

VEREDICTO

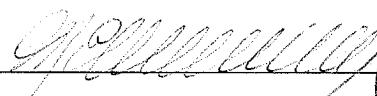
DEFENSA DE TESIS DOCTORAL

Los suscritos miembros del Jurado designado por el Consejo Directivo del Doctorado en Educación de la Facultad de Humanidades y Educación y por el Consejo de Estudios de Postgrado de la Universidad de Los Andes, reunidos para conocer y evaluar la defensa pública de la Tesis Doctoral titulada: Déficit de Atención e Hiperactividad. Una estructura conceptual psicoeducativa., elaborada por Lesvia Marina González H., titular de la Cedula de Identidad N° 5.598.435, como requisito parcial para optar al Grado de Doctora en Educación.

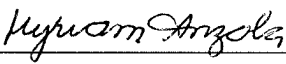
Luego de revisarlo y llevarlo a su discusión en acto público, celebrado en el salón del Postgrado de Lectura y Escritura, edif. D, 3er piso, de la Facultad de Humanidades y Educación, el día 22 de enero de dos mil quince, a las 9:00 am.

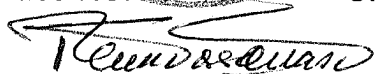
El Jurado emite el siguiente Veredicto:

APROBAR LA TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR CUANTO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES Y DEL PAIS, Y DADOS LOS MERITOS DE ESTE TRABAJO SE LE OTORGA UNA MENCION HONORIFICA Y SE RECOMIENDA LA PUBLICACIÓN DE SUS RESULTADOS EN ORGANOS DE DIFUSION CIENTIFICA.


Dra. Martha E. Méndez
C.I.: 3.861.226 (Tutora)
Universidad de Los Andes-NURR




Dra. Myriam Anzola
C.I.: 4.356.042
Universidad de Los Andes


Dra. Teresita Villasmil de Vásquez
C.I.: 2.629.913
Universidad Simón Rodríguez



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Núcleo Universitario "Rafael Rangel"

Coordinación de Estudios de Postgrado- NURR.

Coordinación del Doctorado en Educación.
Trujillo- Estado Trujillo

**"DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. Una estructura conceptual
psicoeducativa.**

Tesis para optar al Grado de Doctor en Educación

Autora: Msc. Lesvia Marina González H.

Tutora: Dra. Martha E. Méndez

Trujillo, enero 2015

DEDICATORIA

A mi sobrino Alonso, eternamente presente en mi vida

A mi hija María Gabriela con todo mi amor

A mi querida familia, ejemplo de solidaridad y amistad

*A los niños y niñas de Venezuela que presentan Déficit de
Atención e Hiperactividad.*

www.bdigital.ula.ve

Agradecimientos

A Dios, por la vida y el aliento para cumplir cada proyecto propuesto.

A la Universidad de Los Andes, institución que me ha brindado la oportunidad de crecer personal y profesionalmente.

Al Doctorado en Educación- ULA

A la Dra. Martha E. Méndez, amiga y tutora ejemplar.

A los(as) profesores (as) del doctorado en Educación en el Núcleo Universitario "Rafael Rangel" de ULA-Trujillo por su apoyo y dedicación en la labor docente.

A las Doctoras Miryam Anzola, Deyse Ruiz, Teresita Villasmil, y a los Doctores Eduardo Zuleta y Manuel Aramayo, por sus valiosos aportes en la evaluación y corrección del presente trabajo.

Al Dr. Fernando Mejías, actual coordinador del programa de doctorado.

A la Técnico Superior Ivón Umbria, por su permanente apoyo y amistad durante nuestro tránsito por el doctorado.

Al personal directivo, docente y técnico de la Unidad Educativa “Estado Carabobo”, por su indispensable colaboración en la investigación.

A los niños y a las madres participantes en este trabajo, por compartir con nosotras, de manera entusiasta y desinteresada, su experiencia de vida.

A Marú y a Julia, amigas incondicionales, siempre presentes con una palabra de estímulo y una observación oportuna.

A mis compañeros de curso, en especial a Hebert Lobo, por la solidaridad constante en este proceso de mutua formación.

Para todos ustedes eterna gratitud,

Lesvia Marina González H.

Índice General

	Pág.
Lista de cuadros	iii
Lista de gráficos	iv
Resumen	v
Introducción	1
Capítulo I. Niños difíciles de comprender.	
Perspectiva Epistemológica	7
Situación Problemática	9
Premisas teóricas	10
Situación actual	13
Justificación	16
Interrogantes	17
Propósitos	18
Capítulo II. Ecos del pasado.	
Antecedentes de la investigación	20
A través del tiempo	25
A modo de definición	30
El laberinto	37
De oruga a mariposa	40
Bases teóricas	51
Biología del conocimiento y del amor	51
La ecología del desarrollo humano	57
Psicología cultural	61

Capítulo III. Delineando un sendero.

Justificación epistemológica.....	69
Teoría Fundamentada	73
El muestreo teórico	74
Esquema para el análisis de datos	75
Diseño	76
Metodología	78

Capítulo IV. Explorando el presente.

El escenario	80
Un primer acercamiento	80
Análisis de lo observado en el salón de clase	85
Cimientos para la estructura conceptual-metodológica	86
Primeras categorías surgidas de la observación	86
Modelo de atención vigente	95
Hablan los educadores.....	102
La familia.....	120
Las madres.....	122
Los niños	132
Revelando el paradigma	138

Capítulo V. Un nuevo amanecer

Marco conceptual psicoeducativo.....	146
A modo de definición.....	146
Reconocimiento del niño con DAH.....	147
El aula y la familia como nicho evolutivo.....	153
Compañeros de vida y de desarrollo.....	159
Trabajando como una red	162
La escuela protectora y nutritiva	165

Glosario de términos.....	174
Referencias bibliográficas	176
Anexos.....	183

www.bdigital.ula.ve

Lista de Cuadros

	Pág.
Cuadro 1	68
Cuadro 2	94
Cuadro 3.....	140

www.bdigital.ula.ve

Lista de Gráficos.

	Pág.
Gráfico 1	59
Gráfico 2	63
Gráfico 3	65
Gráfico 4	96
Gráfico 5	100
Gráfico 6	173

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Núcleo Universitario "Rafael Rangel"

Coordinación de Estudios de Postgrado- NURR.

Doctorado en Educación.

Trujillo - Estado Trujillo

**"DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. UNA ESTRUCTURA
CONCEPTUAL PSICOEDUCATIVA".**

Tesis doctoral

Autora: Msc. Lesvia Marina González H.

Tutora: Dra. Martha E. Méndez

www.bdigital.ula.ve

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito construir un marco conceptual metodológico de carácter psicoeducativo para la atención apropiada de los niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad y sus familias, estudiantes de escuela primaria en el municipio Trujillo-estado Trujillo, con la finalidad de profundizar en la comprensión de esta problemática. Se enmarca dentro de la "investigación cualitativa", en la tradición de "teoría fundamentada". Participaron 10 niños y sus madres, 14 docentes. Los datos se obtuvieron a través de observación participativa, entrevistas a profundidad y grupos de discusión. Los resultados obtenidos permitieron darle forma a una estructura emergente que constituye un modelo o teoría válida para interpretar la realidad de los sujetos participantes; así como proponer una forma de atención cónsona con su realidad particular.

Palabras clave: DAH, estructura conceptual, psicoeducativa.

INTRODUCCIÓN.

A partir del siglo veinte se ha descrito a un grupo de niños quienes presentan características conductuales que llaman la atención por ser excesivamente “disruptivas”; estos niños se describen como violentos, impulsivos, intranquilos, desobedientes y parecieran no aprender de los castigos o consecuencias de sus conductas (Gratch, 2005). A partir del momento en que se agrupan todas estas características en un síndrome o desorden psiconeurológico, se ha pretendido encontrarle explicación al por qué ocurre; así como también las posibles maneras de abordarlo para solventar o minimizar el impacto de este trastorno en el desarrollo pleno de estos niños(as) y sus familias. En un principio la investigación en este campo estuvo guiada por la medicina, y los avances fueron aportados desde la neurología. Desde la década de 1960 comienzan a aparecer definiciones que hacen más énfasis en otros aspectos del síndrome, como el nivel de desarrollo, la inteligencia de los niños; así como la edad de inicio, los subtipos en que se puede manifestar y la relación de la conducta del niño(a) con el ambiente en que se encuentra. Estas definiciones tratan de ir más allá del elemento neurológico y, por lo tanto, la búsqueda de explicación y soluciones va a estar orientada a los aspectos psicológico, educativo y socio-afectivos del trastorno (Presentación, Miranda y Amado, 1999).

A pesar de los avances en la conceptualización del Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH) y de los diferentes intentos por concebir un modelo más integral de atención psicoeducativa para estos niños(as), la misma continúa siendo parcelada con predominio del modelo clínico. Los resultados, como veremos más adelante, no son muy alentadores. Es por ello que se continúan haciendo esfuerzos desde el campo psicoeducativo para superar este atascamiento en que se encuentra el tema de nuestro interés.

Por ser una psicóloga formada en el estudio del desarrollo humano infantil y sus posibles desviaciones, he tenido la experiencia de compartir con familias en las que existe al menos un niño(a) con condiciones especiales para el desarrollo. Estas vivencias han incrementado mi sensibilidad ante la situación de angustia y desesperanza que viven estas personas al no encontrar una respuesta satisfactoria para sus hijos. Tanto en la escuela como en la comunidad, se coloca sobre los padres (principalmente sobre las madres) la responsabilidad de ver qué hacen con sus hijos, cómo los ayudan a cumplir con las expectativas que el grupo social espera de ellos; no es una tarea fácil para los padres y la ayuda que brindan los profesionales especializados en los diferentes tipos de necesidad especial no pareciera ser suficientemente sólida para acompañar a estas familias.

Aunado a lo anterior, la experiencia como formadora de educadores me ha permitido conocer también la situación de desconuelo, frustración y hasta temor que genera en los educadores la presencia entre sus estudiantes de niños(as) con alguna manifestación psicológica que se aparte del desarrollo típico. Para ellos es una contradicción trabajar con estos niños, puesto que en su formación académica aprendieron que esos son problemas de psicólogos, neurólogos y demás especialistas.

A nivel institucional la situación no ha sido menos agobiante, ya que se me han hecho frecuentemente demandas de asesoramiento por parte de instituciones educativas y de los padres de estudiantes porque no logran entender qué pasa con esos niños(as) y no encuentran respuestas para interactuar con ellos de manera satisfactoria. Además, como estos niños no son considerados en Venezuela población del sub sistema de Educación Especial deben ser atendidos en la escuela regular, lo que consideramos una política acertada, siempre y cuando esa atención considere sus características particulares.

En este orden de ideas profundizamos nuestro estudio sobre el tema y pudimos detectar que la mayoría de las investigaciones y la literatura

especializada hacen referencia a las características conductuales de los niños y a las alternativas médico-clínicas y psicopedagógicas de atención, también se refieren en estas disertaciones al rol de los padres y maestros en cuanto a la atención de estos niños, pero en casi ninguna se hace referencia a la manera cómo los propios niños(as) viven desde lo afectivo-emocional-actitudinal esta situación que les toca sobrellevar; así como tampoco se profundiza en los aspectos sociales y culturales que circunscriben esta problemática. Consideramos que de esta manera la comprensión del fenómeno queda incompleta. Igual peso tiene conocer la estructura filosófica que subyace a la forma característica de abordar esta situación en nuestra cultura.

Todo lo expuesto anteriormente, nos ha llevado a plantear este trabajo, el cual tiene como finalidad comprender a profundidad los diferentes aspectos relacionados con la expresión e intervención del Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), lo que permitió la construcción de un modelo teórico-metodológico apropiado para la atención de los niños(as) y sus familias. En este nuevo modelo se suprimió el término “trastorno” por considerar que no es coherente con la estructura que pretendíamos construir.

Tomamos como punto de partida las manifestaciones comportamentales y actitudinales de niños(as) con estas características, estudiantes del subsistema Educación Básica en el Municipio Trujillo del Estado Trujillo- Venezuela; así como también las expresiones y la forma como en la familia y en la escuela se enfrenta esta situación. Para llevar a cabo dicho objetivo nos planteamos una investigación de “tipo cualitativa”, específicamente, en la tradición de “teoría fundamentada”, por lo que su estructura definitiva se construyó a medida que avanzó la investigación. En principio el proyecto se organizó de la siguiente manera:

Capítulo I: **“Niños difíciles de comprender”**:

En este apartado se hizo referencia a la forma cómo desde nuestra experiencia en el campo de la psicología y la educación, llegamos a reconocer una situación problemática y nuestro interés por convertir esa situación en un problema de investigación.

Igualmente, en este capítulo se describió la perspectiva epistemológica que nos sirvió de mirador desde donde apropiarnos de la realidad de estudio para convertirla en conocimiento novedoso.

Capítulo II: **“Ecos del pasado”**.

Es la sección correspondiente al recorrido que hicimos a través del tiempo de lo que ha sido significativo en el estudio del DAH. Se exponen fundamentos conceptuales que pueden contribuir con la comprensión del problema, además de brindar elementos útiles en la construcción de la estructura teórica-metodológica que aquí nos propusimos.

Este capítulo se construyó siguiendo los lineamientos que para esta revisión recomienda la tradición de la “teoría fundamentada”. Es por ello plausible el uso de títulos y sub títulos poco convencionales para otros paradigmas metodológicos, pero que a nuestro modo de ver reflejan la forma como nos representamos el punto referido como, por ejemplo, cuando bajo el sub-título “El laberinto” describimos los esfuerzos científicos en la búsqueda de las causas que originan el DAH.

Con este mismo rumbo se hizo una revisión, que no pretende ser “exhaustiva”, de enfoques teóricos en el campo de la Psicología del Desarrollo humano y de la Educación, por considerar que sus propuestas fundamentales brindan una plataforma coherente con las ideas que hemos venido asumiendo con relación al tema y que pretendemos ampliar y convertir en una estructura teórico- metodológica de carácter psicoeducativo con la presente investigación.

Capítulo III: **"Delineando un sendero"**.

En este apartado se declaró el tipo de investigación que, como ya se hizo referencia, tiene carácter cualitativo y se enmarca dentro de la tradición de Teoría Fundamentada (TF). Esto, debido a que consideramos que este paradigma metodológico nos brinda la posibilidad de abordar el fenómeno de estudio de forma "holística" y está en consonancia con el propósito de comprender una realidad humana compleja, dinámica y multi acontecida, y, partir de esa realidad, a la construcción de una nueva teoría acerca del tema estudiado.

Además, se explica aquí el diseño que se siguió para la construcción del modelo emergente, los procedimientos y técnicas para recoger y procesar la información; con los respectivos criterios de validación que fueron implementados. Así mismo, se detalló el procedimiento metodológico que propone la TF para la estructuración de la información en un cuerpo teórico válido y coherente.

Capítulo IV: **"Explorando el presente"**.

Es el capítulo correspondiente a la presentación y análisis de los resultados obtenidos, conjuntamente con la descripción del proceso que llevo a su consecución. Aquí se incluyó la descripción de los escenarios, estudio de observaciones, entrevistas, bitácoras, diarios de campo. Además, se explicó todo el proceso de categorización abierta y axial que llevó a la identificación de los conceptos clave que sirvieron de insumo para la construcción del modelo. Todas las categorías se elaboraron a partir de las actuaciones y expresiones de los propios sujetos participantes.

Capítulo V: **"Un nuevo amanecer"**

Se presenta la estructura conceptual-metodológica de carácter psicoeducativo que surgió tras el análisis a profundidad de los elementos significativos de la realidad estudiada en un proceso de triangulación con el

conocimiento teórico existente con respecto al tema investigado. Se propone una conceptualización del DAH, además de los elementos más resaltantes a ser considerados en la atención de los niños identificados y sus familias, en consonancia con la forma como se manifiesta la problemática en este escenario particular. Sin pretender una teoría generalizada sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad y su forma de intervención, consideramos que el modelo propuesto tiene validez y confiabilidad suficiente para su aplicación en realidades similares a la investigada en este estudio.

Por último, se incluyen: glosario de términos, anexos y referencias bibliográficas.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO I.

“Niños difíciles de comprender”.

Perspectiva Epistemológica.

La búsqueda y validación del conocimiento en el campo de las Ciencias Humanas ha transitado por diversas etapas atendiendo tanto a los temas de interés que se colocan en el tapete en un momento determinado, como a las metodologías que se utilizan para obtener ese conocimiento. Desde periodos que han sido predominantemente especulativos hasta formas experimentales que han tratado de ceñirse rigurosamente a los postulados del método científico propuesto para las ciencias naturales.

Cada una de estas fases epistemológicas en las Ciencias del Hombre se sustenta sobre una concepción filosófica, social e histórica de la humanidad. Dado que las concepciones filosóficas son diversas, coincidentes o complementarias en algunos aspectos, confrontadas en otros; de esa misma forma, los métodos utilizados también son diversos, complementarios o contrapuestos, cada uno en concordancia con el paradigma epistemológico que le da vida.

Un “paradigma” constituye, según Martínez (2006), una forma de pensar, de percibir y valorar el mundo. El autor define la “matriz epistémica” como el trasfondo existencial y vivencial que rige el modo general de conocer, “el modo propio y peculiar que tiene un grupo humano de asignar significados a las cosas y los eventos, es decir, su capacidad y forma de simbolizar la realidad” (p.39). En otras palabras, es necesario señalar que en toda investigación científica, el investigador observa y conoce la realidad desde una perspectiva determinada.

En el ámbito de las Ciencias Humanas, en la actualidad (y desde hace varias décadas), se observa el florecer de una concepción epistemológica que busca trascender la segmentación de las diferentes disciplinas, que

pretende la relativización del conocimiento científico y el cuestionamiento de dogmas que se cobijan bajo esta denominación; así como también la liberación de la “camisa de fuerza” que ha significado un método casi exclusivo para la investigación científica.

Precisamente, son las concepciones “post positivistas”, “hermenéuticas”, las que han develado un principio asociado a todo conocimiento humano como es la “interpretación” que le es inherente. Cada vez que intentamos comprender “algo” hacemos proyecciones acerca de ese “algo”, interpretamos desde nuestra perspectiva haciendo uso de nuestros juicios previos. Es por ello que el investigador debe esforzarse por reconocer desde qué plataforma observa y analiza el fenómeno que se estudia. Dejar “hablar” al fenómeno, partiendo de opiniones previas no arbitrarias permite la comprensión del mismo.

Desde esta perspectiva no existe tal cosa como una posición “neutra” para la investigación científica, ésta siempre será permeada por las proyecciones de quien estudia, pero en la investigación estas proyecciones deben comprobarse en los eventos. La tarea del investigador es buscar la comprensión mediante formas que realmente permitan aprehender al fenómeno en estudio.

En el caso de la Psicología y la Educación esta postura conduce a considerar la realidad psicoeducativa como una estructura ecológica, dinámica, interrelacionada y compleja, que requiere de un “enfoque transdisciplinario” y avala una “investigación integradora” con metodologías cónsonas con esta visión del mundo.

En este sentido, se considera que las interacciones que ocurren entre los diferentes actores que participan del acontecer educativo están reguladas por los distintos marcos jurídicos, institucionales, sociales, tradicionales y personales de los mismos. Dichas interacciones deben ser vistas como una red social que “teje” los caminos y a la vez sostiene y guía la acción de sus miembros como colectivos; de la misma manera que impacta o perturba el

desarrollo particular de cada uno de los sujetos que participan en este acontecer.

Las premisas anteriores son válidas tanto para los individuos que responden a las expectativas que las instituciones tienen hacia ellos, como para aquellos que actúan de forma diferente o, como suele decirse, que por alguna razón no logran “adaptarse” a las exigencias propuestas. Es así como el desarrollo integral de los niños(as) que presentan DAH se ve impactado por las actuaciones de las personas que comparten con ellos sus entornos sociales.

Ahora bien, la presente investigación surge como una inquietud por experiencias vivenciales que han puesto de manifiesto las circunstancias de desesperanza en que se encuentran algunos de los actores de esa red social que es la Escuela. Tal como lo han manifestado, docentes, representantes y otros especialistas, con los que hemos compartido estas inquietudes en diferentes grupos de trabajo. Ellos sienten que su labor no tiene repercusión en la transformación de los niños(as) cuando estos presentan DAH.

Situación Problemática.

Durante muchos años hemos observado, a través de nuestra experiencia profesional, en talleres, encuentros y consultas especializadas, una creciente preocupación por parte de docentes y padres de niños(as) que presentan una serie de comportamientos considerados como inadecuados, perturbadores y que generan múltiples conflictos tanto en la escuela como en el hogar. Particularmente, en entrevistas exploratorias realizadas a docentes de Educación Básica en el Municipio Trujillo, pudimos conocer que en promedio existen tres alumnos con este comportamiento en cada aula.

Las manifestaciones conductuales observadas por los docentes con respecto a estos estudiantes son las siguientes: los niños(as) no terminan las actividades asignadas, se quedan mirando el techo, deambulan por el

aula sin objetivo, conversan en exceso, agreden físicamente a los compañeros, tumban mesas y sillas, los exámenes escritos los dejan en blanco. Aunque estas manifestaciones conductuales pueden presentarse en cualquier niño a consecuencia de alguna otra condición que no sea DAH, en estos casos su frecuencia e intensidad genera en los docentes y en el grupo, suficiente malestar como para señalar a esos niños(as) como “agentes perturbadores”.

Los docentes han manifestado sentirse desorientados sobre la forma como trabajar con estos niños(as); algunos incluso consideran que ellos no son los profesionales adecuados para atenderlos y, por lo tanto, los niños deberían asistir a escuelas especiales. Sin embargo, los docentes también expresaron poner en práctica algunas estrategias para solventar la situación, principalmente pedirle a los padres que busquen ayuda profesional, algunos usan juegos para atraer la atención de los niños, otros los refieren a la orientadora del colegio. En caso de que los alumnos(as) sean atendidos(as) por profesionales externos como psicólogos o neurólogos, los docentes no tienen ningún tipo de interacción con estos profesionales. La mayoría de los docentes entrevistados desconocen cuáles son las causas de este comportamiento.

Las descripciones de las conductas de los niños realizadas por las maestras y representantes coinciden en muchos aspectos con las características descritas en la literatura especializada de las personas que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), aunque no son exclusivas del mismo ya que pueden ser observadas en otras desviaciones del desarrollo, como pueden ser “trastornos de conducta”, “retardo cognitivo”, “autismo”, entre otros.

Premisas teóricas.

