta. Caracas.

- Silver, L. (1994) *Trastorno de Déficit de la concentración, Hiperactividad e Incapacidades de Aprendizaje*. Asociación ADHD Capítulo Venezuela
- Turecki, S. y Tonner, L. (2002). *El Niño difícil*, Caracas, Venezuela: Norma.
- Vallés, A. (2006) *Alumnos con Inatención, Impulsividad e Hiperactividad. Intervención Multimodal. Fundamentos Psicopedagógicos* (2^{da} Ed.). Madrid, España: EOS.
- Vivas, E y Ruá, J (1983). Validez social: *La significación del cambio conductual* Boletín de AVESPO,VI (1), 11-15
- Weiss, C. (1996). Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción (2^{da} Ed.). México: Trillas.
- Wolf, M.M (1978). Social validity. *The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart*.*Journal of Applied Behavior Analysis*. Recuperado el 20 de agosto del 2011 de: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicología/IMG/pdf/2-Nº3.pdf>