El TDAH se define como una alteración psicológica de base neurológica que interfiere con el normal desempeño de las capacidades cognitivas,

actitudinales, emocionales y sociales del individuo. Tiene tres elementos que lo caracterizan: la falta de atención, la impulsividad y la sobreactividad. Sin embargo, las personas que presentan este problema constituyen una población heterogénea, con marcadas diferencias en cuanto a sintomatología, ambientes donde se manifiesta y frecuentemente otros trastornos asociados (Servera, Bornas y Moreno.2005).

La complejidad del TDAH ha hecho que surjan gran cantidad de definiciones, propuestas de intervención e incluso pronósticos que responden a diversas orientaciones teóricas en Psicología y Psicopedagogía. Los procesos psicológicos involucrados en esta triada son de trascendental importancia para el desarrollo humano. De allí la gravedad de que los niños(as) que lo presentan no sean atendidos de manera apropiada.

En primer lugar tenemos el “proceso de atención”, que podría definirse como la capacidad de seleccionar, mantener y distribuir la actividad psicológica de acuerdo a los intereses del individuo y del contexto en un momento y lugar determinado, es decir, la posibilidad que tenemos los seres humanos de prepararnos y disponernos para concentrarnos en aquellos estímulos que nos interesan y mantener nuestra concentración durante el tiempo necesario para completar la tarea que realizamos; pero, además implica la posibilidad de cambiar nuestra concentración a otra situación que ahora requiera nuestro interés (Presentación, Miranda y Amado, 1999). En el caso de los niños(as) con DDAH, no logran mantener su actividad mental concentrada en una tarea específica hasta culminarla, también puede ocurrir que se mantengan tan atentos a algún detalle de la actividad que esto no les permita desplazar su atención cuando es requerido.

La “*impulsividad*” está relacionada con la incapacidad de inhibir conductas en una situación determinada hasta esperar el momento oportuno. Severa y otros (2005) distinguen entre “*impulsividad social*” asociada a

incapacidad para esperar turno en juegos o actividades académicas, asumir riesgos innecesarios, poca tolerancia a la frustración, dificultades para trabajar por refuerzos lejanos en el tiempo. El segundo tipo es la “*impulsividad cognitiva*” que se observa por la ausencia de reflexión cognitiva, por lo que el niño tiene una tendencia a responder apresuradamente.

La “*sobreactividad*” o “*hiperactividad*”, tercer eje fundamental del TDAH, podría definirse como la presencia de niveles excesivos de actividad motora o verbal considerando la situación y la edad de desarrollo del individuo. La hiperactividad se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo a la etapa en que se encuentra la persona.

Para la atención de niños que muestran este particular comportamiento se han elaborado conjuntos de estrategias dirigidas a lograr una mejor adaptación de dichos niños al universo escolar. Estas estrategias se agrupan en los denominados “Programas o Modelos de Intervención”.

Un programa o modelo de intervención es un conjunto de acciones de evaluación e intervención, planificadas e intencionadas, para producir cambios en el comportamiento de las personas y en los eventos ambientales que lo afectan. Los programas de intervención en la infancia tienen como finalidad prevenir, disminuir y corregir las dificultades, para aumentar o favorecer la adaptación al medio (León, 2007).

Ahora bien, los procesos de evaluación e intervención están determinados por el enfoque teórico con el cual se trata de explicar el TDAH. No obstante, existe acuerdo entre los diferentes autores (Servera, Bornas y Moreno, 2005), en cuanto a que por la complejidad del trastorno, la evaluación y la intervención de los niños y niñas que pudieran presentarlo deberían ser realizadas por un equipo multidisciplinario con funcionalidad inter o transdisciplinaria, con énfasis en el trabajo cooperativo y con aplicación de diversas técnicas, instrumentos y estrategias.

Situación actual.

El diagnóstico de este trastorno se ha incrementado en casi todos los países donde está siendo sujeto a investigación. En EE.UU, se reporta que entre 3-7% de la población infantil presenta algún tipo de TDAH en una proporción de 3:1 entre niños y niñas (Bird y otros, 1998). En México, según datos de la Secretaría de Salud, existen seis millones de personas con el trastorno (AMDAH, 2004). Filomeno (2006), en una investigación realizada en Perú, reporta entre 5-10% de la población infantil con DA. González (2007) cita las estadísticas del Departamento de Educación de Puerto Rico, que reportan 7.359 niños diagnosticados con la condición, registrados y matriculados en el programa de Educación Especial para el año escolar 2000-2001.

En Venezuela, de acuerdo al informe presentado por FONACIT (2008), la prevalencia del TDAH se calcula entre 1-20%; es decir, que en un aula de clases con una matrícula entre 38 y 40 niños podrían existir entre 3 y 8 niños con el trastorno. En investigación realizada por Méndez y González (2008), en el Municipio Trujillo se encontró que en la institución que sirvió de muestra, los maestros sospechan que aproximadamente un 10% de sus alumnos presenta conductas compatibles con el TDAH, es decir, dos a tres alumnos por aula.

Sobre la base de estudios exploratorios realizados en el Municipio Trujillo, particularmente, se ha observado que en la mayoría de los casos en los que el niño(a) presenta características conductuales, cognitivas y emocionales afines al TDAH, no se lleva a cabo un proceso de intervención como tal. En pocas ocasiones los niños son evaluados por un médico neurólogo y reciben medicación. Otros reciben atención psicológica por profesionales en consulta privada o atención psicopedagógica en las aulas

integradas. En estos casos no hay interacción entre los especialistas y los docentes del aula regular. Los representantes son quienes informan al docente del tratamiento que está recibiendo el niño (Méndez y González, 2008).

La situación antes descrita se traduce en una desventaja académica y afectiva para los niños y niñas con DAH, ya que, por una parte, constantemente reciben amonestaciones y amenazas por parte de los docentes y demás miembros del personal, debido a su comportamiento atípico y llegan a ser estigmatizados a causa del mismo y soportan todas las consecuencias de ese estigma.

Por otro lado, su condición particular no les permite llevar el ritmo de sus compañeros en cuanto a las exigencias académicas, por lo cual, con frecuencia, tienen bajo rendimiento y deben repetir el curso o asistir a clases remediales después del horario escolar. No es extraño que terminen excluidos del sistema educativo.

Los padres también sufren las consecuencias puesto que son constantemente citados al colegio por el comportamiento de sus hijos y, de alguna manera, responsabilizados por el mismo. El impacto emocional que esta situación genera en estas familias debe ser investigado con profundidad para conocer el verdadero alcance de la problemática en cuestión.

Las experiencias vividas por los niños(as) con DAH conlleva a que estos individuos desarrollen esquemas mentales (cognitivos y afectivos) que podríamos denominar "representaciones" (creencias y actitudes), acerca de sí mismos que, en gran medida, determinan o condicionan las interacciones que van a mantener con los otros miembros de su entorno. Esto es válido también para padres y docentes, quienes pueden llegar a sentirse confundidos, enfadados, defraudados o decepcionados de su labor profesional o personal, por no comprender al niño y no saber que hacer para

ayudarlo.

De acuerdo con González (2007), la forma como una persona experimenta una situación en su vida depende mucho del “significado idiosincrásico” que le atribuye. El significado surge de las experiencias, actitudes y suposiciones construidas en el proceso de interacción con sus circunstancias.

Estos “esquemas” o “representaciones mentales” suelen tener carácter permanente y estar bien estructurados, aún cuando permanezcan a nivel inconsciente. Son especie de “moldes” para organizar la información y actuar en consecuencia con ellos. Por la fuerza que tienen dichas representaciones las personas están dispuestas a defenderlos, justificarlos y racionalizarlos, a la vez que muestran un comportamiento que es congruente con esos esquemas mentales, a pesar de que la realidad pueda mostrar evidencia contraria.

A pesar de la importancia de los “constructos mentales” no se puede pensar con fatalismo que ellos son inmodificables, por el contrario, la evidencia científica (Manciaux, 2005) muestra que éstos pueden cambiar, no sólo por las modificaciones de circunstancias externas, sino, además, por los recursos psicológicos y fortalezas internas de los individuos. Es oportuno, en este punto, referirnos al concepto de “*resiliencia*”, entendida como la capacidad que poseen los seres humanos para sobreponerse y superar circunstancias difíciles o traumáticas en su vida. Según Grotberg (1995), citado por Theis (2005), la resiliencia es “una capacidad universal que permite a una persona, un grupo o una comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad.” (p.50).

De esta manera, se puede proponer a las familias y a los docentes construir una perspectiva diferente a aquella con que tradicionalmente se ha considerado a los niños(as) con DAH, a alejarnos de la visión de dichos

niños como “enfermos” o “defectuosos”, por ciertas características de sus comportamientos y acercarnos a una conceptualización más holística que nos permita integrar todos aquellos elementos necesarios para un entendimiento más adecuado del fenómeno.

De allí se deriva la importancia de que el modelo propuesto considere variables de tipo actitudinales, afectivas, cognitivas, sociales y culturales relevantes para la comprensión profunda de esta problemática.

Justificación.

En la actualidad existe una amplia evidencia científica (Presentación y otros, 1999) que sustenta el hecho de que un alto porcentaje de niños(as) con DAH que no son atendidos en la infancia presenta en la adolescencia trastornos de conducta, conducta antisocial, baja autoestima, deserción escolar, entre otros. A la vez, el comportamiento de dichos niños(as) genera malestar en el ambiente del aula provocando el rechazo de sus compañeros y de los docentes; así como entre los miembros de su familia y comunidad.

Además de la alta frecuencia y de la cronicidad del trastorno, se debe considerar las frecuentes equivocaciones que suelen ocurrir al no efectuarse un proceso adecuado de evaluación, lo que trae como consecuencia la medicación de niños(as) que no lo requieren, así como también la exclusión de niños(as) con DAH de la atención especializada para lograr un desempeño académico, familiar y social exitoso.

He allí la necesidad de elaborar un modelo conceptual adecuado para la tarea de explicar el fenómeno y de proponer una metodología de calidad para la atención de los niños y niñas con esta condición, de sus padres y de sus docentes.

Por estas razones nos hemos propuesto en la presente investigación profundizar en el fenómeno del DAH, que ha sido principalmente estudiado desde la conceptualización médico clínica. Obviamente, nos interesan los

aspectos biológicos e intelectuales involucrados en esta problemática, pero no podemos dejar de lado la afectividad, actitudes, emociones, que intervienen de forma determinante en los orígenes y consecuencias de la situación, lo que en otras palabras significa contextualizar los acontecimientos. Nos planteamos la necesidad de un conocimiento complejo (aunque no total) de la problemática expuesta en nuestra investigación y, por ello, no podemos hacer uso de métodos simplistas sino más bien procedimientos que nos permitan dialogar con algunas de las diferentes aristas que tiene el problema.

Al considerar las circunstancias antes expuestas nos planteamos en la presente investigación, las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los criterios conceptuales y metodológicos que subyacen en la atención de niños(as) con DAH, en el Municipio Trujillo, Venezuela?

¿Cómo es la representación que tienen los docentes, los padres, representantes y responsables sobre los niños(as) con DAH?

¿Cuál es la representación que tienen los niños(as) con DAH acerca de sí mismos?

¿Cómo se caracterizan las interacciones entre los niños(as) con DAH y sus docentes, padres y otros adultos que los atienden?

¿Cuáles son las características del procedimiento de evaluación e intervención para los niños(as) del Municipio Trujillo que presentan DAH?

¿Cuáles son las políticas de Estado en materia de atención para los niños(as) que presentan DAH, en Venezuela?

¿Cuáles son las variables conceptuales y metodológicas esenciales de un modelo integral para la atención de los niños(as) con Déficit de Atención e Hiperactividad, en el Municipio Trujillo, del Estado Trujillo, en Venezuela?

Para dar respuestas a estas interrogantes tenemos como propósitos:

1. Develar los criterios conceptuales y metodológicos que subyacen al modelo de atención para los niños(as) con DAH en el Municipio Trujillo-Venezuela.
2. Conocer la representación que tienen los docentes, los padres y representantes acerca de los niños(as) con DAH.
3. Conocer la representación que tienen los niños(as) con DAH sobre si mismos.
4. Comprender la naturaleza de las interacciones entre los niños(as) con DAH y sus docentes, padres, representantes y otros adultos que los atienden.
5. Analizar el procedimiento de evaluación e intervención que se sigue en el Municipio Trujillo para atender a los niños(as) con DAH.
6. Construir un marco conceptual metodológico para la atención psicoeducativa apropiada de los niños(as) que presentan DAH

estudiantes de Escuela Básica en el Municipio Trujillo- Edo. Trujillo,
con la finalidad de mejorar las condiciones educativas, familiares y
sociales de esta población.

www.bdigital.ula.ve

“Capítulo II.

“Ecos del pasado”

Antecedentes de la investigación.

Diversas y múltiples investigaciones se han realizado acerca del trastorno por DAH desde el campo de la Psicología, la Neurología, Educación y, por supuesto, de la Psicopedagogía. Algunas de las investigaciones se dirigen al estudio de la prevalencia y características, situación familiar y social de las personas que padecen el trastorno, mientras otras tratan de desarrollar estrategias y procedimientos para la más efectiva atención de los sujetos. Entre las investigaciones encontradas tenemos:

El estudio realizado por Montiel y Nava (2002) que tuvo como objetivo determinar la tasa de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños en edad escolar de la ciudad de Maracaibo- Venezuela. Con una muestra de 1141 niños de ambos sexos y utilizando las “escalas de Coñeras” revisadas como método de recolección de datos, se obtuvo como resultado una prevalencia estimada del 7,19% discriminado en 0,35% para el subtipo hiperactivo; un 1,4% para el subtipo desatento y un 5,70% para el subtipo combinado. La prevalencia fue mayor para el sexo femenino y se confirmó la “comorbilidad” entre el TDAH y los problemas académicos.

Perry, Hatton y Kendal (2005) dirigieron una investigación con la finalidad de construir una teoría fundamentada acerca de cómo es la experiencia de las familias latinas, residenciadas en USA, al convivir con sus niños que presentan ADHD. El estudio se realizó con 24 familias y el análisis de datos permitió visualizar cinco temas referidos a como los padres asumen la situación de sus hijos con ADHD: a) investigar sobre ADHD, b) empaparse sobre el significado bio-médico del desorden, c) vivir entre dos

culturas, d) cuidar a un niño con ADHD y e) mirar hacia el futuro de sus hijos. Algunas de las características encontradas en los padres latinos se asemejan a las típicamente descritas en la literatura sobre los niños con ADHD y sus familias, sin embargo ellos, viven una experiencia inusualmente compleja y desgarradora por las múltiples condiciones socioculturales, lingüísticas y circunstancias familiares.

Uribe y Vásquez, en 2007, realizaron una investigación “etnográfica-clínica” con la finalidad de estudiar la perspectiva de madres con hijos diagnosticados con TDAH, según criterios del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). El objetivo de los investigadores fue analizar las representaciones culturales que tienen las madres acerca de la situación de sus hijos y la repercusión que esas representaciones tienen en la búsqueda y expectativas de la ayuda psiquiátrica.

La metodología empleada es de tipo “cualitativa”, denominada por los autores “teoría hermenéutica fundamentada” y consiste en realizar entrevistas detalladas a las madres para conocer su experiencia con el trastorno de sus hijos, y el tejido de representaciones culturales con los cuales se busca crear sentido sobre la condición de estos niños. El trabajo de campo se realizó en el Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del hospital de “La Misericordia” (Bogotá-Colombia). El universo estuvo constituido por 12 madres y una abuela de los niños que asistieron a este servicio durante el año que duró la investigación y que tenían, o estaban en proceso, un diagnóstico clínico de TDAH. De los trece casos, sólo uno correspondió a una niña. Las edades de los niños variaron entre 6 y 12 años, y las de las madres entre 24 y 47 años.

Los resultados permitieron a los autores afirmar que la metodología cualitativa es una poderosa herramienta para involucrar el punto de vista de los enfermos en su cuidado y en su terapéutica, es una forma de apreciar

toda la dimensión existencial de la enfermedad y librarla de la noción de malestar y padecimiento que se ha mantenido hasta la actualidad. Es una manera de involucrar al sujeto pensante, sufriente y actuante en su propia curación. Sin embargo, los investigadores reconocen como una limitación de su estudio el no haber incluido la voz de los niños en la investigación.

Desde el punto de vista conceptual la investigación no pretendió producir explicaciones causales de tipo determinístico, ni del tipo probabilístico. Por el contrario, su propósito fue comprender los “horizontes discursivos” desde los propios sujetos sociales, a la vez que se intentó contextualizarlos en una red social y cultural definitiva y concreta, y así develar un “horizonte de sentido” frente al accionar humano. Destaca la importancia de la impronta entre lo individual y las representaciones culturales vigentes sobre la niñez y sus definiciones de “normalidad” y “anormalidad”.

En cuanto al aspecto metodológico concluyen que no existe una terapéutica privilegiada frente al TDAH. Se hace necesario pensar mejores estrategias psicoterapéuticas para trabajar con los propios niños y sus madres toda la “espesa red” de problemas que genera este trastorno. Los autores recomiendan hacer de la “etnografía clínica” y de su “enfoque hermenéutico” instrumentos psicoterapéuticos para el TDAH.

Jarque (2012) realizó una investigación retrospectiva para determinar el número y la eficacia de las modalidades de intervención empleadas en el tratamiento del TDAH infantil y adolescente en los últimos 25 años. Se realizaron revisiones bibliográficas de tres periodos temporales distintos (1986-1992; 1994-2000; 2001-2011). Los resultados muestran que la mayoría de los estudios se ha centrado en analizar la eficacia del tratamiento farmacológico. La autora concluye enfatizando la importancia de implementar intervenciones multimodales y contextualizadas.

En el año 2013, Palacios-Cruz y colaboradores llevaron a cabo un estudio dirigido a evaluar y comparar los conocimientos y creencias de los maestros de niños y adolescentes con TDAH, en tres países latinoamericanos (México, República Dominicana y Bolivia). Se aplicó la Cédula de Autorreporte sobre el TDAH a 587 profesores de escuelas públicas y privadas y se examinaron las respuestas con estadística descriptiva y comparativa. Los investigadores concluyeron que los maestros identificaron al TDAH como una enfermedad, aunque el reconocimiento de sus aspectos biológicos no fue claro. Existen diferencias por país que deben ser tomadas en cuenta en los diseños de los programas locales de atención a la salud.

Por su parte, Contreras (2014) efectuó una investigación con la finalidad de determinar la sobrecarga emocional de los cuidadores familiares de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Con metodología descriptiva, cuantitativa, de corte transversal participaron 38 cuidadores familiares a quienes se les aplicó el cuestionario de "Sobrecarga del Cuidador de Zarit". Los resultados permitieron concluir que los cuidadores de niños con TDAH, en su mayoría son madres, las cuales trabajan en el hogar y cuidan a su hijo entre 19 y 20 horas al día con apoyo en esta labor. La sobrecarga emocional intensa imperó en estas cuidadoras, tienen un alto grado de compromiso con su familiar y sienten que deberían hacer más de lo que hacen por ellos.

Como se puede observar entre los antecedentes de investigación relacionados con nuestro tema de interés, hasta ahora, se ha encontrado predominio de estudios que enfatizan los aspectos clínicos del DAH. El análisis del concepto, la descripción de los síntomas, así como los intentos de abordaje psicopedagógico y farmacológico, son factor común en la mayoría de los trabajos en el área. Es por ello que el estudio de Uribe y Vásquez, así como el de Contreras llaman la atención como antecedente,

ya que en el mismo, al igual que en la presente investigación, se aborda el problema desde una plataforma distinta, que intenta comprenderlo como un verdadero fenómeno complejo, así como también develar el impacto que factores como los actitudinales, cognitivos y afectivos de las personas que conviven con los niños que presentan DAH, tienen sobre la forma cómo se entiende y se maneja esta condición. Otras investigaciones, como las de Kendall y sus colaboradores, también se preocupan por la situación de los padres; pero en todas ellas falta la visión del niño(a).

Como preámbulo al desarrollo del apartado que corresponde a la revisión de la literatura especializada, se considera pertinente destacar que el presente estudio se enmarca dentro de la "Investigación cualitativa", específicamente en el enfoque de la *"teoría fundamentada"*, en el cual se le asigna a la revisión de la literatura la finalidad de proporcionar conceptos claves que pueden servir como fuente de comparación con los datos que surjan en nuestra experiencia investigativa. Así mismo, esta revisión puede incrementar la sensibilidad ante ciertos elementos interesantes que pudieran surgir en la investigación y que de no tener el investigador este bagaje teórico podría dejarlos pasar. La "literatura técnica" también funge como una "cantera" secundaria de datos y una fuente a la cual el investigador puede recurrir para formular preguntas durante el inicio y el desarrollo de la investigación (Strauss y Corbin, 2002).

Desde esta perspectiva, las bases teóricas expuestas en el presente capítulo no constituyen un "mapa" para la construcción del modelo conceptual metodológico que emerja de la presente investigación. Esta "teoría emergente" se construirá a partir de los datos. En este sentido, la teoría es proceso y producto de la investigación.

A través del tiempo.

El Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es tema obligatorio de todas las escuelas de Educación, Psicopedagogía y Medicina. Se reportan estadísticas de su prevalencia en la mayoría de los países del mundo. Sin embargo, su aparición no es tan reciente, su origen se puede ubicar en la primera mitad del siglo XX cuando, en 1902, el médico inglés George Still publicó la descripción del comportamiento característico y particular de un grupo de niños, quienes mostraban escasa capacidad para internalizar reglas, labilidad emocional, mentían con frecuencia, cometían robos, presentaban reducida sensibilidad al castigo, marcada inmadurez a pesar de no presentar deficiencias intelectuales, lo que llevó a Still a considerar este síndrome como “fallas en el control moral” (Presentación y otros., 1999)

Para la época predominaba el excesivo “determinismo biológico” por lo que se buscó en los factores hereditarios la etiología del síndrome. Still reportó un alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidio entre los familiares de los niños; este determinismo biológico hizo posible que se descuidara la influencia de factores ambientales y psicológicos (Gratch, 2005).

En años posteriores, entre 1917 – 1920, distintos investigadores encontraron niños que habían sufrido daño cerebral y mostraban comportamientos similares a los descritos por Still. Desde ese período se considera la hiperactividad como un problema de carácter neurológico. Sin embargo, en muchos casos sospechosos no fue posible demostrar la existencia de un daño cerebral o “postencefalitis”. Esto condujo a los investigadores a sustituir el concepto de “daño cerebral” por otro más funcional como fue “Disfunción Cerebral Mínima (DCM)”.

La DCM se considera un trastorno de conducta que aparece asociado con disfunciones del sistema nervioso central cuyas manifestaciones incluyen: hiperactividad, inestabilidad emocional, desgastes perceptivo-motores, deficiencia de atención, impulsividad, signos neurológicos menores, entre otros (Presentación y otros., 1999).

Este concepto prevaleció durante varias décadas y, en 1937, es Bradley (Gratch, Ob. cit) quién descubre el efecto “pedagógico tranquilizante” de los psicoestimulantes en los niños “hiperquinéticos”. Este descubrimiento tendría posteriormente gran influencia en el tratamiento del Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH) que utiliza el modelo médico.

El Doctor Castro (1984) define la DCM como un problema médico psicológico sin origen específico, que obedece a una alteración a nivel del sistema nervioso central aún cuando obligatoriamente no se presenten alteraciones neurológicas. Esta alteración ocurre en los periodos iniciales de la vida y se traduce fundamentalmente en trastornos de conducta, aprendizaje y/o lenguaje.

La falta de evidencia empírica hizo visible que el concepto de DCM era poco útil para la comprensión del fenómeno así como para su intervención. Resultaba en una “tautología” donde las manifestaciones conductuales y psicológicas se explicaban por la existencia de “alguna” distorsión en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) y, a su vez, el comportamiento del niño(a) hacía inferir la alteración neurológica. Por estas razones, los investigadores, especialmente en Norteamérica, se dedicaron a buscar un concepto más práctico que hiciese énfasis en aspectos comportamentales del problema.

A partir de los años sesenta se utilizan definiciones que ponen el acento en la actividad cognitiva y el comportamiento de estos niños. En 1.968, Werry (citado en Presentación y Otros., 1999) definió la hiperactividad

como “grado de actividad motora diaria claramente superior a lo normal, en comparación a la de niños de su sexo, edad y estatus socioeconómico y cultural similares” (p. 288).

Este tipo de definición, a pesar de ser más práctica y útil que la DCM, todavía carece de elementos suficientes para explicar el trastorno, contiene categorías muy ambiguas como, por ejemplo, “actividad superior a lo normal”, con la cual sería difícil llegar a un acuerdo entre observadores, además al referirse únicamente a la hiperactividad deja de lado otros elementos fundamentales del trastorno.

Para la década de los setenta autores como Virginia Douglas (citada en Presentación y Otros., Ob.cit) destacan los aspectos cognitivos del trastorno como son: la incapacidad para mantener la atención y la impulsividad presentada por los niños. Es en ésta misma década cuando las “anfetaminas” (estimulantes del SNC) se convierten en el tratamiento más usado para el DAH.

En 1.982, Russel Barkley (citado por Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004), uno de los más destacados investigadores del DAH, amplía y da forma a la definición del trastorno considerándolo como una deficiencia de atención, control e impulsos y gobierno de la conducta, que se inicia en los primeros años del desarrollo, significativamente crónico y permanente. Este último elemento es de gran importancia para la comprensión de este desorden, ya que anteriormente se pensaba que era algo pasajero, propio de la infancia y que desaparecía espontáneamente en la etapa de la adolescencia.

En esta misma línea, los investigadores Harris y Hodges, en 1.995, conceptualizaron el síndrome como un trastorno primario del desarrollo que involucra uno o más de los procesos cognitivos relacionados con orientar, focalizar o mantener la atención, que se asocia a impulsividad y dificultad

para atenerse a normas regulatorias de la conducta. Estos autores destacan el carácter permanente del síndrome, pero con diferentes manifestaciones de acuerdo a la edad y la educación recibida. Con estas últimas definiciones vemos como comienzan a aparecer otros elementos además de lo puramente biológico en relación al DAH, como es el factor educativo.

Como consecuencia de toda la investigación realizada por Barkley (2007), se desarrolló un modelo teórico que explica el DAH, basándose en la impulsividad, como un déficit en el control inhibitorio de la respuesta. Esta incapacidad interfiere con las “funciones ejecutivas”, cuya activación permite superar distracciones, plantearse objetivos y planificar los pasos para lograrlos.

Investigaciones realizadas en el área como la de Osterland, Scheres, Vander Lee y Sergean (Gratch, 2.005), en 1.998, presentan evidencia empírica de que los niños con DAH y los que tienen DAH más trastornos de conducta, muestran deficiencia en todo el sistema ejecutivo evaluado; así como un funcionamiento defectuoso en determinadas regiones cerebrales, a saber: corteza pre frontal derecha, dos de los ganglios basales (núcleo caudado, globo pálido) y algunas zonas del cuerpo calloso.

El modelo de las funciones ejecutivas también propone la influencia de un factor genético que explicaría la forma como el cerebro utiliza la “dopamina” (neurotransmisor de los receptores a los transportadores). Todos los elementos neurobiológicos explicarían el “déficit en la inhibición conductual y autocontrol” lo que impide internalizar y aplicar las funciones ejecutivas, que son: memoria de trabajo, internalización del lenguaje autodirigido, control de las emociones y reconstrucción (Barkley, 2007). Estas funciones comienzan a desarrollarse en el primer año de vida y continúan haciéndolo hasta la adolescencia. La “memoria de trabajo” es una

habilidad que nos permite recordar cosas en el futuro cercano y usar esa información para realizar nuestra actividad.

El “lenguaje interior o autodirigido” le permite al individuo guiar sus acciones de acuerdo a una planificación particular sin necesidad de controles externos, el desarrollo de este lenguaje es fundamental para la reflexión, la lectura, el seguimiento de instrucciones, etc. La “regulación de las emociones” conlleva a internalizar los sentimientos, mantenerlos para sí mismos y expresarlos en la forma y momentos adecuados, así como también a generar motivación intrínseca para mantenerse en el trabajo aún en ausencia de una recompensa inmediata. La “reconstrucción” se refiere a la capacidad para solucionar problemas considerando las diferentes alternativas frente a los obstáculos que puedan surgir en el camino para la consecución de una meta; lo que implica el uso de un pensamiento creativo, flexible y el reconocimiento de que un objetivo se puede alcanzar por diferentes vías(Gratch,2005).

En este modelo se le otorga a los factores psicosociales un carácter periférico considerando que contribuyen al desarrollo y pronóstico de estos problemas. Se estima que dentro del “tratamiento de los niños” es primordial la educación de la familia y del personal de la escuela acerca de la naturaleza del trastorno y su manejo. Pero se sigue otorgando mayor prevalencia al uso de medicamentos como las anfetaminas y los antidepresivos por los “espectaculares” resultados que provocan en el comportamiento de los niños(as).

Este es un punto controversial en lo que se refiere al tratamiento, pues aunque muchas investigaciones evidencian los resultados favorables en el proceso de atención y comportamiento de los niños(as), también se ha demostrado los efectos secundarios negativos producto del uso de dichos

medicamentos (Gratch, 2005). Más adelante nos extenderemos sobre este asunto.

A modo de definición.

Hasta la actualidad las numerosas investigaciones que se realizan en torno al Déficit de Atención e Hiperactividad parten de sus propias definiciones y en ocasiones modifican conceptos que sirvieron de punto de partida a consecuencias de los resultados encontrados. Es, por ello, que encontramos distintas conceptualizaciones, aunque, por supuesto, con elementos comunes para definir el DAH.

Russel Barkley (1.982) define el trastorno como una alteración del desarrollo de la atención, la impulsividad y la conducta gobernada por reglas (obediencia, autocontrol y resolución de problemas), que se inicia en los primeros años del desarrollo. Destaca Barkley la “cronicidad” del síndrome, así como sus bases neurológicas.

Para Shaywitz y Shaywitz (citado por Shea y Bauer, 2000), el DAH es un desorden neurológico que afecta la capacidad para controlar el nivel de actividad motora, para seleccionar estímulos externos relevantes y para reflexionar antes de actuar. Estos autores también destacan las bases neurológicas del trastorno así como los síntomas de hiperactividad, desatención e impulsividad cognitiva.

En 1995, Harris y Hodges (citado por Condemarin y Otros., 2004), lo definieron como un “trastorno primario del desarrollo que involucra uno o más de los procesos cognitivos relacionados con orientar, focalizar o mantener la atención, que se asocia a impulsividad y dificultad para atenerse a normas regulatorias de la conducta” (p. 18).

Gratch (2005) ubica el déficit de atención e hiperactividad como un trastorno de la “neurotransmisión” de la corteza pre-frontal, la cual sería

corresponsable en la planificación y regularización de la conducta y sirve esencialmente para planificar y anticipar eventos futuros. Este autor resalta el carácter neurológico del trastorno a la vez que hace énfasis en las consecuencias que se observarían en la conducta del sujeto al fallar la capacidad de autodirigirse de acuerdo a una planificación basada en los acontecimientos del porvenir.

Por otro lado, Mendoza (2005) considera que el DAH "es un desorden neurobiológico y aunque no se conoce a ciencia cierta la causa del problema, las últimas investigaciones confirman que es una alteración en los mecanismos de reabsorción de los neurotransmisores (como la dopamina)" (p. 15).

González (2007), parafraseando a Barkley, sostiene que el Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad.

Como se puede observar en las definiciones anteriormente referidas hay puntos coincidentes al considerar el DAH, tales como la carencia en los procesos de atención, ausencia de reflexión y autocontrol: La diferencia entre ellas es que algunas colocan el acento en los aspectos conductuales manifiestos, mientras otras hacen hincapié en los factores neurobiológicos que se han evidenciado en las investigaciones realizadas y que se asocian con la aparición del trastorno. Por supuesto, estas definiciones no son mutuamente excluyentes, al contrario, pensamos que podrían complementarse entre sí.

Aún cuando diferentes autores pueden elaborar su definición de acuerdo a la orientación de cada investigación, el concepto usado con mayor frecuencia por especialistas en el área es el de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), la cual establece en el Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM –IV (1.994), los criterios diagnósticos específicos para el TDAH.

En primer lugar, lo ubica como un trastorno de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, de tipo neurobiológico, el cual provoca la desatención de destrezas importantes para el desarrollo académico, social, emocional y físico. Se distinguen tres sub-tipos en el TDAH: a) el “combinado”, b) “con predominio del déficit de atención” y c) “con predominio hiperactivo – impulsivo”. El tipo se determina de acuerdo a la prevalencia durante los últimos 6 meses de los criterios A1 y/o A2. A continuación se describen cada grupo de criterios:

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) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

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

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve con exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad

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

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 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 del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Como puede observarse la mayoría de las definiciones revisadas, así como el DSM –IV, son bastante claros al afirmar que los elementos que caracterizan al trastorno son: falta de atención, exceso de actividad motora y ausencia de autocontrol o impulsividad. Dada la importancia que estos

procesos tienen en el desarrollo cognitivo, emocional, social y actitudinal del ser humano estimamos conveniente detenernos con una breve explicación de cada uno de ellos.

El “proceso de *atención*” consiste en la aplicación selectiva de la consciencia a un objeto o hecho determinado que queda destacado en el campo mental (Béla, 2.000). Atender implica concentrarse en aquellos estímulos que en un momento determinado son relevantes en las actividades que realizamos, a la vez que se ignora la estimulación irrelevante para esa actividad. También la atención implica desviar nuestra concentración de una situación estimulativa a otra cuando así lo exija la actividad que estamos realizando. En resumen, puede entenderse como el proceso psicológico empleado en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (Servera y Otros., 2005). La implicación que tiene este proceso en el desarrollo y aprendizaje del niño(a) es incuestionable. Es, quizá, el elemento más básico para que se procese información de manera adecuada.

Distintas investigaciones realizadas en niños que presentan TDAH (Caballo y Simón, 2.005) han tratado de establecer si el déficit se presenta como un problema de “distraibilidad” o más bien de incapacidad para mantener la atención. Algunos consideran que este déficit sería más bien secundario al problema de la “desinhibición conductual”. Es decir, que el niño por realizar diversas actividades de manera simultánea no logra concentrarse en ninguna de ellas. En todo caso, los niños con TDAH suelen tener un bajo rendimiento escolar porque se distraen con facilidad y no escuchan bien, debido a su incapacidad de concentrarse en una actividad ignorando las restantes (Hardy y Harris, 1.998).

Así mismo, se ven entorpecidas todas las actividades que impliquen cambio de concentración mental para proseguir en la tarea, como algunos

padres y docentes expresan: “el niño parece estar en la luna”, o “nunca culmina lo que empieza”. El déficit de atención es quizá la más importante y comprometedora manifestación del DAH que, como ya se describió, puede presentarse con o sin la hiperactividad.

Cuando se presenta sin hiperactividad puede pasar mayor tiempo para ser detectado ya que, como el niño no molesta a los docentes y padres, éstos lo consideran como un niño bueno, pero distraído y suelen ser las dificultades para aprender lo que lleva a sospechar que el alumno tiene “algo” diferente y a buscar ayuda profesional.

En cuanto al segundo elemento de la tríada, la “*hiperactividad*”, es el elemento más llamativo y el que desde el inicio de la historia sirvió para definir el síndrome. Se refiere a un exceso de actividad motora y verbal que suele ser irritante para las personas que conviven con el niño(a). El “exceso” se determina tomando en consideración el nivel evolutivo del sujeto, pues lo que puede ser esperado para un infante de dos años en período sensorio-motor, no lo sería para un niño de siete ubicado en operaciones concretas, por ejemplo.

Según Mendoza (2.005), estos niños pueden manifestar una baja coordinación motora por lo que se caen con frecuencia, tumban objetos que manipulan, se mueven constantemente, saltan, etc. En muchas ocasiones, los padres y docentes confunden esta manifestación como una forma de rebeldía o demanda de atención por parte del niño. En cuanto a la “evaluación psicológica”, se requiere realizar “diagnóstico diferencial” con el “oposicionismo desafiante” (od) y “trastornos de conducta” (tc).

Por último, nos detendremos en la “*impulsividad*”, claramente relacionada con las anteriores. Se puede definir como una limitación para regular la conducta ante determinadas situaciones. Servera y colaboradores (2.005) distinguen entre la “*impulsividad social*” y la “*impulsividad cognitiva*”.

La primera se ve reflejada en la incapacidad del individuo para esperar turno, trabajar en tareas cuyo refuerzo no es inmediato, dificultades para seguir instrucciones. La impulsividad cognitiva está más relacionada con los procesos de reflexión cuando se requiere responder a tareas complejas, los niños (as) con DAH, no toman tiempo para pensar sobre el asunto y responden apresuradamente por lo que suelen cometer más errores de lo habitual, sobre todo si la tarea implica incertidumbre de respuesta como suele pasar con las asignaciones escolares.

Esta es una característica que puede confundir el TDAH con el “Trastorno del Aprendizaje” (DSM-IV). Según Servera, Bornas y Moreno (Ob.cit), algunos errores que han sido considerados como producto del Déficit de Atención también podrían responder a la impulsividad, es por ello que se requiere una mayor investigación en este campo, ya que muchas investigaciones (Barkley (1.990), Hahenbach y Edelbrook (1.983), Taylor y Sandlberg (1.984), en Servera y Simón (2.005)) no han logrado distinguir medidas de impulsividad de otras como la falta de atención, sobreactividad o de trastornos de conducta en general.

El laberinto

Tal como se han construido diferentes marcos conceptuales para el TDAH, a la par se desarrollaron un conjunto de investigaciones que buscaron responder a la etiología del mismo.

Según “la teoría del deterioro de las funciones ejecutivas”, cuyo principal exponente es Rusell Barkley, existe un sustrato neurobiológico que explicaría en parte este deterioro. Presentación y otros (1.999), reportan que los resultados de diversas investigaciones evidencian tanto funcionamiento defectuoso como anomalías anatómicas cerebrales en regiones relacionadas con las funciones cognitivas (ejecutivas) del ser humano. Específicamente, la corteza pre-frontal derecha, cuyas áreas de asociación reciben información

sensitiva pre-analizada indispensable para llevar a cabo procesos prolongados de pensamiento. Se ha demostrado que al seccionar las conexiones nerviosas entre la corteza pre-frontal y el resto del encéfalo, se observan cambios mentales relacionados con la emisión de respuestas sociales inadecuadas, incapacidad para planificar objetivos y trabajar secuencialmente en su consecución (Guyton, 2.004).

En esta misma línea se reporta que algunas zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales, tienen menor tamaño en los niños hiperactivos que en los niños normales; aunque no se sabe con exactitud porqué estas estructuras tienen menor tamaño, se sospecha la presencia de mutación de algunos genes muy activos en estas zonas (Presentación y Otros., ob. cit).

Otro de los factores asociados al DAH es la deficiencia en el proceso de neurotransmisión cerebral. La sinapsis o conexión entre neuronas se produce porque cuando una neurona recibe una "señal" o información, libera sustancias químicas llamadas *neurotransmisores*, que estimulan las dendritas de la siguiente neurona de manera que ésta transmita el estímulo a la siguiente en la cadena. Una vez que la siguiente neurona ha sido estimulada se reabsorbe el neurotransmisor y se reserva para la siguiente estimulación. En el caso de los sujetos con DAH se ha encontrado que el mecanismo de reabsorción no funciona adecuadamente, de forma que los neurotransmisores (especialmente la dopamina) permanecen liberados estimulando y reestimulando, pero a la vez actuando como un inhibidor del siguiente estímulo (Mendoza, 2.005). Obviamente, esta deficiencia se verá reflejada en la actividad psicológica del sujeto en alteraciones de los procesos de atención, impulsividad y motivación.

El factor hereditario también ha sido ampliamente investigado en relación con el DAH. Condemarín y Otros (2.005) presentan una revisión de

estudios, cuyos resultados apoyan la hipótesis genética. Algunos reportan que del 20 al 32% de los padres de niños con DAH tienen ese trastorno; otros demuestran que los padres y otros familiares directos de los niños con TDAH son significativamente más propensos a tener historias de juventud o de niñez con el síndrome. La evidencia apoya la hipótesis de que el trastorno tiene características de cuadro familiar y heredable, de origen “poligénico”.

Debido a que no todos los casos del DAH pueden explicarse por factores genéticos o hereditarios, se han propuesto hipótesis que vinculan el trastorno a factores pre – peri y post-natales, sin embargo, la evidencia empírica no ha sido suficiente para respaldarlo. Igualmente sucede con las propuestas de asociar el síndrome con factores nutricionales, como la ingesta de azúcar o colorantes artificiales (González, 2007).

Los factores familiares y psicosociales parecen estar más asociados a los aspectos de la forma como cursa el cuadro, la intensidad y pronóstico que a la etiología del mismo. Sin embargo, la importancia de estos factores, como agentes protectores o de riesgo para los niños(as) con DAH, tiene cada día más fuerza en el campo de investigación, tal como afirman Condemarin y Otros (2004), cuando especifican que el pronóstico de los niños con DAH tiende a empeorar si no cuentan con un soporte emocional adecuado, así como también cuando asisten a colegios con poca actitud receptora a sus dificultades.

La forma como el contexto familiar y educativo asuman y confronten las discapacidades del niño con Déficit de Atención e Hiperactividad va a ser determinante para la recuperación que este pueda mostrar. Según Condemarin y Otros (Ob. cit) la “*resiliencia*” frente al síndrome está altamente determinada por la confluencia de factores familiares y escolares.

De acuerdo con González (2007) el contexto es un elemento coyuntural que incide sobre la naturaleza y severidad del trastorno por lo que

no puede subestimarse su importancia en la evaluación e intervención de los niños(as) que presentan el síndrome.

La confluencia de esta diversidad de factores en la etiología del DAH ha creado cierta confusión entre padres y docentes, en cuanto a cuál debería ser el camino a seguir con estos niños. Consideramos que esta confusión puede aclararse en la medida que las propuestas explicativas superen la dicotomía biológico-ambiental y comiencen a ver el desarrollo humano como un continuo entre lo neurobiológico y lo psicosocial; ya que en DAH el niño(a) sufre una condición (anatómica, hereditaria, etc.) que dificulta su desempeño académico, afectivo y social., causando un considerable impacto en su familia, comunidad escolar y grupo social.

Según Bauermeister (2.000) el contexto social y la cultura juegan un importante papel en el proceso tanto por la forma como se expresan la inatención, impulsividad e hiperactividad; como por la manera como la cultura tolera estas manifestaciones.

En este sentido, Cur citada por González (2.007), afirma que, en comparación con la cultura anglosajona, las culturas hispanas tienden a ser más permisivas con la expresividad de las relaciones sociales, lo que conllevaría a una mayor tolerancia con los niños que tienen la condición. Este es un ejemplo de cómo distintos factores biológicos, psicosociales, culturales co-actúan para la aparición, curso y posterior intervención y recuperación del DAH.

De oruga a mariposa

Tal como lo hemos afirmado y documentado desde su aparición el DAH ha sido tratado como un problema médico, puesto que su etiología está casi completamente explicada por causas neurobiológicas, los esfuerzos en la recuperación de estos niños (as) se han centrado en este aspecto. Dentro

de este modelo médico subyace la concepción de lo anormal vs lo normal, de los sanos frente a los enfermos. Consideramos de suma relevancia detenernos en este punto, ya que es clave para la comprensión de lo que ha ocurrido y ocurre con los niños que presentan DAH en las sociedades actuales.

Derivada de la conceptualización tradicionalista se hereda del modelo médico inicial la idea de considerar al niño(a) con DAH como un “enfermo”, alguien con un defecto, por demás biológico, que debe ser atendido por los especialistas como un caso clínico, haciendo cada quien su trabajo lo más eficientemente posible para que este niño logre adaptarse a las exigencias que la sociedad le impone. El concepto de ver la alteración psicológica como una anomalía y a la persona que la presenta como un anormal, no es una concepción novedosa, como se dijo con anterioridad: esta figura ha estado presente desde los inicios de la Psiquiatría como ciencia.

Al respecto, Foucault (2000) se refiere a las “anomalías” como objeto de estudio de la Psiquiatría y propone una “genealogía” que incluye tres personajes: “el gran monstruo, el pequeño masturbador y el niño indócil o inasimilable al sistema normativo de educación” (p.76). A juicio del autor este último personaje (el niño indócil) , que no es un enfermo como tal, pasa a ser sujeto de intervención por la necesidad de corregir y mejorar su comportamiento y así comienza durante los siglos XVIII y XIX a desarrollarse una serie de conceptos, técnicas y procedimientos con los cuales se busca “enderezar” a los incorregibles. Esta noción de “corrección” se mueve entre el discurso médico y el discurso jurídico buscando un conocimiento que pueda explicar el comportamiento “anormal” de ciertos individuos y surge así una dicotomía entre el enfermo y el delincuente con el interés de establecer responsabilidades por actos delictivos.

De acuerdo con Ruíz (2007) algo similar ocurrió en los campos de la Psicología y el de la Educación, materializándose en la práctica de la denominada Psicopedagogía, que ha permitido, dentro de la institución escolar, el reconocimiento y atención de ciertas categorías psicológicas y pedagógicas. Sin embargo, la Psicopedagogía ha buscado en el campo médico el origen de estas categorías y ha hecho de su práctica una especie de imitación del trabajo del galeno, buscando en el “cuerpo” del niño(a) el problema y atendiendo de manera exclusiva y atomista los síntomas que manifiesta. En palabras de la autora, en el caso de los niños con déficit de atención e hiperactividad el tratamiento ha sido fundamentalmente medicamentoso y, en el campo educativo, mediante una metodología de “recuperación” o “normalización”, basada en tratamiento individual.

La escasez de resultados positivos, así como la falta de evidencia científica de este enfoque, ha hecho a la Psicopedagogía avanzar hacia modelos más “integracionistas”, donde se reconoce la diversidad de los niños(as) en cuanto a sus habilidades, actitudes y comportamientos. Ha sido desde el campo de la Educación Especial donde se han generado propuestas más innovadoras con respecto a los niños(as) y adolescentes diferentes.

Tal como lo refiere Aramayo (2.005), la clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías propuesta en los años ochenta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), condujo a un cambio conceptual que modificó la manera de considerar a las personas que sufren algún trastorno o discapacidad. De igual manera, se modificaron los procedimientos de estudio y evaluación, así como las políticas de atención y el rol de los profesionales que atienden a la población en cuestión. Para el modelo médico de la enfermedad ésta “constituye una dificultad en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él” (p. 41). De esta manera, el enfermo sería incapaz de

desempeñarse adecuadamente dentro de su grupo social, a menos que alguna persona con suficiente conocimiento sobre su condición actúe sobre él y en cierta forma corrija lo que está errado. Las personas con este “conocimiento” vienen a ser los especialistas, es decir, neurólogos, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos; quienes determinarán cuáles son las necesidades terapéuticas de niños (as) con algún trastorno o enfermedad mental.

La investigación realizada por Castro (1984) puede ilustrar la forma como se concibe el tratamiento desde el modelo médico para los niños con Disfunción Cerebral Mínima. En primera instancia, se plantea la necesidad del trabajo en equipo, pero con modalidad multi-disciplinaria más que inter o transdisciplinaria; se dedica la mayor parte de la propuesta al tratamiento medicamentoso considerando que éste puede ayudar a modificar el comportamiento del menor desde su aprendizaje hasta los estados afectivos. En cuanto al tratamiento psicológico se hace hincapié en que debe estar dirigido “a modificar el curso de una personalidad que se ha venido estructurando en forma distorsionada...” (p. 55). Además de esto, se propone entrenamiento senso-perceptivo-motor y la orientación familiar como una forma de aliviar las tensiones y ansiedades que la presencia del “niño enfermo” ocasiona al grupo familiar.

Como se puede observar, desde esta perspectiva, el problema lo tiene el niño o quien vendría a ser el *paciente identificado* y son los especialistas los encargados de corregir estos problemas, dirigiendo incluso a la familia por verse ésta afectada directamente por la situación problemática. El modelo médico no deja de lado los factores ambientales, aunque tampoco los incluye dentro de la investigación, solamente propone que deben tomarse en cuenta.

Es evidente que la forma de abordar el tratamiento de los niños con DAH se ha modificado desde la década de los ochenta hasta nuestros días. La evaluación del niño o niña con DAH es realizada actualmente además del psicólogo por neurólogos y/o pediatras. Fundamentalmente, se lleva a cabo para esta evaluación la aplicación de pruebas psicológicas que, de acuerdo con Servera y Otros (2.005), pueden clasificarse según los niveles de actuación o medición de procesos y conducta en el niño o también por los instrumentos de evaluación empleados, es decir, entrevistas, encuestas, escalas de observación, entre otros. Para estos autores, aunque la evaluación suele comenzar con la entrevista clínica a padres y maestros, la utilidad de este instrumento ha sido puesta en entredicho por su bajo índice de fiabilidad, así como por la baja correlación entre los informes de padres y maestros. Para cumplir con esta fase del tratamiento existen en el mercado multiplicidad de entrevistas estructuradas, semi-estructuras, escalas y cuestionarios para padres y maestros, escalas de evaluación de la actividad del niño, así como también cuestionarios de conducta infantil y escalas de comportamiento.

Según Condemarín y otros (2.004), para la elaboración de un buen diagnóstico, es necesario considerar las expectativas del medio (muchas veces irrealistas) y las diferencias culturales en la interpretación de la conducta. Insisten en la relevancia del reporte de padres y docentes, aunque no siempre coincidan con las puntuaciones en los test y la conducta del niño.

Dado que las personas con DAH constituyen un grupo diverso y heterogéneo proponen un abordaje “multidimensional y multidisciplinario”, con el uso de instrumentos de distinta naturaleza y la participación de especialistas de diversas áreas. Las autoras destacan la importancia de que las entrevistas para realizar la “anamnesis” no sólo se efectúen con los padres sino que se incluya al propio niño(a), para indagar sobre sus

intereses, temores y expectativas, de manera que se sienta participe del proceso y no sólo como el sujeto que va a ser atendido. Entre los especialistas que deben formar parte del equipo destacan: El médico neurólogo, el psicólogo, el psicopedagogo, el psiquiatra y el docente.

Como se observa este modelo de evaluación sigue las pautas del anterior, amplía la participación de los docentes y de los propios niños (as) en el proceso. También recomienda el uso de entrevistas, pruebas psicológicas, escalas de evaluación para padres y docentes. Para los autores es igualmente importante el “diagnóstico diferencial” y la “comorbilidad” en la persona con DAH, pues en caso de superposición de síntomas o de otros desórdenes que coexistan con el déficit de atención, éstos deben ser diagnosticados e intervenidos en forma paralela.

De acuerdo con González (2.007) la evaluación del niño con DAH debe incluir aspectos conductuales, psicológicos, educativos y médicos. Para establecer el diagnóstico es necesaria la intervención de varios profesionales, como serían: neurólogo, pediatras, psiquiatras, psicólogos, terapeutas del lenguaje, terapeutas ocupacionales y maestros especializados en Educación Especial, además de los padres y representantes. Es necesaria una “evaluación multimodal” con un equipo multidisciplinario. Los maestros son considerados como “una fuente de información valiosa”, por lo que deben ser entrevistados al comienzo de la evaluación. Siguiendo a Pérez, González (Ob.cit) considera que el no realizar una buena evaluación para el diagnóstico con este conjunto de profesionales puede ser muy perjudicial y conducir a lo que él llama *falso positivo*, es decir, niños y niñas mal diagnosticados.

Similar a los planteamientos anteriores, Presentación y colaboradores (1.999) consideran que el diagnóstico del DAH exige una aproximación esencialmente clínica. El problema debe enfocarse desde una perspectiva

“multimetodológica” y “multidisciplinar”. Lo indicado sería realizar una evaluación comprensiva, que incluya: examen médico, historia de los síntomas específicos del TDAH, criterios del DSM-IV o del CID-10, escalas de estimación conductual, evaluación psicoeducativa y observaciones de la escuela. Avalan una perspectiva multidisciplinar y la observación, por parte del clínico, de la conducta del niño en diferentes contextos naturales, dada la variabilidad de las manifestaciones conductuales.

En cuanto a lo que se considera tradicionalmente como la “intervención” propiamente, encontramos posiciones semejantes a las referidas para la evaluación. Existe acuerdo entre los autores en que el TDAH tiene un carácter esencialmente crónico y que de no ser atendido durante la infancia, las personas que lo presentan pueden sufrir consecuencias graves en la adolescencia y edad adulta, tanto a nivel personal como familiar y social. Debido a esto se han desarrollado múltiples formas de abordaje que varían de acuerdo al énfasis que colocan en uno u otro aspecto del tratamiento.

Miranda, Presentación y Jorques (1.997) proponen un “enfoque *contextualizado y multicomponente*”, para el tratamiento de personas con TAH, cuya principal característica es estar centrado en la prevención mediante cambios ambientales y el desarrollo de habilidades en el niño. La “intervención” se fundamenta en una modificación del contexto donde se manifiesta la conducta desadaptada. El esfuerzo se debe centrar en identificar y modificar las deficiencias contextuales, así como en potenciar los aspectos positivos del medio, mediante cambios significativos en el ambiente donde el niño (a) se desenvuelve. Los programas educativos deben estar dirigidos a favorecer en los niños(as) el aprendizaje de las conductas adaptativas que puedan sustituir a las problemáticas.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los autores consideran que solo debe emplearse en los casos más graves cuando la intervención psicopedagógica no sea suficiente. Este enfoque se enmarca dentro de la "perspectiva del ciclo vital", por lo que propone una intervención a largo plazo que vaya dando respuesta a la característica y necesidades que puedan surgir a lo largo de la vida de la persona con DAH.

Para Condemarín y otros (2.004) el tratamiento farmacológico es por sí solo el que ha demostrado mayor eficacia para controlar la hiperactividad y la falta de atención, ya que actúa directamente sobre el sistema nervioso central mejorando su funcionamiento. Los fármacos más utilizados en la actualidad son los "psicoestimulantes", cuya acción consiste en facilitar la transmisión sináptica, junto con aumentar la actividad excitatoria. Sus efectos positivos se observan en el cambio comportamental, mejoras en la capacidad de atención, el aprendizaje y en el control de la impulsividad. Aún cuando se reconoce que el uso de psicoestimulantes tiene efectos secundarios (disminución del sueño y el apetito), y éstos han sido magnificados por algunos investigadores, no obstante, se hace valer la opinión de que los beneficios son mucho más relevantes que los efectos perjudiciales.

A pesar de que los autores reconocen la eficacia de los fármacos, consideran que su uso no es suficiente para la intervención, es necesario el trabajo integrado a diferentes niveles, y destacan la importancia que tienen los programas de apoyo a nivel familiar y escolar, entre ellos, la "psicoterapia familiar sistémica", que busca ampliar los focos de intervención a los sistemas escolares, familiares y redes de apoyo social. Asimismo, destacan la importancia de la "modificación de conducta" y del "estilo cognitivo del sujeto", mediante el uso de "técnicas cognitivo-conductuales", como se profundizará a posteriori.

Todos estos procedimientos están enmarcados dentro de un “enfoque multidisciplinario” donde el aporte de cada uno de los especialistas es fundamental para lograr los objetivos deseados. Destacan también la importancia de que el niño se involucre y tome conciencia del rol que él tiene en su proceso de recuperación, inclusive en la administración de sus medicamentos. El niño(a) debe saber que su bienestar no depende sólo de las pastillas o de lo que hagan los profesionales que lo atienden, sino, además, de su participación activa y disposición para actuar en su propio beneficio.

Entre la diversidad de propuestas para la intervención, Mendoza (2.005) considera que ésta debe comenzar por la terapia familiar que incluya el manejo de límites, modificación de conductas y comunicación. La familia, por ser el núcleo básico en donde el individuo se desarrolla, debe proveer el “andamiaje emocional” para el crecimiento del niño, por eso la ubica en el centro del tratamiento. Incluye además la “terapia pedagógica” cuya finalidad será entrenar al niño en el uso de estrategias que le permitan suplir sus deficiencias. A juicio de la autora, los medicamentos sólo deben emplearse después de haber intentado con las otras terapias y resalta que a pesar de que en la actualidad la tendencia es a usar el medicamento en primer lugar, porque es la forma más fácil y rápida de producir cambios en la conducta del niño (a), los resultados pueden variar entre un niño y otro por lo que solamente el neurólogo, previo análisis de cada caso, debería indicar la dosis y el tratamiento de “psicofármacos”.

Para diversos autores, la intervención del DAH se ha desarrollado a partir de dos modalidades terapéuticas que difieren en cuanto al enfoque conceptual y al modelo de enfermedad subyacente (Servera y otros al, 2.005). Por una parte, se ubica el tratamiento farmacológico, que se ha extendido desde la década de los setenta en forma rápida y generalizada en muchos países del mundo, especialmente en U.S.A, donde los autores

reportan que aproximadamente el 6% de los niños (as) escolarizados está siendo medicado con "metilfenidato" (Ritalin). Además de estos estimulantes también se emplean otros fármacos como tranquilizantes y antidepresivos.

Los autores coinciden con otros investigadores en la producción de efectos secundarios por la medicación tales como: pérdida de apetito, insomnio, dolor de cabeza, abdominal y alteraciones del estado de ánimo. En general, esos efectos se pueden controlar haciendo ajustes de las dosis diarias. Además, ha sido comprobado que una vez suspendido el tratamiento los síntomas de hiperactividad reaparecen (Barkley, citado por Servera et al Ob.cit), lo que es indicativo de que los medicamentos no producen una modificación sustancial en el pronóstico del niño.

El tratamiento que se ha contrapuesto, tradicionalmente, al farmacológico se basa en la "terapia cognitiva conductual". La intervención incluye las terapias trabajadas directamente con los niños y el entrenamiento de padres y representantes. Esta metodología es producto de la inducción de los principios del "análisis conductual aplicado" y de las "teorías del aprendizaje social", así como también la combinación con técnicas cognitivas, como son, el "entrenamiento en auto instrucciones", "métodos de autocontrol", entre otros. Los resultados obtenidos con estas terapias son dispares, ya que, aunque se reporta aumento en la conducta atencional y académica, disminución de la conducta motora excesiva y mejores relaciones con su grupo de pares, los resultados en cuanto a generalización y mantenimiento han sido escasos (Condemarín y otros. 2004; Servera y otros. 2005; González, 2007).

En la búsqueda por optimizar los beneficios de las intervenciones, en los últimos años se han implementado los tratamientos combinados (Servera ob. cit) de las terapias cognitivas-conductuales y farmacológicas, que a pesar

de no lograr aún resultados consistentes que permitan afirmar la superioridad en la efectividad terapéutica en el DAH, es una línea de investigación y de tratamiento que se hace prometedora en el área, buscando elevar los resultados de las terapias tradicionales mediante la generalización y perdurabilidad de sus efectos.

Mediante la revisión realizada de la literatura especializada podemos señalar algunas constantes referidas al abordaje conceptual y metodológico que se ha empleado y se emplea con las personas que presentan DAH. Por una parte, resalta la concepción “atomista” que considera lo biológico-psicológico- social como entidades separadas que conforman la humanidad del individuo, aunque se reconoce la interacción que existe entre ellas y se hacen esfuerzos para atenderla de forma multidisciplinaria, la orientación subyacente se refleja en el hecho de priorizar algunos de estos aspectos mientras otros son vistos como áreas complementarias que pudieran ser atendidas o no dependiendo de las circunstancias. Ejemplo de ello es la incorporación del grupo familiar al tratamiento del niño(a) con DAH.

Reflejo de esta concepción también es la forma como los distintos autores plantean el trabajo de los especialistas, quienes deben permanecer cada uno dentro de los límites que institucionalmente se les asignaron, llegando los más interaccionistas a plantear la colaboración o cooperación entre estos profesionales sin llegar todavía a plasmar la “transdisciplinaridad” como una opción válida de materializar la intervención.

Aun cuando se reconozcan las diferencias, esto no garantiza el manejo apropiado de las mismas en el ámbito escolar. Por el contrario, en ocasiones, este reconocimiento puede conducir a la estigmatización de la persona “diferente”, haciéndola sujeto de las consecuencias adversas de dicho estigma, como pueden ser el rechazo y la exclusión social, entre otros.

En la investigación que aquí se propone se considera que la comprensión profunda del niño(a) con DAH implica una “mirada” distinta del desarrollo humano, así como de las formas de aproximación al conocimiento de las ciencias de la Psicología y de la Educación.

Bases Teóricas

Desde esta perspectiva pasamos a revisar enfoques teóricos que proponen una visión integradora y amplia del desarrollo humano y sus variaciones, y que, a nuestro modo de ver, pueden servir de “plataforma teórica” en la búsqueda planteada, permitiendo un acercamiento que va desde lo cotidiano de nuestro quehacer investigativo y laboral hacia una comprensión generalizada, abarcadora de nuestra realidad.

Los enfoques teóricos a los que se hace referencia son: *Teoría de la Biología del Conocimiento y del Amor*, cuyo principal exponente es Humberto Maturana (1928-); *Modelo Bioecológico de Urie Brofenbrenner* (1917-2005), y *la Psicología Cultural-Histórica*, representada por Michael Cole (1938-).

En conjunto, estos enfoques teóricos explican el desarrollo humano como producto de variables interconectadas que se encuentran desde niveles individuales, como el desarrollo biológico, la construcción de representaciones sobre sí mismo, auto respeto, intelectualidad; hasta variables de interacción entre grupos de seres humanos, como son la familia y la escuela. A la vez extienden esta explicación hacia el impacto de macro influencias como la sociedad y la cultura; todos ellos tienen como eje transversal el momento histórico que le corresponde a cada individuo y a cada grupo.

Biología del Conocimiento y del Amor.

Como su nombre lo indica, esta aproximación teórica es altamente prolífera en la concepción del desarrollo humano. Coloca en perspectiva a un ser biológico que responde a leyes naturales desde esa condición y que se eleva de ella por sus características esencialmente humanas, entre ellas el amor como “pivote maestro” en las relaciones entre individuos y la formación humana.

La piedra angular, dentro de este enfoque, es la consideración de que la experiencia del ser humano está atada a su estructura de una manera insoluble. Las experiencias (biológicas y sociales) determinan la forma como cada individuo ve el mundo. Es así como se presenta de manera categórica el hecho de que el conocer será siempre una experiencia en la que están involucrados invariablemente la persona que conoce y lo que se pretende conocer y esto no es aplicable solamente a los aspectos del mundo físico, sino que se extiende a todas las dimensiones del vivir. Tal como lo dejan ver Maturana y Varela (1996) cuando sostienen que toda reflexión que se pueda hacer es hecha por alguien particular en un lugar particular.

De acuerdo con los autores, lo que caracteriza a los seres vivos es su *organización*, es decir, las relaciones que se establecen entre los elementos que lo conforman. En este caso, describen una organización que ellos llaman *autopoietica*, lo que significa que las estructuras organizativas se reproducen a sí mismas continuamente. En este tipo de unidad los componentes se encuentran relacionados de manera dinámica y continua en una red de interacciones. Esta característica de “autopoiesis” permite considerar a los seres vivos como unidades autónomas, o sea, capaces de especificar lo que les es propio. Estas unidades autopoieticas (seres vivos) mantienen una constante interacción con su entorno, lo que genera una historia de cambios estructurales entre ambos. A estos cambios los llaman Maturana y Varela

(1996) "*perturbaciones recíprocas*" y, en la medida que cada una de estas interacciones le permiten a cada una de las unidades mantener su organización particular, habrá "*acoplamiento estructural*" o dinámica de adaptación entre el organismo y el medio.

El acoplamiento estructural se explica en la Teoría Biológica del Conocimiento a tres niveles (Maturana y Varela, Ob.cit). El "acoplamiento de primer orden" referido a organismos unicelulares; el "acoplamiento de segundo orden" para explicar el funcionamiento de metacelulares y el "acoplamiento de tercer orden" para especificar el acoplamiento estructural de dos o más individuos metacelulares en una historia de interacciones repetitivas. A este último tipo de acoplamiento pertenecen los sistemas sociales humanos, que tienen una "fenomenología" propia que implica una conducta de coordinación recíproca entre ellos.

La institución educativa, como grupo social humano, comparte la fenomenología propia de los mismos, en consecuencia las actuaciones de cada uno de sus miembros activa o "gatilla" el comportamiento de sus compañeros, de esta forma se teje un conjunto de relaciones particulares que se transfieren como herencia biológica y cultural de generación en generación a los individuos que participan de este acoplamiento estructural. Se debe considerar entonces que tanto docentes como estudiantes y demás miembros del grupo, tienen una forma particular de ser y hacer en la escuela que tiene una historia "filo y ontogenética", que sólo puede ser comprendida mediante la autorreflexión, o sea, la observación de su propia actuación; y para que se produzcan cambios en esa actuación es necesario el despertar del deseo de cambiar.

En palabras de Maturana (2008), los seres humanos:

debemos ser responsables de nuestros actos, conscientes de que con ellos estamos creando el mundo en que vivimos... la

responsabilidad consiste en darse cuenta de las consecuencias que las propias acciones tienen sobre otros seres, humanos y no humanos... para ser responsables se requiere el poder reflexionar sobre los propios actos.(p.220).

Dicha responsabilidad se hace de lo más relevante en el caso de los niños(as) con DAH, ya que todas las personas involucradas en su atención (docentes, familiares, médicos, psicólogos) deberían estar conscientes de su propia percepción o representación acerca de estos niños(as) que además guía su forma de actuar con ellos, por lo tanto perfila o modela el acoplamiento estructural que se está dando en el grupo.

En el entramado de estas relaciones aparece de manera impactante el concepto de *comunicación*, que en este enfoque se entiende como la “coordinación conductual” que se observa como resultado de las conductas que se dan en un acoplamiento social. Algunas de estas “configuraciones conductuales” adquiridas en un medio social son estables y ontogenéticamente determinadas. A este tipo de configuraciones Maturana (ob.cit) la denomina “conducta cultural”: Concepto básico para el entendimiento de lo que ocurre en el caso de los niños(as) con DAH, ya que, como describimos con anterioridad, hay toda una historia de interacciones recurrentes con estos niños que se refleja en la fenomenología de la escuela actual.

En este particular, considera el autor que los llamados “niños limitados” no lo son intrínsecamente, sino que muchas veces es el diagnóstico lo que encuadra su condición de insuficiencia con respecto a los otros niños y hace énfasis en la necesidad de que cada país desarrolle sus formas de atención de acuerdo con su propia experiencia desde la autonomía crítica y valorativa del pensamiento propio; sin querer decir con esto que no se pueda examinar y aprender de las experiencias foráneas.

En forma general, se expresa que hay dos "dimensiones" que son propias de los seres humanos: lo biológico y lo humano propiamente como tal. Los seres vivos somos sistemas estructuralmente dinámicos, es decir, que nuestra constitución estructural se va modificando como consecuencia de la historia de interacciones que vivimos.

Es así como la escuela se constituye en un espacio de interacciones que contingentemente producirá cambios estructurales en los niños(as) que participen de esos intercambios; algunos serán más permeables que otros a estos cambios, pero en todos se producirán. Desde la dimensión humana, resalta el autor la importancia de la convivencia social en la vida, lo que implica la "aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia". Cuando no ocurre esta aceptación recíproca (el amor), lo que se da es el rechazo y la indiferencia.

Se considera que la tarea de la educación es formar seres humanos capaces de cocrear con otros un espacio de convivencia social deseable. Seres creativos y responsables, con autorrespeto y respeto por los demás. Para que se cumpla con este cometido, los educadores deben crear en el ámbito escolar un clima en el que se acepta al otro como un legítimo otro, con sus diferencias y similitudes con los demás miembros del grupo, solamente desde allí se puede construir un consenso social en "acciones del amor". De la no aceptación puede surgir una "concordancia conductual", pero no una "convivencia social", que estará signada por la descalificación y el desinterés, lo que puede conducir a un "ser mal adaptado", "mal desarrollado".

En este enfoque Maturana y Nissis (2002) distinguen entre "formación" y "capacitación" y consideran que el norte de la educación es la formación aún cuando la misma se realice a través de la capacitación. Al hablar de formación se introduce en el campo educativo el mundo de las emociones.

Es así como la escuela no sólo prepara a los niños, sino que los transforma como seres humanos; transformación que puede ser consciente o inconsciente.

Como todo quehacer humano la interacción escolar ocurre en un mundo de lenguajes y emociones. Los educadores tienen la responsabilidad de reflexionar acerca de la importancia de este hecho y, en consecuencia, aceptar la legitimidad del niño o niña (ser), reconociendo, indudablemente, las características particulares de los mismos y relacionarse con ellos desde una auténtica interacción amorosa, sin abandonar el propósito de cambiar o ampliar las capacidades de acción y reflexión (hacer) de los niños(as).

No se niega en este enfoque el papel de la genética, sino que se considera como una gama de posibilidades de las cuales algunas se realizarán dependiendo del vivir del niño o de la niña. Se trata de recuperar la dimensión humana de la educación, especialmente la relación afectiva que se establece entre educadores y aprendices en el aula y colocar esa dimensión en los niveles de valoración que le corresponde, sacándola así de la condición periférica que le han destinado las teorías educativas centradas en el intelecto y en la capacitación.

Siguiendo ese orden de ideas, desde esta perspectiva se considera a la familia como un ámbito de convivencia sustentado por la aceptación auténtica de cada uno de sus miembros. Como tal se funda en el amor y se manifiesta en la cercanía corporal del otro, en el acogimiento que acepta al otro como un legítimo otro y provee a sus integrantes de una confianza fundamental de ser aceptados y queridos siendo ellos mismos.

Cuando en una familia se pierde esa condición de confianza y aceptación surge el conflicto. En opinión de Maturana y Nissis (2002), esto se debe, fundamentalmente, a que algunos miembros de la familia se crean expectativas con respecto a la conducta de otros, como consecuencia de las

interacciones externas que resultan en exigencias que no llegan a lograrse, lo que hace ver el futuro con angustia.

En consecuencia, para que la familia se mantenga como ámbito de cálida aceptación mutua, placentero y de cooperación, deben erradicarse las exigencias y recriminaciones al ser del otro.

Desde este punto de vista, la escuela es una de las principales relaciones externas que mantiene la familia, se convierte así en un factor de influencia que puede colaborar con ese lazo emocional de amor que une a sus miembros; pero también puede avivar el surgimiento del conflicto.

Cuando los educadores y demás miembros de la institución educativa descargan sobre la familia la responsabilidad por la actuación de uno de sus miembros, y la emplazan a cumplir ciertas expectativas con respecto a esto, se fomenta un clima de malestar y desconsuelo que desequilibra el acoplamiento estructural entre los integrantes de esa familia.

La Ecología del Desarrollo Humano.

En el enfoque ecológico se define el “desarrollo” como un ajuste dinámico, continuo y mutuo entre el individuo en “crecimiento” y su entorno cambiante. La “conducta” viene a ser la experiencia de esta interacción dinámica, por lo tanto siempre ocurre en un escenario con un lugar y un tiempo determinado. Es la conducta que se puede observar, en cada sujeto en el aquí y el ahora, donde confluye una serie de formas de comportamiento propias de un individuo que las ha desarrollado a lo largo del tiempo y las lleva al escenario actual (Shea y Bauer, 2000). Estamos así ante un concepto similar al planteado por Maturana cuando afirma que “el individuo trae un mundo de la mano”.

Para la comprensión de la conducta de los individuos, según la teoría ecológica, es necesario el análisis de la “acomodación” entre el ser humano y

los escenarios en que funciona; además de los contextos ecológicos más amplios en que se insertan. De acuerdo con Shea y Bauer (ob. cit) se concibe a todos los individuos como personas dinámicas y en crecimiento, que actúan en los escenarios en que se encuentran y además los reestructuran.

Desde esta perspectiva, se considera el “ambiente ecológico” como un conjunto de estructuras seriadas, donde cada una de ellas contiene a la anterior. Bronfenbrenner (1987) organiza estos sistemas en cinco niveles. A nivel más interno se ubica la estructura inmediata que contiene al individuo (la casa, el aula) y las interconexiones que se dan entre sus miembros no sólo con las personas con las que interactúa, sino también a la influencia que puedan ejercer en la misma la actuación de otros de manera indirecta. A este nivel ecológico se le denomina *microsistema*.

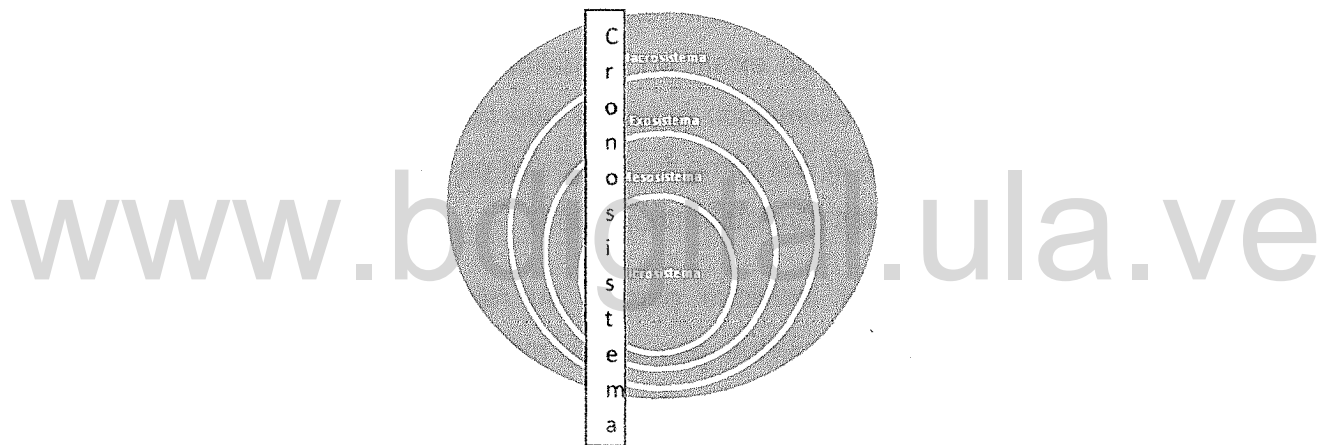
El *mesosistema* incluye además los vínculos que se establecen entre los entornos, es decir, un sistema de microsistemas. El *exosistema* se refiere a las interconexiones que se establecen en los dos sistemas anteriores agregando el impacto de otros en los cuales el niño(a) no participa directamente, pero en los que ocurren hechos que afectan las interrelaciones en su ambiente inmediato.

De crucial relevancia, por la forma como contiene y penetra a los tres anteriores, se define al “macrosistema” como:

... las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-meso y exo) que existen o podrían existir, a nivel de la sub cultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias (Bronfenbrenner,1987:47).

Por último, se describe el *cronosistema* que alude a los efectos del tiempo en otros sistemas de desarrollo, es decir, la influencia del grado de estabilidad o cambio en la vida de un niño(a). Incluye desde los aspectos micro hasta los grandes cambios culturales que afectan el proceso de desarrollo (Papalia, Olds y Feldman, 2005).

Gráfico 1. Contextos ecológicos en la perspectiva del Desarrollo Humano.



Fuente: L.M. González. 2010

En este enfoque se concibe al “ambiente o entorno” no como un conjunto de variables lineales, sino como un sistema, en el cual la actuación de cada uno de sus elementos modifica o altera la constitución de la totalidad. La comprensión de estas relaciones es clave para entender el proceso de desarrollo, ya que éste no ocurre solamente en el individuo en crecimiento sino también en las personas que cuidan de él, como padres y maestros. Aun cuando ésta es una premisa que destacan la mayoría de las

escuelas psicológicas del desarrollo, en opinión del autor, en pocas ocasiones se ve reflejado en los procedimientos de investigación. Tradicionalmente, se analiza el comportamiento de cada miembro por separado.

El mismo principio sistémico se aplica para las relaciones entre entornos que permiten comprender a mayor profundidad lo que está ocurriendo con el sujeto en desarrollo. Se afirma que para que un entorno pueda convertirse en un contexto protector o impulsador de la evolución del niño(a) debe mantener interconexiones sociales con los otros ambientes, es decir, comunicación, participación conjunta. Otro elemento importante dentro de la teoría ecológica es que resalta la relevancia del ambiente tal como se lo percibe más que como pueda existir en la realidad "objetiva". Se define el "desarrollo" como *la representación evolutiva que tiene una persona de su ambiente en relación con él*, así como su capacidad para conocer y mantener o cambiar sus propiedades (Bronfenbrenner, 1987).

La forma como el individuo percibe su relación con el contexto conduce al desarrollo de ciertos esquemas mentales con componentes cognitivos, afectivos y actitudinales, acerca de sí mismos y de los demás actores de ese entorno. Estos esquemas servirán como "faros" para futuras interacciones entre los individuos de ese contexto.

Además de las consideraciones anteriores, es digno de destacar en esta teoría el concepto de *transiciones ecológicas*, referidas a los cambios de entorno por los que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida y que constituyen modificaciones en las expectativas que la sociedad tiene con respecto a los individuos. Un ejemplo de transición ecológica es el ingreso del niño(a) a la escuela, por el significado que tiene lo que se espera de su comportamiento en ese entorno. No es de extrañar que sea justamente cuando el niño(a) ingresa al colegio cuando se detectan muchos de los

denominados trastornos psicológicos de la niñez como el DAH, por la incongruencia existente entre lo que se espera del niño(a) a nivel micro-meso-exo y macro y la forma como éste se conduce.

A nivel macro, las expectativas sociales están fuertemente vinculadas al curso de la política oficial en una determinada cultura o sub cultura y así se resalta en la teoría ecológica al afirmarse que en cada cultura pareciera existir un diseño para organizar los entornos y la forma cómo cambian estos diseños es un asunto de política; mientras que la modificación de los esquemas va a influir en la conducta y el desarrollo de los niños y adultos que participan en esa cultura.

En palabras de Shea y Bauer (2000), los aprendices con necesidades especiales pueden diferir de los otros, en cuanto a la forma como se comunican, en la manera como acceden al ambiente, en la forma de sus movimientos o en el ritmo de su aprendizaje. Cuando se usa la perspectiva ecológica en la práctica profesional, se consideran las transacciones complejas entre el aprendiz, sus relaciones interpersonales e intergrupales, así como el intercambio comunicativo entre los diferentes escenarios y los valores sociales.

Psicología Cultural

Desde esta perspectiva teórica se enfatiza la influencia del contexto en el desarrollo de los niños(as). Su principal precursor fue Lev Vigotsky, quien desarrolló un enfoque *socio histórico cultural* en el cual se considera que los sistemas contextuales están constituidos por el complejo social, cultural e histórico del cual forma parte ese niño(a). Por lo tanto, para comprender el pensamiento del mismo es necesario observar los procesos sociales en los que está inmerso. Vigotsky (1938-1934) considera el desarrollo como un proceso colaborativo entre los adultos, compañeros o "pares", y el niño (Papalia y Otros, 2005).

De acuerdo con León (2007) el aporte fundamental de la teoría vigotskiana a la Psicología del Desarrollo es la consideración de que las funciones mentales complejas son producto de las interacciones humanas, por lo que se considera fundamental la interacción del niño(a) con sujetos más capacitados los cuales se conciben como “mediadores” en el proceso de desarrollo y permiten los cambios cualitativos que se pueden observar en su comportamiento. La “mediación” puede definirse como la manera específica que utilizan los adultos u otros compañeros más expertos, para apoyar socialmente al individuo en desarrollo, proporcionando las condiciones para el aprendizaje de una actividad potencialmente posible (Tejada y Otros, 2004).

En la búsqueda de la explicación de cómo ocurren estos “saltos cualitativos” en el desarrollo, Vigotsky introduce el concepto de *Zona de desarrollo Próximo* (ZDP) como:

la distancia entre el nivel de desarrollo real del niño tal y como puede ser determinado a partir de la resolución independiente del problema y el nivel más elevado de desarrollo potencial tal y como es determinado por la resolución de problemas, bajo la guía del adulto o en colaboración con sus iguales más capacitados(1956:446).

Este es un concepto primordial para la labor que desempeñan los docentes, psicólogos escolares, especialistas y demás personas, que intervienen en la educación de los niños(as), tengan éstos necesidades educativas especiales o no, ya que de acuerdo con esta perspectiva el rol de los docentes y demás profesionales no consistiría en dictaminar qué tiene o cuáles son las deficiencias del niño(a), sino que, por el contrario, al observar sus niveles de desempeño actual brindarle la plataforma pertinente para que el niño(a) avance.

Esta función de servirle como especie de “andamio” al niño(a) es una mediación y desde este enfoque el maestro debe convertirse en un mediador del desarrollo de procesos psicológicos durante la niñez, principalmente mediante la formulación de desafíos cognitivos, morales, conductuales, afectivos y actitudinales, entre otros, para lo cual es necesario que estos desafíos tengan cierto nivel de complejidad sin resultar excesivos.

Gráfico 2. Concepto de Zona de Desarrollo Próximo

ZDr _____ ZDP _____ ZDp

Niños (as)



mediadores
maestros, padres, niños, etc



niños(as)



Fuente: González, 2011

Ahora bien, en el devenir teórico de la “psicología contextualizada” hay una gama de psicólogos culturales que abogan por la importancia de la acción mediada en el contexto y sostienen que la mente se forma en la actividad conjunta de las personas como un proceso de “cocreación”, en la que cada individuo tiene un papel activo en su propio desarrollo.

Entre los continuadores de la tradición contextual en el estudio del desarrollo humano, se encuentra Michael Cole, quien considera a la

Psicología Cultural como un eje transversal interdisciplinario que cruza las disciplinas sociales y los procesos de desarrollo (León, 2007).

El punto central en la “teoría cultural histórica” de Cole es el estudio del “desarrollo ontogenético” dentro de un marco conceptual en el que el individuo en desarrollo representa una “tercera arista” entremezclada con la “filogenética” y la “cultural histórica”.

De este modo, para Cole (2003: p.163) el estudio de los procesos de cambio ontogenético tiene unos principios fundamentales, que son:

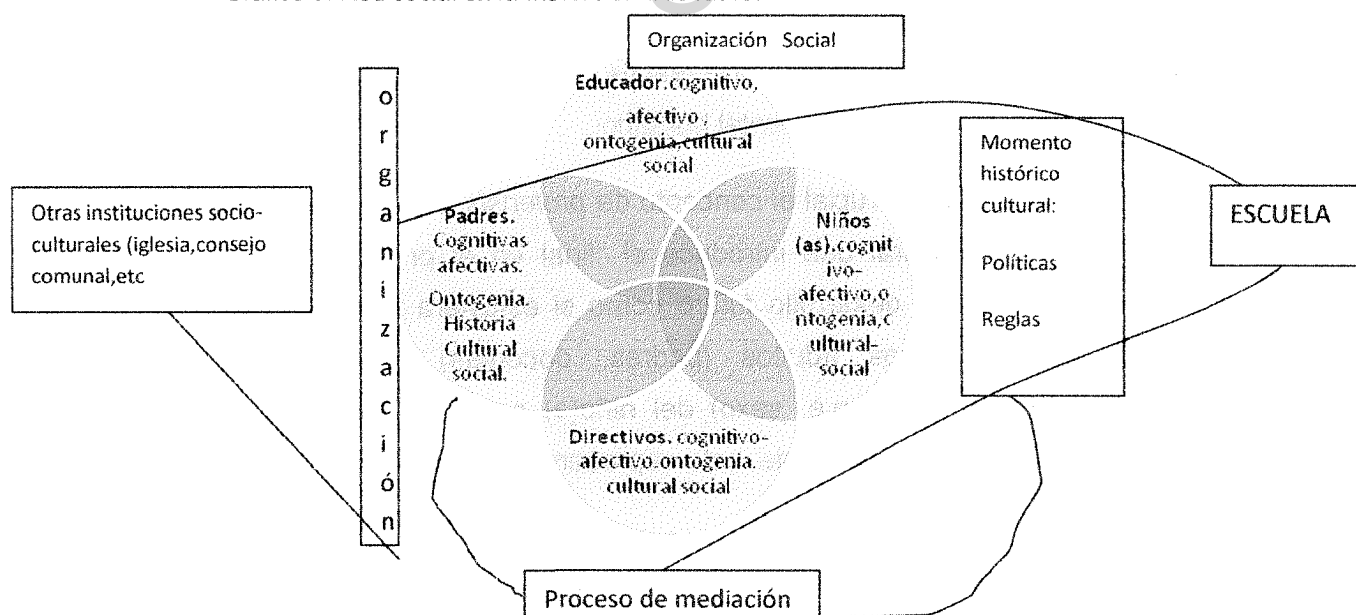
1. El desarrollo implica distintos procesos de cambios biológicos, sociales, históricos.
2. El cambio filogenético y el cultural histórico se relacionan entre sí de manera diacrónica.
3. Los niveles de desarrollo son heterogéneos en cada individualidad.
4. El desarrollo que conduce a cambios estructurales y funcionales no ocurre por una relación causa-efecto estricta, y
5. Una práctica cultural que sirva como ambiente del cambio evolutivo es una unidad apropiada de análisis para estudiar lo ontogénico y lo histórico- cultural.

Así mismo, es necesario resaltar la conceptualización del “contexto”, tal como se usa en la Psicología Cultural, donde el término significa entrelazar; se refiere a una relación cualitativa entre un mínimo de dos entidades analíticas que son dos momentos en un único proceso. En estos términos, para la comprensión de un “acto en su contexto” se requiere una interpretación relacional de la mente, Individuo y contexto, que se presentan juntos en un único proceso bio-psico-socio-cultural de desarrollo.

Continuando con esta línea y si se aplican los principios al contexto educativo, encontramos que son numerosas las “entidades analíticas” que allí se vislumbran. Se entrelazan los momentos históricos de los niños(as), los docentes, directivos, profesionales auxiliares y padres, en un único proceso de cambio. Esto puede dar una idea de la complejidad de la “red social” que se teje en el contexto escolar.

Igualmente, tenemos que considerar que esta red social que es la escuela, forma parte de otra más amplia formada por organizaciones estructuradas de acuerdo con ciertas políticas y programas elaborados a nivel macro y a cuyos principios filosóficos e ideológicos se adhieren. Las organizaciones se modifican y reestructuran con el transcurrir del tiempo, a veces, respondiendo a las necesidades manifestadas por los niveles más inmediatos a los niños(as) como la escuela; pero, en ocasiones, las políticas y los programas no responden a esas necesidades, sino que se elaboran con marcos referenciales extraños a ésta.

Gráfico 3. Red social en la Institución Educativa.



Fuente: L.M González, 2010

Cole (2003) detalla cuatro principios que explican la naturaleza del enfoque cultural histórico para el proceso de desarrollo del individuo.

En primer lugar, está la premisa según la cual la unidad básica de análisis en la que se organizan los procesos de vida son las actividades cotidianas culturalmente organizadas. Ejemplo de ello son el aula escolar y el hogar. Estos espacios conforman sistemas de entorno físico y social, además de las prácticas reguladas culturalmente y de las teorías de maestros y padres acerca de los niños.

El segundo precepto destaca la importancia de los “mediadores ideales y materiales” de la experiencia, que actúan como herramientas y delimitadores de la acción humana. Las formas como el niño se apropia de las herramientas culturales son vitales para el proceso de cambio que lo llevará a convertirse en un miembro adulto de su cultura.

Un tercer fundamento de este proceso se refiere a la temporalidad, ya que, como se expuso con anterioridad, los cambios filogenéticos, cultural y ontogenético, se relacionan de manera “heterocrónica”, es decir, mediante distintos tiempos o momentos, lo que resulta en un recurso esencial para el funcionamiento y el desarrollo mental humano.

En este punto es crucial el concepto de *prolepsis*, que hace referencia a un mecanismo cultural que introduce el “final en el principio”, significa representar un acto o desarrollo futuro como si estuviera existiendo en el presente. Es decir, los adultos (padres, docentes) representan las características biológicas (p.e, sexo) del niño(a) en función de su propia experiencia cultural y a partir de esta representación proyectan un futuro probable para el niño(a).

El mundo cultural de los adultos y la “representación” que tienen del mismo, así como la imaginación del futuro de los hijos y discípulos, se

materializa en las restricciones e interacciones de la experiencia de vida del niño en el presente.

De allí se deduce la significación de las representaciones (cognitivo-afectivas) que tengan padres y docentes sobre el niño(a). En el caso particular de la presente investigación, de aquellos niños y niñas que presentan DAH. Pero éste no es un camino de una sola vía; también la representación que se forme el niño(a) acerca de sí mismo va a ser determinante en la materialización de condiciones y relaciones en su mundo actual y la proyección de su futuro.

En opinión de Tejada y otros (2004) la dificultad con el enfoque socio histórico cultural ha sido la forma de implementarlo, aunque los docentes parecieran entender a cabalidad los conceptos propuestos, no tienen éxito a la hora de operacionalizarlos, y ejemplifican como metodología para incorporarlos al proceso educativo la perspectiva “socio instruccional”, acuñada por Rojas y otros, en 1994.

Como corolario, es pertinente presentar un cuadro general que resuma algunos aspectos de los enfoques teóricos descritos; considerando que en “teoría fundamentada” la literatura relevante va surgiendo durante el proceso de investigación a medida que se decanta el fenómeno central y a partir de la identificación de las categorías y sus relaciones. Por lo tanto, la revisión de la literatura es un procedimiento que se integra a los procedimientos de recolección de datos, codificación, entre otros.

Cuadro 1. Resumen de Perspectivas Teóricas.

	Biología del conocimiento	Bioecología del DH	Psicología Cultural
Concepción de hombre	Complejo [bio-psico-socio cultural].	Complejo	Complejo
Elementos clave	Características esencialmente humanas (mundo emocional-afectivo).	Organización social y la actividad humana.	Intercepción de filogenia, cultura, ontogenia.
Conceptos Centrales	Organización, perturbaciones recíprocas, acoplamiento estructural, comunicación, formación.	Contexto ecológico. Transiciones ecológicas.	Mediación. Contexto. Prolepsis.
Representantes	Humberto Maturana. Francisco Varela	U. Brofennbrenner.	L. Vigotsky M. Cole.

Fuente: L.M González. 2010

Capítulo III.

“Delineando un Sendero”

En concordancia con la revisión conceptual realizada en el capítulo anterior, pasamos en este a declarar la visión epistemológica que nos sirve de plataforma desde la cual observar y analizar los datos para elaborar nuestra teoría acerca del DAH en niños(as) venezolanos. Además, en este capítulo se describe y justifica la escogencia del tipo de investigación, de las técnicas y procedimientos que serán utilizadas

Justificación Epistemológica.

La fundamentación epistemológica es de vital importancia en el proceso de investigación ya que va a determinar el enfoque o la visión con la cual el investigador hará el abordaje del fenómeno a estudiar. Es la guía para observar y analizar los hechos. Implica necesariamente el concepto de “ciencia” y de “conocimiento científico” que asumirá, de manera sobreentendida, el investigador.

En este sentido, en el campo de las ciencias humanas existe una realidad que es única, compleja y total. Lo que llama Gadamer (2005) una “experiencia de verdad”, que es una vivencia propia inmediata de los sujetos actores (Martínez, 2006). Por lo que para este epistemólogo, el ser humano constituye “un todo físico-químico-biológico-psicológico-social-cultural y espiritual”, que conforma un sistema integrado complejo, lo que hace que las interacciones entre los distintos individuos y grupos de individuos configuren sistemas de sistemas que aumentan en grado de complejidad y, por lo tanto, irreductibles a segmentos aislados arbitrariamente.

Las relaciones entre los individuos no son lineales, univocas, universales y ordenadas. Por el contrario, nuestras realidades son dinámicas, interrelacionales, complejas en tiempo y estructura. La realidad no es

susceptible de ser abordada en su totalidad en forma imperecedera. Por consiguiente, todo conocimiento de la realidad humana debe ser considerado eventual, es decir, susceptible de transformarse e inclusive desaparecer.

En esta “sustantividad”, donde los elementos no se definen por sí mismos sino por las relaciones que establecen con los demás, donde todos se ven afectados o perturbados por la acción de los otros; se considera necesaria una aproximación que permita captar, de la forma más diversificada posible, las cualidades que emergen en el “todo” en un momento dado.

Tanto en el campo de la psicología como en el ámbito de la educación, las realidades son complejas; al tener como protagonista al ser humano que se comporta, que aprende, que siente y se desarrolla, sólo pueden ser comprendidas dentro de esta complejidad.

La comprensión de un fenómeno psicoeducativo se puede mostrar a través del análisis reflexivo de las características propias del individuo, tal como son representadas por los mismos individuos, y las relaciones que se establecen entre éstos; además las formas como ellos conciben esas relaciones y, por consiguiente, su manera de actuar con respecto a los otros.

El problema de investigación que se plantea en esta indagación surge a partir de nuestra experiencia profesional en el campo de la Psicología Infantil y en el de la Educación Universitaria, lo que justifica ubicarlo en el paradigma “vivencial experiencial” (Padrón, 1998). En este paradigma se considera que el conocimiento es “un acto de comprensión” y busca fundamentalmente la “interpretación” de las formas como un determinado grupo de individuos aborda una realidad humana. En este caso particular, la realidad está referida a la forma como los padres, docentes y demás profesionales, enfrentan la situación de convivir y/o trabajar con niños(as) que presentan

DAH, así como también la forma en que los propios niños se representan y asumen su condición.

La manera de actuar de los diferentes individuos involucrados es reflejo de las representaciones, actitudes y creencias que dichos actores (incluidos los niños y niñas) tengan acerca del DAH, y las complejas relaciones que se establezcan entre ellos constituyen el fundamento de esta investigación. Por otra parte, dentro del enfoque vivencial-experiencial, se considera que el objetivo de la ciencia debe ser la transformación de las realidades humanas y sociales hacia formas de relaciones más satisfactorias para ese grupo de individuos. Es por ello, que se propone la creación de un Modelo Teórico Metodológico Psicoeducativo, que contribuya a mejorar las condiciones educativas, familiares y sociales de esta población.

De manera, cónsona con el enfoque epistemológico, el presente trabajo se enmarca dentro de la “investigación cualitativa”, la cual, según Strauss y Corbin (2002), hace referencia a “un tipo de investigación a cuyos resultados no se llega por procedimientos estadísticos, sino que sigue un proceso no matemático de interpretación con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos para luego organizarlos en un esquema explicativo teórico” (p.11).

Para Paz Sandín (2003) la *investigación cualitativa* (IC):

“... es una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos” (p.123).

El objetivo de este tipo de investigación es buscar nuevas formas de comprender el mundo y organizarlas en explicaciones teóricas también

novedosas. Ello, teniendo en consideración que la investigación cualitativa se orienta hacia la construcción del conocimiento a partir de la descripción e interpretación de las visiones de los sujetos involucrados, y por su carácter inductivo y exploratorio la problemática inicial puede variar durante el proceso de recolección de información. (Rojas, 2007).

En esta investigación en particular, se pretende obtener un conocimiento original en relación al abordaje que se hace en la escuela venezolana de los niños(as) que presentan DAH.

Aún cuando es un área que ha sido ampliamente investigada desde otras perspectivas, se considera que por la complejidad del problema se hace urgente una visión diferente que incluya a todos los elementos (a la mayoría de ellos) involucrados en el proceso, así como las interacciones que ocurren entre ellos en el plano de lo real. Debido a que la investigación tiene como actores principales a seres humanos y las relaciones entre éstos, es pertinente resaltar los componentes que caracterizan esta realidad tan compleja, que amerita sumergirse en cada uno de sus componentes. Siguiendo a Morín (2000) se considera:

- * El contexto, en el cual ocurren las interacciones y que le da sentido a las actuaciones en cada uno de los sujetos involucrados, concretamente, la escuela, el hogar, la comunidad.
- * Lo global: El hecho educativo no puede concebirse como la suma de la actuación de cada uno de los participantes, ya que se pierde el elemento esencial que lo hace único, la “retro interactividad” que se produce entre los diversos actores y los distintos escenarios en los cuales el niño(a) con DAH participa.
- * Lo Multidimensional: El DAH es un fenómeno con sustratos biológico, psicológico, sociales, afectivos y culturales. Es necesario reconocer e

investigar esta “multidimensionalidad”, para lograr un saber realmente pertinente del mismo.

* La Complejidad: Entre los niños y niñas que presentan DAH y las personas que los atienden se tejen redes de interdependencia que no se deben obviar en una investigación que pretende llegar a un entendimiento del fenómeno y construir un esquema conceptual y metodológico del mismo.

Teoría Fundamentada.

Existen diversas metodologías para el estudio cualitativo: En este caso, se escoge la Teoría Fundamentada (TF), desarrollada por Corbin y Strauss(durante la década de los 90), la cual propone una serie de métodos como un conjunto de procedimientos y técnicas para recolectar y analizar datos, con la particularidad de que dichos procedimientos no son un esquema rígido a seguir, sino una propuesta que es flexible y abierta a la creatividad del investigador, a su capacidad de mirar las situaciones de manera crítica, de reconocer los elementos comunes, a la vez de tener la sensibilidad suficiente para identificar las excepciones.

La TF no ofrece una metodología lineal, por el contrario, es un ir y venir entre los datos y la teoría que van así formando un “espiral retroactivo”, que llevará cada vez un poco más hacia adelante en la construcción de ese saber novedoso que emerge a partir de los datos.

De acuerdo con Soneira (2006), en la TF se combina la inducción y la deducción en un tipo diferente de inferencia lógica denominada “abducción”, proceso mediante el cual se forma una hipótesis explicativa. Para la metodología de TF, toda “categoría” es una hipótesis a ser validada por los procedimientos de análisis.

Por el mismo hecho de que estas teorías fundamentadas se basan en los datos (se parecen a la realidad) es probable que generen una guía

adecuada para la acción en esa realidad. Sin embargo, se privilegia la densidad conceptual antes que la condensación de descripciones.

El muestreo teórico

En cuanto al “muestreo” en esta orientación es de tipo teórico, por lo que se realiza para descubrir categorías y sus propiedades, además de sugerir interrelaciones dentro de una teoría. Este tipo de muestreo permite al investigador seleccionar casos a estudiar según el potencial que tengan para ayudar a refinar o ampliar los conceptos o teorías ya desarrollados (Soneira, 2006). Siguiendo a Corbin y Strauss (2002), no se trata de controlar variables, sino de descubrirlas; por lo tanto, no hay interés en una representatividad poblacional, por el contrario, interesa la forma como varían los conceptos en dimensiones y propiedades.

En este sentido, el muestreo le permite al investigador escoger los eventos o acontecimientos que puedan producir mayor rendimiento teórico. A medida que la teoría evoluciona, el muestreo se hace más específico. El análisis guía la recolección de los datos.

Debido a que el propósito de la investigación es generar una “teoría válida y fundamentada” que interprete la realidad de los sujetos participantes (incluidas la investigadora y la tutora de la misma, Corbin y Strauss (Ob.cit) proponen una serie de “criterios de validez” de dicha teoría (p.290):

- . Técnicas que proveen validez y credibilidad en los datos, como son: triangulación, análisis de casos negativos y verificación de hipótesis rivales.
- . Adecuación del proceso de investigación por medio del cual se elaboró la teoría: cómo se construyeron las conceptualizaciones a partir de las categorías, muestreo teórico y las codificaciones.

. Fundamentación empírica: Se refiere a la consistencia interna de la teoría emergente con los datos y a la perdurabilidad de los conceptos principales.

Esquema para el análisis de datos.

Es pertinente a este nivel dar a conocer las definiciones de los aspectos fundamentales de este tipo de investigación referidas al análisis de los datos, los cuales son los siguientes: (a) descripción, (b) ordenamiento conceptual y (c) teoría.

a) De acuerdo con Strauss y Corbin (2002), la *descripción* significa expresar con palabras imágenes mentales de un acontecimiento, escena, emoción, entre otros, desde la perspectiva de la persona que realiza la descripción. No se limita al uso de palabras cotidianas, también es válida la expresión de símiles y metáforas, cuando es necesario resaltar un acontecimiento. Las descripciones siempre incluyen un propósito y la actividad mental selectiva del que observa, que puede ser consciente o inconsciente. Configuran la base de las interpretaciones más abstractas de los datos que serán elaboradas a posteriori.

b) El *ordenamiento conceptual*, se refiere a la “organización (a veces clasificación) de los datos en categorías discretas, de acuerdo con un componente selectivo y especificado de propiedades y sus dimensiones” (Strauss y Corbin.p17). Es un tipo de análisis precursor de la teorización, ya que una teoría bien elaborada debe definir los conceptos de acuerdo a sus propiedades y dimensiones específicas. En estas categorías deben incluirse las “desviaciones del promedio”, lo inusual que también ha de ser explicado por la teoría.

c) De esta manera, *teorizar* es construir a partir de los datos un esquema explicativo que, de forma sistemática, integre diferentes conceptos a través de oraciones que indiquen relaciones entre ellos, a fin de poder explicar y

predecir acontecimientos. Existen diversas formas de hacer teoría, sobre todo en las Ciencias Sociales. En el caso particular que nos ocupa, el procedimiento implica una interacción entre inducciones a partir de los datos y deducciones al plantear hipótesis de relaciones entre conceptos que serán nuevamente confrontadas con la realidad (abducción).

Diseño

En el marco de la Investigación Cualitativa (IC), el “diseño” se refiere al abordaje general que habremos de utilizar en el proceso de investigación (Soneira, 2006). Tanto el diseño como la recolección y análisis de los datos emerge desde el planteamiento del problema y va sufriendo modificaciones, ya que no son procedimientos estandarizados y toman en cuenta que el contexto evoluciona con el transcurrir del tiempo. Sin embargo, como se explicó con anterioridad, se pueden distinguir diferentes fases en el proceso y la realización de la investigación.

La Teoría Fundamentada propone un diseño que utiliza un procedimiento sistemático cualitativo, cuyo planteamiento central es que las proposiciones surgen de los datos obtenidos en la investigación y que lógicamente deberán ser comprobadas y validadas. En esta investigación, se utilizó el Diseño Sistemático propuesto por Strauss y Corbin (2002) y en el cual se plantea el empleo de ciertos pasos en el “análisis de los datos”:

1. Codificación abierta: Proceso de análisis a través del cual identificamos los conceptos que muestran los datos (propiedades y dimensiones). Se elaboran categorías iniciales de significado, depurando la evidencia. Además se descubren las propiedades en detalle de dichas categorías (sub categorías). La relación entre cada una de ellas y la variedad de interacciones y consecuencias asociadas con un fenómeno.

2. Codificación axial: Relacionar esas categorías con sus sub categorías y enlazarlas en cuanto a propiedades y dimensiones. Entre todas ellas se selecciona la que se considera con una posición central dentro del proceso (categoría central o fenómeno clave). En una investigación pueden haber varios fenómenos clave. La relación de las diferentes categorías con este fenómeno clave tiene distintas funciones, que pueden ser: condiciones causales, interacciones, estrategias, intervinientes. No necesariamente en nuestra investigación tendrán que aparecer categorías con todas estas funciones. La codificación axial da lugar al borrador de un modelo o diagrama denominado “paradigma codificado”, que muestra las relaciones entre todos los elementos que se encontraron.

3. Codificación selectiva: Con el esquema elaborado se regresa a los planteamientos iniciales y se compara con el esquema emergente para fundamentarlo. Es así como surgen las propuestas teóricas para la explicación o entendimiento del suceso. Se responden las preguntas de investigación y se elabora la armazón conceptual-metodológica que es objetivo de nuestro trabajo.

Se describió en primer lugar, la forma de análisis de los datos por considerar que esto facilitará la comprensión de las fases, así como de las actividades que se implementaron para la recolección de los mismos. Debemos tener presente que en la TF, la recolección de datos, el muestreo y el análisis de los mismos, ocurren en forma paralela. Aunque en los diferentes momentos del proceso investigativo predominó alguno de ellos. Por ejemplo, en el inicio prevaleció la recolección de datos y a medida que se avanzó ésta se fue equilibrando con el análisis, hacia el final de la investigación éste último tuvo primacía sobre el primero.

En nuestra investigación, el proceso se inició simultáneamente con el planteamiento del problema, el cual incluye objetivos, preguntas de investigación y viabilidad del estudio (cap. I), revisión y evaluación del conocimiento existente en el área (cap. II). En el capítulo III, se describió todo lo relativo a la metodología de investigación.

Metodología

Ubicación espacial: Los lugares en los que se realizó la investigación fueron: la U.E.B “Estado Carabobo”, ubicada en el municipio Trujillo del estado Trujillo; y los consultorios de especialistas que los atienden.

- Los participantes de la investigación fueron los niños que, en esta institución educativa, son identificados por presentar Déficit de Atención e Hiperactividad y cursantes del 4to, 5to y 6to grado, conjuntamente con los docentes de aula, docentes especialistas, profesionales de otras disciplinas que los atienden como orientadores, psicólogos y neurólogos, directivos y personal auxiliar de la institución. También las madres de los niños.
- La recolección de datos se efectuó mediante Técnicas de Observación Participante, Entrevistas a Profundidad y Grupos de Discusión.
- Los instrumentos utilizados fueron: Diario de Campo o Bitácora, Guías de Observación, Formato para Entrevistas Abiertas y para Entrevistas Estructuradas, Test Psicológicos, material impreso para los grupos de trabajo, grabador, cámara de fotografía y video.
- Los datos fueron procesados con el uso del programa de computación ATLAS/ti, basado en los principios de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin, diseñado para el análisis cualitativo de datos.(Aramayo,2005)

Las fases a través de las cuales se llevó a cabo la investigación fueron:

- Inmersión inicial: En la cual se evaluó el acceso y accesibilidad al ambiente del contexto. Se refiere a las presentaciones iniciales, obtención de permisos, familiarización con el ambiente incluidos los participantes, conformación de una muestra inicial, observaciones generales con actitud holística, registros.
- Inmersión en el campo: Continuación de la recolección de datos pero con una observación más enfocada, se ajustó la muestra, se elaboraron y perfeccionaron los instrumentos, se realizan talleres teórico-vivenciales. Simultáneamente, comenzó el análisis y codificación de datos y se desarrollaron hipótesis teóricas con permanente confrontación de los datos obtenidos con la literatura revisada.

En esta fase elaboramos memorandos y diagramas. A través de toda la fase se llevaron a cabo procedimientos de validación de la investigación, como fueron cotejo de observaciones, preguntas aclaratorias con respecto a la observación, revisión de producciones impresas de los niños, triangulación de la información recabada con las diferentes técnicas. Se elaboraron también publicaciones de los resultados parciales encontrados.

- Fase final: En la que nos encontramos actualmente, se escribió el avance de resultados de la investigación para su posterior presentación pública. Luego de ésta y, tomando en consideración las observaciones del jurado evaluador, se procederá a la redacción definitiva de la Tesis. También se elaboraran artículos para publicación de resultados finales.

Capítulo IV.

"Explorando el Presente"

El Escenario

Las observaciones y entrevistas se realizaron en la "Unidad Educativa Bolivariana Estado Carabobo", ubicada en la ciudad de Trujillo del municipio Trujillo del estado Trujillo. La escuela funciona en una edificación especialmente construida para este tipo de institución escolar. Es un edificio de tres plantas con amplios pasillos y escaleras, muy ventilado, con buena iluminación, jardines internos, carteleras alusivas a fechas patrias, imágenes religiosas y cuadros decorativos en los pasillos.

Los salones de clase son amplios, lo que permite adoptar diferente distribución para las mesas y pupitres de los niños. Las áreas administrativas así como el aula integrada son espaciosas y con poco mobiliario, el cual se encuentra gastado y obsoleto (por ejemplo la máquina de escribir de la dirección). La oficina que ocupaba la orientadora es pequeña y atiborrada de pupitres, mesas, otros objetos dando la impresión que se usa para otros fines. En la actualidad la orientadora comparte el Aula Integrada (AI) con las docentes especialistas. En general los pisos y las paredes se encuentran en buenas condiciones de higiene, pero se observan ventanas y puertas rotas, deterioradas. (Anexo 1)

Un primer acercamiento.

Con la finalidad de profundizar nuestro interactuar con el personal y los estudiantes de la "Unidad Educativa Bolivariana Estado Carabobo", así como dar a conocer los propósitos de nuestra investigación, realizamos cuatro visitas preliminares a las aulas y efectuamos entrevistas a los docentes de las respectivas aulas. Estas visitas no son las primeras que realizamos a la institución ya que, durante años, hemos participado en esta

escuela como colaboradores dirigiendo talleres, dando charlas y atendiendo situaciones particulares de niños(as) y familias que nos han sido referidos con anterioridad. No obstante, a partir de este momento nuestras visitas se enfocaron específicamente en el objetivo de nuestra investigación.

En la visita inicial, primero contactamos a la coordinadora de educación básica, quien al enterarse de nuestro propósito se mostró muy receptiva y nos sugirió que asistiéramos con regularidad a la escuela ya que los proyectos de la universidad podrían contribuir al mejor desempeño de los docentes. Igualmente nos solicitó que dictáramos talleres sobre Déficit de Atención e Hiperactividad, pues eran muy necesarios en la actualidad. Nuestro segundo contacto fue la directora del plantel, a quien solicitamos por escrito autorización para realizar el trabajo. Se mostró conforme y se ofreció para hablar con los docentes y acordar las visitas a las aulas.(anexo 2).

Posteriormente, en la segunda visita nos acercamos a los salones de clase donde notamos que reinaba un ambiente de poca asistencia. Aun cuando las maestras reportan matrículas entre 33 y 35 alumnos por docente, la cantidad que observamos, en promedio, fue de doce estudiantes presentes; esto debido a que se acercaba un periodo vacacional y, según ellas, es común que los días previos a las vacaciones haya mucha inasistencia por parte de los niños (as). Esto lo corroboramos ya que en las observaciones realizadas en otros periodos del año escolar la asistencia se incrementó considerablemente.

Los pocos niños que se encontraban en las aulas tenían asignada la tarea de copiar temas de sus libros de texto. Por su parte, los de tercer grado, debían, además responder las preguntas que aparecían al final de la copia. Para que los alumnos realizaran estas tareas, las docentes y pasantes que se encontraban en el aula debieron insistirles repitiendo las

instrucciones de que hicieran la copia, y separar algunos niños de otros para que no hablaran entre sí. Con mucha frecuencia, los niños, se dedicaban a conversar entre ellos, se levantaban de sus asientos a sacar punta al lápiz, mirar lo que hacían otros, en resumidas cuentas “a molestar” en palabras de una docente.

Llamó nuestra atención lo tediosa y contraproducente que este tipo de tarea le resulta a los niños(as); ya que se supone que la escuela debe incentivar el interés por aprender, la necesidad de investigar y construir nuevas formas de razonamiento, haciendo énfasis en el aspecto crítico, creativo y dinámico del proceso de enseñanza-aprendizaje, tal como lo establece el currículo de Educación Básica.

Como muestra de lo anterior describimos la siguiente situación: Una niña se acercó a la maestra y le dijo “voy a leer, pero no haré la copia, estoy fastidiada de copiar”; la docente le respondió que se sentara e hiciera silencio.

Esta observación nos permitió ver la importancia que tiene para estas maestras *la disciplina*, entendida ésta como mantenerse en su asiento y sin hablar. Nos imaginamos que en este contexto cuando hay mayor asistencia los docentes deben dedicar gran parte de su tiempo de trabajo a conservar la disciplina en el aula; en posteriores observaciones pudimos constatar que no era así.

Cuando llegó el desayuno al aula, los docentes le pidieron a los niños (as) que guardaran los útiles y a las pasantes que les ayudaran a servir. Los niños mostraban gran algarabía cuando llegaba la comida, conversaban y se reían; siempre con la insistencia de la docente y de las pasantes de que hicieran silencio.

En cuanto a las entrevistas realizadas en este acercamiento, las mismas se hicieron con preguntas abiertas e indagando con mayor profundidad en aquellos aspectos resaltados por los entrevistados en cuanto a la situación particular que estamos investigando. Es bueno aclarar, que de seis docentes entrevistadas en esta primera fase, ninguna permitió que se grabara la entrevista por lo que nos vimos en la necesidad de escribir mientras conversábamos; creemos que esto resta naturalidad a la interacción por lo que pensamos en una estrategia para grabar próximas entrevistas y así lo hicimos, todas las entrevistas que nos sirvieron de insumo para el análisis de datos fueron grabadas.

Todas las maestras mostraron buena disposición para contar sus experiencias con alumnos, por lo menos dos en cada salón de clase, que, según ellas, pudieran tener Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH). En general los definieron como niños “nerviosos, se ponen a conversar y no terminan los trabajos asignados, deambulan por el aula, no se sientan, hablan solos, cantan espontáneamente, tumban sillas y mesas, agreden a sus compañeros.”

En estas descripciones notamos como se mezclan en una misma categoría comportamientos esperados en niños de esta edad, lo que pareciera indicar que más que el comportamiento del niño(a) lo que detecta el maestro como hiperactividad tiene que ver con el efecto que produce en la disciplina del aula.

Las maestras se sienten impotentes para trabajar con estos niños, consideran que ellas no tienen la preparación apropiada para atenderlos, por lo que los refieren al Aula Integrada (AI), que atiende dificultades de aprendizaje; pero aún cuando algunos asisten al AI consideran que esto no mejora su comportamiento por lo que llaman a los representantes y les piden

que ayuden a controlar a los niños, que busquen ayuda profesional; algunos lo hacen, otros no.

En relación a la asistencia con otros profesionales se nos informó que una niña de primer grado es atendida por una psicóloga (la maestra me mostró el informe), hay un niño en segundo grado atendido por el neurólogo y está medicado, la docente opina que está mas tranquila desde que comenzó la medicación.

Es importante resaltar que las docentes tienen muy escasa información de lo que es el síndrome Déficit de Atención e Hiperactividad, no mantienen comunicación con los profesionales que atienden a los niños por lo que no saben en que consisten sus tratamientos; sin embargo todas las entrevistadas cifran sus esperanzas en otros profesionales para que solucionen el problema. Aquí notamos como se manifiesta la influencia de la psicología clínica en el campo educativo, para las docentes es necesario que los “casos” sean diagnosticados y tratados por especialistas en la clínica y luego los devuelvan al aula “sanos” para ellos poder trabajar. Consideran que para formar parte del equipo que atiende a los niños hiperactivos deberían recibir una preparación especial en la universidad y no la tienen.

Con relación a lo anterior en posteriores entrevistas y análisis se mostrará como estas creencias están fuertemente vinculadas con la formación universitaria de los educadores y la ausencia de una propuesta en el fortalecimiento de aspectos afectivos y actitudinales precisamente en esa formación.

En la entrevista con la orientadora nos confirmó que hay muchos casos de DAH en la escuela. Como estrategia frente a esta situación ella cita a los padres y les hace entender la necesidad de llevar a sus hijos al psicólogo o neurólogo, en ocasiones los acompaña a la consulta, pero los

padres no son constantes para asistir a la terapia y entonces "se pierde el esfuerzo".

Como se puede observar, tanto para las docentes como para la orientadora la responsabilidad por el comportamiento y aprendizaje de los niños(as) con DAH recae sobre los padres y representantes quienes deben buscar ayuda. Llama la atención la falta de confianza de las docentes en la labor educativa que pueden realizar con los niños, puesto que dadas las características conductuales y actitudinales de los mismos, ellas piensan que no son las profesionales idóneas para ayudarlos con su problema.

Análisis de lo observado en el salón de clase.

Para la escogencia de los niños que iban a ser observados nos reunimos con el personal del AI, incluyendo a la orientadora (que ahora comparte este espacio con las especialistas), ya que este personal tiene contacto e información de toda la población estudiantil y son los más adecuados para informarnos quienes son los niños de los que se sospecha presentan o han sido diagnosticados con DAH, esta sospecha o diagnóstico puede provenir de los propios docentes de aula, de los maestros especialistas o de otros profesionales fuera de la escuela. De todos los niños reportados seleccionamos los que se ubican entre cuarto y sexto grado por razones teóricas y metodológicas que han sido discutidas en capítulos anteriores.

En total fueron reportados 10 niños que cumplían con los criterios exigidos, todos varones, distribuidos en 6 aulas. Se realizaron doce observaciones y la duración de las mismas estuvo determinada por nuestra propia disponibilidad de tiempo, la asistencia de los niños y docentes en cuestión, el tipo de actividad que se realizará en el aula y fundamentalmente por la calidad y profundidad de la información que se obtenía en cada una de

las visitas. Se realizaron observaciones con duración entre una y cuatro horas.

Como es propio de la metodología cualitativa utilizada en esta investigación, en ocasiones, tuvimos que volver a algunas aulas para tratar de esclarecer aspectos planteados en visitas anteriores, recordamos que tanto la tutora como la investigadora participamos en estas observaciones.

Cimientos para la estructura conceptual-metodológica.

Para el análisis de los datos primarios contenidos en los registros de observación se utilizó el programa de procesamiento de datos cualitativos ATLAS/ti versión 6.0. Dichos registros recogen actuaciones, discursos e interacciones de los niños, docentes, representantes y otros miembros de la comunidad que participan de la dinámica del aula. Esta información se clasificó en un proceso de codificación abierta con la finalidad de que nos permitiera visibilizar los conceptos que emergen de esos datos así como descubrir sus propiedades y dimensiones.

Primeras categorías surgidas de la observación.

En la primera aproximación a los datos recogidos a través de las catorce observaciones a las aulas donde asisten los niños identificados con DAH, se construyeron setenta códigos (anexo 3) que representan información significativa contenida en las interacciones observadas; los mismos fueron organizados posteriormente en ocho categorías con sus respectivas sub categorías (anexo 4).

La primera categoría que surgió a partir de los datos es la “desatención”, la cual es, por cierto, ampliamente discutida en las bases teóricas del DAH; en el caso particular de análisis se encontraron tres sub categorías para este concepto, a saber: *distraído*, relacionada con la permanencia del niño en el aula pero mirando al infinito, sin mostrar ningún

interés por la actividad que se realiza en el salón, ya sea que el maestro esté explicando o que deba realizar alguna tarea con el grupo de compañeros. Otra sub categoría en este rango es *actividades distintas a las asignadas por la docente*, son aquellas que el niño realiza en el tiempo destinado al trabajo escolar pero no guardan relación con el mismo, la más destacada en este caso es la de hablar con compañeros de cosas distintas a lo planteado en la clase.

Por último, la sub categoría *desplazamiento en el aula*, cuando el niño se mueve en el espacio físico del salón sin ninguna finalidad relacionada con el objetivo de la clase, sólo deambula.

Como se puede observar el comportamiento antes descrito, que muestran los niños con DAH en estas aulas influye tanto en las interacciones que dichos niños mantienen con compañeros y docentes, así como también en la percepción que estos últimos construyen con respecto al niño en particular. Los niños con DAH son considerados “niños problemas”, que las maestras preferirían no tener en sus aulas.

La segunda categoría se refiere a “interacción entre niños”, haciendo referencia a la forma como los niños con DAH y sus compañeros se relacionan, en este caso se elaboraron dos sub categorías: *interacción disruptiva y de cooperación*. En ambos tipos de interacción se encuentra que las mismas pueden ser iniciadas tanto por los compañeros como por el niño con DAH; sin embargo, las disruptivas, por lo general, son propiciadas por el niño con DAH mientras que los compañeros actúan de forma reactiva ante su comportamiento. En las ocasiones en que los compañeros inician la interacción disruptiva se evidencia la influencia de la “etiqueta” que el niño posee, por lo que es rechazado por los grupos de trabajo, acusado con la docente, entre otras.

Las interacciones de cooperación se observan “fundamentalmente” en actividades lúdicas, en las que los niños con DAH son aceptados por sus compañeros para participar; en el trabajo en pequeño grupo y en actividades escolares los compañeros le prestan ayuda al niño pero con ciertas condiciones o por imposición de la docente.

En esta categoría se pone de manifiesto que el niño identificado con DAH se convierte en un estímulo discriminativo para recibir un trato excluyente por parte de sus compañeros, lo cual aunado a comentarios negativos por parte de docentes y otros adultos que visitan el aula, como se explica más adelante en otras categorías, impide la aceptación del otro como un legítimo otro, en palabras de Maturana (2008) cuando no ocurre esta aceptación recíproca lo que se da es el rechazo y la indiferencia. En este caso rechazo hacia el niño con DAH e indiferencia por parte de este último en todo lo concerniente al trabajo en el aula.

“Las interacciones docente-niño”, son de gran relevancia en nuestra investigación y constituyen la tercera categoría de nuestros hallazgos, con dos sub categorías: *relación con todo el grupo y relación particular con los niños que presentan DAH*. La primera sub categoría tiene como atributos una relación casi unidireccional donde el docente explica, asigna actividades, dicta, corrige, regaña y la intervención de los niños se limita a escuchar, entregar tareas terminadas y recibir los regaños en forma pasiva y hasta indiferente; este tipo de relaciones nos da elementos para la discusión planteada por Maturana y Nissis (2002) entre los conceptos de capacitación y formación, la cual ampliaremos posteriormente.

La segunda sub categoría *relación docente-niño con DAH* está principalmente signada por los intentos del docente de que el niño cumpla con las actividades a las cuales por lo general el niño no responde y esto lleva a que el docente lo ignore y continúe con su clase. Otro atributo de esta

categoría es la información que el maestro maneja acerca de el diagnóstico y medicación que recibe el niño, caracterizada por ser muy superficial y poco precisa en vista de que el docente no participa en el proceso de diagnóstico y tratamiento médico. En algunas oportunidades el docente intuye que “cuando el niño está más desconcentrado e inquieto es porque no ha tomado medicación”.

La cuarta categoría se refiere a las “interacciones del docente con los adultos que participan de la dinámica escolar”; aquí se encontraron tres subcategorías: *otros docentes, padres, y con otras personas*.

En relación a la interacción con otros docentes lo que predomina es el intercambio verbal breve para transmitir alguna información de la rutina escolar cuando algún maestro pasa por la puerta del aula; en el caso de los maestros de actividades complementarias, cuando éstos llegan al aula el docente regular se retira y regresa cuando se ha cumplido la hora, el intercambio entre ellos se limita a un saludo.

En ocasiones, el docente complementario se para en la puerta del salón y grita los nombres de los niños que deben irse con él, los niños se levantan y se van. En una ocasión el docente regular se opuso a que los niños salieran por encontrarse realizando una evaluación y la docente complementaria dijo que buscaría en otro salón. Este tipo de interacción devela que el trabajo de estos profesionales dista de ser inter o transdisciplinario, inclusive no cumple criterios de multidisciplinaridad.

La segunda sub categoría *relación docente-padres*, tiene como principal atributo la ausencia de los padres en el aula, asisten principalmente por haber sido citados por el docente para recibir quejas acerca del comportamiento de sus hijos, pero también se observó que en ocasiones acuden a reclamar porque sus niños han sido objeto de agresión por parte de otros niños. Principalmente los niños identificados con DAH están

involucrados en estas situaciones, llama la atención que una práctica común entre los docentes es tener el número de teléfono de los padres y llamarlos cuando sus hijos se portan mal o están enfermos.

La sub categoría *interacción con otras personas*, surgió en el análisis por la constante presencia de personas que ingresan al aula con distintos objetivos: a conversar con los docentes, vender diversos objetos o cobrar. Todas estas visitas interrumpen la actividad pedagógica que se está desarrollando en el momento. En ocasiones, la docente sale del aula con los visitantes para atenderlos o lo hace sentada en el escritorio, aquí también se incluyen las frecuentes llamadas telefónicas de tipo personal que el maestro atiende en el salón. Todo esto influye de manera categórica en el funcionamiento del aula, especialmente para los niños con DAH, quienes requieren de un ambiente organizado y con pocos distractores para concentrarse en sus tareas, así como de supervisión constante por parte del docente.

A la quinta categoría la denominamos “imaginario del docente con respecto al niño con DAH”, destacándose dos sub categorías: *percepción y emociones*; en la primera se manifiesta el reconocimiento verbal de las fortalezas del niño, que son comunicadas a las observadoras mas no al niño o al grupo; por el contrario, las debilidades en cuanto a comportamiento y habilidades se expresan de forma pública a través de regaños, comentarios y medidas disciplinarias, así como también al ignorar las quejas que el niño con DAH le presenta cuando los compañeros lo molestan.

En cuanto a las *emociones*, se observó un trato más cariñoso y condescendiente con las niñas en general, mientras que los varones reciben más regaños y trato distante; ya que todos los identificados con DAH son varones, este es el tipo de interacción predominante entre ellos y los docentes. Aun cuando se observaron muestras evidentes de rechazo y

molestia en los docentes por el comportamiento de estos niños, veremos que en las entrevistas estos sentimientos no fueron expresados por la mayoría de los maestros en sus respuestas, lo que nos hace suponer que dichas manifestaciones de rechazo ocurren de forma inconsciente.

La sexta categoría fue denominada “emociones de los niños” y está referida a la expresión manifiesta por parte de los alumnos de sentimientos o estados de ánimo. Se describen dos sub categorías que son *positivas* y *negativas*. En el primer caso se hacen evidentes cuando se les informa que no habrá clases por alguna razón, lo manifiestan con algarabía y aplausos. En el caso de niños con DAH también se observó esta expresión de felicidad cuando logra culminar una actividad y el docente se la corrige como buena.

Las emociones negativas se manifiestan principalmente en forma de aburrimiento, ira, agresión y se presentan, principalmente, cuando se suspenden actividades que les agradan mucho como la clase de informática o educación física.

“Autovaloración del niño con DAH” constituye la séptima categoría y contiene dos sub categorías: *Expectativas* y *emociones*. Las expectativas se hicieron evidentes por preguntas realizadas por las investigadoras directamente a los niños, quienes manifestaron verse en un futuro como profesionales, sin embargo no tienen idea de lo que necesitan hacer en el tiempo inmediato para lograrlo, inclusive, en algunos casos no saben en qué consiste la profesión que mencionan, lo que nos lleva a inferir que esto mas que una expectativa propia es algo que consideran aceptable dentro de su grupo social, incluidos ambos microsistemas como son la escuela y el hogar.

En relación a la sub categoría *emociones*, los niños identificados con DAH muestran con frecuencia expresiones de ira, agresión verbal y/o física cuando los acusan con la docente y ella los regaña. Se sienten estigmatizados y consideran que siempre se les culpa de todo lo malo que

ocurre en el salón, no parecieran tener clara conciencia entre su comportamiento habitual y la forma en que son tratados por el resto del grupo.

Por último formamos la categoría “clima del aula”, en la que incluimos tres sub categorías: *Práctica docente, manejo de la disciplina y organización del espacio físico*. En la sub categoría práctica docente se incluyen todas las estrategias que usa el maestro en el transcurso de la clase; destacándose en este caso el dictado sentado en el escritorio, copia de la pizarra y asignación de trabajos en pequeño grupo.

Las estrategias que utiliza el docente son de suma importancia cuando nos interesa el desempeño de un niño con DAH, ya que para su mejor desenvolvimiento requiere de la asignación de actividades breves que pueda culminar dentro de su tiempo máximo de atención; además de la supervisión constante y de las indicaciones puntuales del mediador; se pudo observar que regularmente estos niños se atrasaban con respecto al grupo y abandonaban la actividad sin que el maestro lo notara.

Igualmente, en las actividades asignadas al pequeño grupo, los niños con DAH, se limitaron a mirar lo que hacían sus compañeros, jugar con los útiles escolares y en algunas ocasiones copiaban al final de la actividad lo que éstos habían hecho. En la mayoría de los casos el grupo de niños ignoraba al alumno con DAH.

El *manejo de la disciplina* surge como una sub-categoría significativa en estas observaciones debido a que se pudo constatar una especie de “caos” en estas aulas la mayor parte del tiempo; en algunos momentos da la impresión que estuvieran de recreo, aunque como se nos informó en las escuelas bolivarianas no existe un periodo de tiempo destinado al recreo. Constantemente los niños están fuera de sus asientos, conversan, miran por las inmensas ventanas que tienen las aulas, escuchan música de celulares,

entre otros. Todo lo anterior se suma al hecho de que los ruidos que provienen del exterior son tan perturbadores que obliga a levantar la voz para poderse escuchar.

Todos los docentes observados utilizan la consigna 1, 2, 3 como una forma de recuperar la tranquilidad en el aula, donde el 1 significa que hagan silencio, el 2 que vuelvan a sus asientos y el 3 prestar atención al docente. En ocasiones deben repetirla varias veces para que los niños obedezcan. Llamó nuestra atención el caso de un docente de sexto grado, en cuya aula no se presenta esta situación, los niños entran en formación, cada uno tiene puesto fijo, además existe en esta aula una rutina de participación como levantar la mano para hablar, escuchar al compañero que lee en voz alta, tareas de higiene personal y esto genera un ambiente un poco más calmado, a pesar de que las demás condiciones perturbadoras como el ruido externo y las constantes interrupciones permanecen tal como en los demás salones.

Considerando ese clima permanente de desorganización, nos pareció interesante conocer qué criterios utilizan los docentes para identificar al niño con DAH, por eso lo indagamos en las entrevistas.

La organización del espacio físico es otro elemento resaltante dentro del tema que nos ocupa pues como bien se documenta en la literatura existente, dicha organización es una estructura externa, entre otras, que le permite al niño con DAH mantenerse dentro de ciertos límites de concentración. Como ya se escribió en párrafos anteriores estas aulas son sumamente amplias, con techos altos y bien ventiladas pues cuentan con enormes ventanas, sin embargo la iluminación natural no es adecuada en algunos casos, lo que obliga a mantener luces encendidas en las mañanas.

El mobiliario está constituido por el escritorio y silla del profesor, que se ubica en la parte delantera del salón en línea directa con la puerta; a su lado, en la pared frente a los estudiantes el pizarrón de madera verde o

negra. Los pupitres están ordenados en hileras uno detrás de otro con suficiente espacio de separación entre ellos. También tienen uno o dos armarios donde se guardan materiales de clase, útiles de aseo, etc.

Cuadro 2. Resumen de categorías y sub categorías (Observación)

Categorías	Sub- categorías
1.Desatención	1.1 Distraído 1.2 Actividades distintas a las asignadas por la docente 1.3 Desplazamiento en el aula
2. Interacción entre niños.	2.1 Disruptivas 2.2 De cooperación
3. Interacciones docente-niño.	3.1 Relación entre el docente y todo el grupo 3.2 Relación particular con el niño con DAH.
4. Interacciones del docente con otros adultos.	4.1 Otros docentes 4.2 Padres 4.3 Otros.
5. Imaginario del docente con relación al niño con DAH.	5.1 Percepción 5.2 Emociones
6. Emociones de los niños (Grupo).	6.1 Positivas 6.2 Negativas
7. Autovaloración del niño con DAH.	7.1 Expectativas 7.2 Emociones.
8.Clima del aula	8.1 Práctica docente 8.2 Manejo de la disciplina 8.3 Organización.

Fuente: L.M González 2012

Modelo de Atención Vigente.

Derivado del análisis anterior se pueden develar algunos de los criterios conceptuales y metodológicos que subyacen al modelo de atención para los niños con DAH en esta institución; desde el punto de vista conceptual, pareciera predominar el llamado, en psicología, modelo médico de atención al niño con discapacidad, en el cual se considera que estos niños están enfermos y deben ser tratados con medicamentos indicados por los especialistas (neurólogos/psiquiatras); en las observaciones se evidenció que el docente confía plenamente en el efecto sanador de estos medicamentos, identifica el problema como algo interno del niño, por lo que desde el punto de vista didáctico tiene poco que hacer para contribuir en su especialidad educativa y pedagógica con el desempeño exitoso de los niños con DAH.

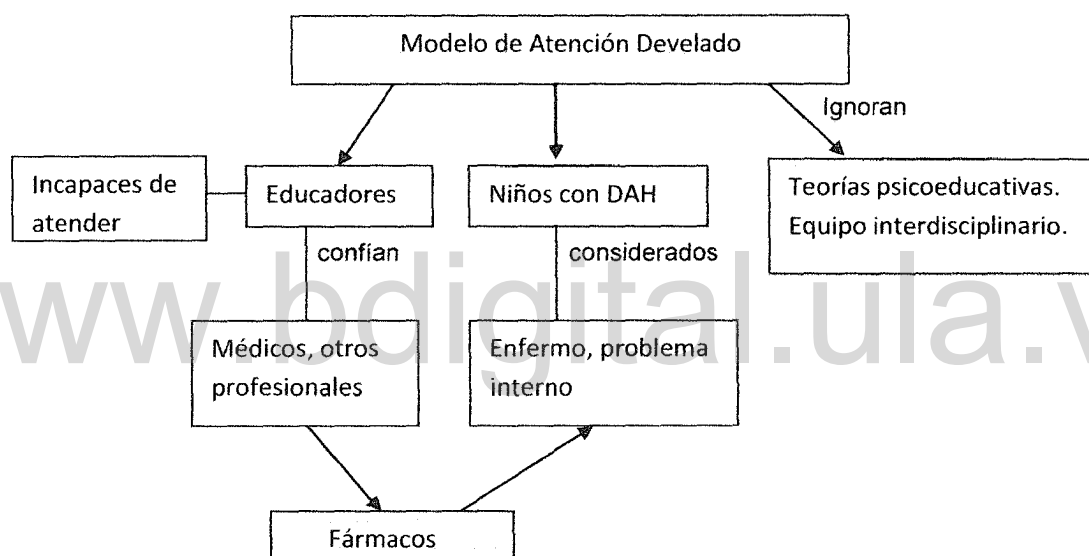
En las dinámicas del aula se ha observado como se ignoran todas aquellas recomendaciones que desde el ámbito de teorías psicoeducativas como la Psicología Cultural, la Ecología del Desarrollo Humano y todas aquellas que se cobijan bajo el enfoque constructivista han propuesto para desarrollar la mayor capacidad de desempeño integral de los niños, en particular, agregamos, de aquellos que tienen necesidad educativa especial.

Por otro lado, se observa en la práctica la implementación por parte de los docentes de algunas técnicas propuestas por la teoría de modificación de conducta, como por ejemplo tiempo fuera, costo de respuesta; aunque adolecen de ciertos elementos fundamentales para la utilización de las mismas, como son: Definición de conducta meta, sistematicidad, registro y evaluación de resultados.

En este orden de ideas, aunque hicimos alusión al predominio del modelo médico, tampoco se observó que éste se implementara tal como es

propuesto en teoría ya que se dejan de lado elementos básicos como por ejemplo el tratamiento individualizado basado en la recuperación o normalización. No existe equipo multidisciplinario, y en lo referente a la participación de la familia, a los padres se les hace responsable del comportamiento y la recuperación del niño.

Gráfico 4. Representación del modelo de atención vigente en la institución.



Fuente: L.M González. 2012

Como puede deducirse, en esta institución no existe un modelo conceptual- metodológico estructurado para la atención de los niños con DAH. Se toman elementos, principalmente, del modelo médico de psicopedagogía y de la teoría conductista, pero lo predominante es que cada docente actúe con los niños DAH de acuerdo a su propio criterio formado a partir de la tradición del centro educativo y de su experiencia personal, creencias y actitudes. En el análisis de las entrevistas realizadas a estos profesionales profundizaremos sobre el particular.

En cuanto a la representación que tienen los docentes acerca del niño con DAH, lo consideran un “ente perturbador” en el aula que debe ser neutralizado mediante el empleo de medicamentos y/o a través de estrategias como tenerlo vigilado muy de cerca, regaños y principalmente con la amenaza de llamar a los padres y acusarlos. Para los docentes estos niños constituyen un problema que debe ser resuelto por personas que están fuera de la escuela, los médicos y los padres.

La naturaleza de las interacciones de los niños con DAH y sus maestros se caracteriza por los intentos de estos últimos por controlar el comportamiento del niño y lograr que éste culmine sus actividades; estos intentos se materializan en forma de regaños, amenazas, con notable ausencia de intercambio afectivo positivo entre ellos, llegando incluso en algunos casos, a la total indiferencia del docente ante los intentos del niño por acercarse a él y obtener su reconocimiento.

Por otra parte, el niño con DAH, la mayor parte del tiempo en el aula, permanece aislado o “molestando” a los compañeros por lo que recibe constantes agresiones verbales de parte de ellos. Aun cuando no responde de manera violenta sino que ignora estas agresiones y permanece en silencio, esta actitud puede interpretarse como una especie de “agresión pasiva” hacía el docente y compañeros. Ejemplo de ello es cuando una niña le dice a un niño con DAH, que le tumbó los materiales del pupitre, “mire tonto recójame eso” y el niño continuó su camino, la niña se quejó con la maestra y ésta le dijo al niño “recoge lo que tumbaste”, el niño ignoró la orden y siguió con lo que hacía.

Sobre la base de lo que expone Maturana (2008) podemos afirmar que en la institución educativa que nos ocupa se observa un *acoplamiento estructural* con una fenomenología de evasión-agresión entre los niños con DAH y sus docentes que configura una herencia biológica y cultural que se

transmite de generación en generación a quienes hacen vida a través del tiempo en esta escuela.

En este mismo orden de ideas, los cambios necesarios en las interacciones descritas deberían comenzar con la auto reflexión de cada uno de los actores participantes y el reconocimiento de que su actuación activa el comportamiento de sus compañeros. Es por ello que nuestro trabajo contempla la realización de grupos de discusión, tanto con los profesionales y representantes como con los niños con DAH, donde se fortalezcan las habilidades de reflexión y comunicación de todos ellos.

Para finalizar con el análisis de esta primera aproximación a nuestros resultados, con la mirada en el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación, debemos resaltar que no está oficializado en el municipio Trujillo un procedimiento de evaluación e intervención para los niños que presentan DAH.

A partir de nuestras observaciones en el campo podemos delimitar la rutina que se sigue en estos casos: Cuando el docente sospecha que un niño presenta DAH porque su comportamiento, en cualquiera de los ámbitos afectados, se sale del funcionamiento del promedio, como por ejemplo que con frecuencia agrede físicamente a sus compañeros; le recomienda a los padres que lo lleven a la consulta del neurólogo y/o psicólogo; en ocasiones lo refieren a la orientadora del plantel, quien hace la recomendación respectiva a los padres, inclusive, algunas veces, los acompaña a la consulta.

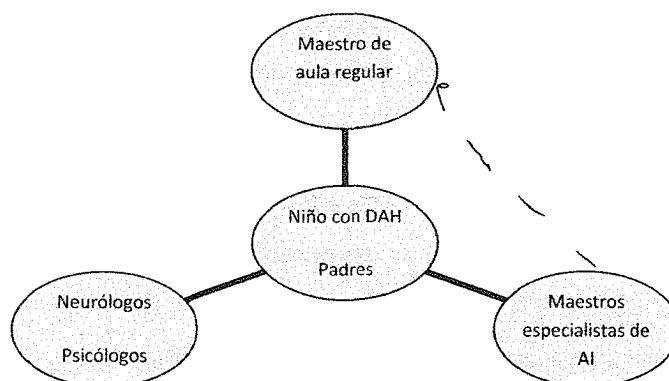
Son los profesionales especialistas quienes determinan que el niño presenta DAH y en el informe respectivo hacen las recomendaciones psicopedagógicas que debe seguir el maestro, si el neurólogo lo considera necesario indica el uso de fármacos. El docente recibe el informe del especialista e intenta llevar a cabo las recomendaciones.

En algunos casos los maestros no están de acuerdo con las indicaciones del psicólogo, pero como no tienen oportunidad de discutirlos con él simplemente hacen caso omiso de ellas. Esto se debe a que las consultas con estos especialistas se realizan en forma particular de acuerdo a las posibilidades de los padres, a veces hasta fuera del estado Trujillo. No se observó ningún escenario donde hubiera una interacción cara a cara entre docentes y especialistas.

La sucesión de pasos descrita es lo más parecido, que se pudo observar, a un procedimiento de evaluación e intervención; sin embargo, debemos resaltar que, en la mayoría de los casos observados, los docentes no poseían informes que indicaran que los niños habían sido evaluados por especialistas. En estos casos, la determinación del DAH proviene de la orientadora y las psicopedagogas de la escuela, quienes forman el equipo de aula integrada de la institución. Cuando esto ocurre, sí se da la interacción cara a cara con el docente, se le hacen recomendaciones y el maestro tiene la oportunidad de aclarar dudas y/o expresar desacuerdo. Esto representa el proceso de evaluación e intervención más frecuente o típico en esta institución.

Los alumnos con DAH asisten al AI una o dos veces por semana durante sesiones de cuarenta y cinco minutos; los docentes de aula regular reportan no saber qué hacen los niños en este lugar y tiempo; los docentes especialistas reportan asistir a las aulas regulares para asesorar al niño en las actividades asignadas por el maestro; hasta ahora no hemos observado ninguna de esas asesorías en las aulas.

Gráfico 5. Flujo de interacciones develadas en el proceso de evaluación e interacción de la institución actualmente..



Fuente: L.M. González 2012

Este es un punto sumamente relevante desde nuestra perspectiva en la construcción de un marco conceptual metodológico para la asistencia de los niños con DAH: El funcionamiento del equipo de profesionales que lo atiende; en este caso particular predomina la concepción de un equipo multidisciplinario que responde a la antigua concepción de la psicopedagogía en sus inicios cuando trataba de imitar el trabajo de los médicos (Ruíz,2007) buscando la enfermedad en el niño, atomizando síntomas y por lo tanto soluciones .

También es importante resaltar que en algunos de los “niños identificados en esta institución como DAH” no se observaron los criterios descritos en el DSM IV, concretamente que presenten 6 ó más de los síntomas y que éstos estén presentes por más de seis meses, que sirven de guía a médicos y psicólogos para realizar este diagnóstico.

Desde el punto de vista de la Ecología Humana podemos afirmar que esta institución como microsistema presenta grandes deficiencias en las interacciones que se establecen entre los miembros que la conforman; son interacciones de carácter muy particular que no responden a los fines u objetivos de sistema escolar. Así como también a nivel de mesosistema, ya que los vínculos que establece con otros microsistemas como el hogar y la consulta de los especialistas, son poco sistemáticos y hasta inexistentes.

Es importante detenernos en la consideración del carácter cerrado del microsistema escolar en estudio, ya que desde la perspectiva de la Ecología del Desarrollo Humano, las relaciones que se establecen entre los entornos explican lo que está ocurriendo en el individuo en particular (niño, padre, maestro). Tal como afirma Brofenbrenner (1987), para que un entorno pueda considerarse como protector o promotor de la evolución del niño (a) debe mantener interconexiones sociales, comunicación y participación conjunta con los otros ambientes.

De igual forma, la manera como el individuo perciba su relación con los miembros de otros contextos conducirá al desarrollo de esquemas mentales con componentes afectivos, cognitivos y actitudinales, acerca de sí mismo y de las demás personas que lo rodean. Ejemplo de ello son las manifestaciones de júbilo que mostraron los niños cuando se les informaba de la suspensión de actividades escolares por algún motivo, evidenciándose la percepción de la escuela como un lugar al que deben asistir por obligación, pero que no se vincula, en sus esquemas mentales, con otros ámbitos de su existencia, en los que pueden divertirse, descubrir, hacer amigos, como son el hogar y/o la comunidad. La ausencia de apertura de este microsistema también genera en el niño la conciencia de que lo que se hace en la escuela es para la escuela, significa cumplir los deberes, pero sin conexión con su evolución integral como ser humano.

Hablan los Educadores.

Los docentes de aula regular y de aula integrada son actores principales en esta compleja red social que es la escuela. Son ellos quienes de forma directa y cotidiana interaccionan con los niños que presenta DAH, por lo que sus conocimientos, creencias, actitudes y expectativas acerca de dichos niños tienen valor fundamental para la comprensión del contexto en estudio.

Desde la perspectiva de la Psicología Cultural, el aula escolar, así como el hogar, constituye una unidad básica de análisis en la que se organizan los procesos de vida (Cole, 2003). Estas unidades están determinadas por el entorno físico y social, pero además por las representaciones mentales de maestros y padres acerca de los niños.

En tal sentido, las entrevistas realizadas a los docentes mostraron las concepciones que ellos tienen acerca de los niños con DAH, las cuales han desarrollado a través del devenir histórico-cultural que les ha correspondido protagonizar en su quehacer profesional. Es necesario, en este punto, retomar el concepto de prolepsis, según el cual los adultos interpretan las características filogenéticas- biológicas del niño en función de su propia experiencia anterior (cultura). Ejemplo de ello puede ser que en nuestra cultura latinoamericana se considera al niño más activo y travieso que a la niña, a quien se le considera más dócil y cariñosa, de allí la diferencia de trato hacia unos y otras.

Con la finalidad de conocer y analizar ese bagaje onto-filo-genético y cultural-histórico de los docentes, se han realizado diez entrevistas a profundidad y a partir de las respuestas de los docentes se construyeron cinco categorías que permitieron develar la representación que tienen los maestros acerca de los niños con DAH, así como también evaluar la prospección que tienen sobre cuál debería ser su aporte en la construcción y

proyección que hacen sobre el futuro probable de estos niños, lo que constituye otro de los elementos que dentro de la teoría histórico-cultural se considera fundamental en el desarrollo del ser humano. Estos conceptos además nos proveerán de elementos básicos para la construcción de la teoría fundamentada que surgirá de este análisis.

Escudriñando las respuestas de los docentes se revelaron 21 códigos que fueron agrupados en 5 categorías (anexo 5):

La primera de estas categorías denominada “*autoevaluación del docente*”, incluye tres sub categorías: 1) hace referencia a lo que los maestros perciben acerca de su trabajo y aporte para el progreso de los niños con DAH.

En este sentido, los docentes consideran que con la formación profesional que ellos poseen es muy poco lo que pueden hacer por estos niños desde un punto de vista científico; sin embargo, no se quedan de brazos cruzados, sino que hacen uso de su experiencia profesional y personal, incluso de las prácticas de crianza que usaron sus padres con ellos, para tratar de modificar el comportamiento de sus alumnos con DAH. Ejemplo de ello es la respuesta de una de las psicopedagogas quien nos dijo “uno se siente con las manos atadas porque uno dice Dios mío apliqué esto, apliqué lo otro y ellos, a veces, los hiperactivos hacen muy rápido la actividad”.

La principal estrategia pedagógica que los docentes utilizan para controlar la conducta de los niños hiperactivos es asignarles una actividad tras otra para mantenerlos ocupados, si al niño no le gusta la actividad que está realizando el grupo, le colocan una diferente. De igual forma, utilizan la conversación o el dar consejos como una estrategia para lograr cambios tanto de la hiperactividad como de la atención e impulsividad, como refirió

una de las docentes de aula: “yo me la paso hablando con ellos que lo importante es concentrarnos, el que quiere puede”.

La mayor preocupación expresada por los educadores es que los niños no logren los aprendizajes esperados, por ello tratan de que se tranquilicen y atiendan, pero al no lograrlo se conforman con que se mantengan tranquilos, en este sentido una de las docentes de aula integrada expresó “Al principio tengo temor a no ayudarlos, que no logre que ellos capten la parte pedagógica por la misma hiperactividad.”

La segunda sub categoría alude a *las emociones y sentimientos* que expresa el docente en relación a los niños con DAH. En general los maestros tienen mucha dificultad para poner en palabras lo que sienten en situaciones de interacción con estos niños. No obstante, coinciden en que a la primera impresión lo que siente es miedo asociado con la posibilidad de no poder controlar la conducta violenta del niño, de que pueda hacerle daño a alguno de sus compañeros.

El miedo también se relaciona con la creencia por parte de los educadores de que su formación profesional no es suficiente para hacer frente a esta situación. Consideran que es su responsabilidad que el niño supere esta condición y logre los objetivos pedagógicos en el año escolar. Una de las docentes de aula expresó “era desesperante para mí, era terrible, no encontraba qué estrategias aplicar para que se estuviera tranquilo”; en este mismo sentido una especialista declaró “la primera vez casi corrí porque cuando uno está iniciándose no sabe que pasa”.

Igualmente, los docentes admiten que estos niños les generan ansiedad, frustración y que cuando no asisten a clases, para ellos, es un alivio, el salón es un remanso de paz y tranquilidad, pueden trabajar más relajados y alegres. Otro sentimiento que se evidenció fue la lástima que sienten los educadores por los niños con DAH ya que consideran que no es

su culpa ser así. Una de las maestras de aula opinó: "a mi me da cosita porque generalmente la solución clínica utiliza los medicamentos"; y la especialista de AI dijo: "conversando con ellos encuentro cosas que han influido y siento tristeza cuando el representante o el docente de aula no apoya el proceso".

A pesar de estas emociones y sentimientos, que podríamos calificar como negativas, que generan los niños con DAH en sus maestros, éstos últimos también manifiestan la esperanza de que los niños van a mejorar, siempre y cuando, entre otras condiciones, los padres les dediquen más atención y amor. Se puede apreciar que a pesar de que el docente se siente responsable por el aprendizaje académico del niño, considera que los aspectos afectivos como dedicación y expresión de amor les corresponden a los padres.

En palabras de Maturana (2008) esta forma de separar lo racional (cognitivo-aprendizaje) de lo emocional es una forma de negación del otro por parte del docente. Considera el autor que las conductas humanas se construyen a partir de los deseos, las aspiraciones, las emociones. La emoción particular desde donde surge una acción le da a la misma el carácter de acto razonable. Así mismo, afirma que lo que se considera como una amenaza puede justificar racionalmente la defensa de lo propio, lo que se quiere conservar.

De este modo, si los docentes consideran al niño con DAH como una amenaza para su buen desempeño y prestigio profesional, para la fluidez del cumplimiento de los objetivos pedagógicos en su aula, van a justificar racionalmente la defensa de estos elementos que le son propios y muy valiosos, de allí pueden surgir el miedo y la necesidad de depositar en otros la responsabilidad de acercarse y ayudar afectivamente a los niños.

El impacto de todas estas emociones genera un ciclo de ansiedad y malestar en el aula ya que, como afirman Turecky y Tonner (1997), todo niño que se sienta amenazado o ansioso puede tener un comportamiento extremo. Sin duda alguna, el miedo y ansiedad de la docente, así como el rechazo de los compañeros es una amenaza para el niño con DAH.

La tercera sub categoría se relaciona con las *expectativas que el docente* tiene acerca de los niños con DAH, qué esperan que ocurra con ellos en el futuro.

Todos los entrevistados coinciden en que estos niños pueden llegar a tener un futuro como cualquier persona, con una profesión, un hogar, en fin una vida normal, siempre y cuando reciban el tratamiento adecuado en edad temprana.

Los elementos de este tratamiento son diversos según los docentes, pero en forma generalizada consideran que la mayoría de los niños con DAH de esta institución no reciben esa intervención apropiada, lo que debería conducir a la conclusión racional de que no alcanzarán ese promisorio futuro.

Sin embargo, y a pesar del énfasis que hacen en el tratamiento, los maestros mantienen la esperanza de que el niño por sí solo supere sus dificultades y tenga un buen futuro. En tal sentido, una docente especialista expresó "creo que ellos llegarán a controlar esa parte, ellos aprenderán como personas a controlar esas emociones." También una docente de aula fue bastante clara en este punto al afirmar "tengo la esperanza de que ellos van a ir poco a poco superándolo".

Se hace evidente que los docentes no logran conectar, en su representación mental, sus acciones con los cambios que puedan ocurrir en la condición del niño. De alguna manera prevalece la creencia de que el DAH

desaparecerá con el paso del tiempo o por una especie de insight que el niño hará en algún momento de su vida y descubrirá que puede cambiar.

Esta concepción de que el síndrome desaparece con el paso del tiempo prevaleció en la literatura sobre DAH hasta la década de los 70, cuando Barkley (1982) con su teoría de las funciones ejecutivas estableció que la falta de atención y de control conductual son síntomas significativamente crónicos y permanentes, por lo que comienza a cobrar relevancia la intervención psicopedagógica y la orientación educativa en el proceso de tratamiento.

Por otra parte, los docentes no cuentan con evidencia que les permita corroborar sus supuestos, ya que no se hace seguimiento a los niños, como ejemplo tenemos la afirmación de una docente especialista "...yo les llevo el seguimiento hasta un primer año que posiblemente salen de aquí, veo en que liceo están estudiando, a veces les doy una vuelta, de ahí para allá pierdo el seguimiento; el otro día vi a uno y todavía tenía el déficit. La otra vez vi a otro en una tienda y estaba tranquilo".

Es necesario resaltar la necesidad imperiosa del proceso de seguimiento para poder realimentar el sistema y buscar formas de intervención más precisas y eficaces de actuar con los niños con DAH, de lo contrario se estaría caminando a ciegas, sin objetivos claros a largo plazo. Los maestros están centrados en que el niño cumpla las actividades que se le asignan cada día, que permanezca sentado, que no moleste pero dejan de lado el verdadero fundamento de la educación que es el aspecto formativo del carácter. A este respecto Figueroa (2005) afirma que una educación completa debe ocuparse del perfeccionamiento del carácter, base de una personalidad sana, armónica y productiva.

La segunda categoría que surge del análisis se refiere al concepto que manejan los docentes acerca de lo que significa que un niño presente DAH,

todo lo que los define ; así como también los problemas que ellos detectan como asociados a la presencia del síndrome, lo que incide directamente en la percepción de la prevalencia en la institución.

Lo primero que salta a la vista es que tanto los docentes de aula como los especialistas consideran que ellos no tienen las condiciones profesionales necesarias para diagnosticar a un niño con DAH, ya que eso le compete a los médicos (especialmente a neurólogos), inclusive una de las docentes refirió que ella afirma que el niño es hiperactivo porque el papá se lo dijo cuando fue a inscribirlo. En sus propias palabras: *“lo sé porque el papá me lo comentó cuando lo inscribió, que estaba en control con el neurólogo”* Sin embargo, y quizás debido a que muy pocos de estos niños han sido atendidos por neurólogos, las maestras utilizan sus propios criterios para etiquetarlos.

En este punto es importante resaltar que, independientemente de quien haga el diagnóstico, si el docente considera que el niño presenta el síndrome, su actitud y trato hacia el mismo se verán condicionados por ese concepto construido en sus representaciones mentales. Los conocimientos, validados de distinta forma, guían en gran medida las interacciones entre los seres humanos. En nuestro caso particular, los educadores distinguen entre lo que es déficit de atención y lo que es hiperactividad. Consideran que lo primero se refiere a “la incapacidad para concentrarse en lo que la persona le está hablando”; en este sentido una docente manifestó “tengo un niño que presenta un déficit de atención muy al extremo que se quedaba dormido en el salón, yo estaba dando la clase y no mostraba atención, ni motivación, mostraba somnolencia”. En general, los docentes asocian la dificultad de atención con problemas de aprendizaje.

Al referirse a la hiperactividad los docentes son más descriptivos y hacen alusión a la capacidad de estos niños para culminar con mucha

rapidez las actividades asignadas, al constante movimiento y a las agresiones físicas que ejercen contra sus compañeros. En palabras de una docente especialista al describir a uno de los niños “él en ningún momento se estaba quieto, en todo momento estaba activo, se paraba a cada rato, iba y le pegaba a otros niños y se asomaba a la ventana”.

También enfatizan el hecho de que la inatención y la hiperactividad están muy relacionadas y con frecuencia se manifiestan juntas, así como acompañadas de dificultades de aprendizaje y problemas de conducta. Aún cuando en cada uno de estos casos los docentes pueden emplear estrategias diferentes para sobrellevar la condición del niño, es una constante citar al representante y pedirle que lo lleve con un especialista (neurólogo, psicólogo) para que indique el tratamiento a seguir.

Como se pudo constatar en las observaciones realizadas, en el caso del niño con predominio de déficit de atención, el maestro tiende a ignorar su desempeño y es en el aula integrada donde los especialistas se dedican a tratar de ayudarlo a superar esta dificultad; por otro lado, en el caso del niño con predominio hiperactivo, el esfuerzo del docente de aula se centra en mantenerlo tranquilo asignándole actividades diferentes a las de sus compañeros, responsabilidades fuera del aula y tratando de ignorar su comportamiento. En los casos en que el docente ignora el comportamiento del niño, asumimos que intenta aplicar la técnica de tiempo fuera parcial; sin embargo, y quizás por la falta de pericia en el uso de la misma, el docente ignora todo el comportamiento del niño, obteniendo resultados contraproducente en la conducta, ya que el niño no recibe feedback de lo apropiado de su comportamiento cuando es el caso.

A pesar de que los niños identificados con DAH viven en la escuela una experiencia diferente al resto de sus compañeros, los docentes consideran que no se les puede catalogar como discapacitados, que pueden

permanecer en la escuela básica siempre y cuando reciban apoyo permanente de los especialistas. Esto nos introduce en la tercera categoría construida que se refiere al *imaginario sobre evaluación y tratamiento*.

En esta tercera categoría se incluyen las creencias de los docentes sobre la evaluación y el tratamiento que se debe seguir con estos niños.

Encontramos cierta paradoja en la opinión de los maestros, ya que los mismos consideran que es un problema de nacimiento, quizás hereditario, pero a la vez enfatizan en que los problemas familiares, la relación entre el niño y sus padres, puede explicar el comportamiento de dichos niños. En este sentido tenemos varias afirmaciones de los docentes en respuesta a la pregunta ¿Por qué crees que el niño tiene este problema?

- “creo que viene desde que nacieron, algunos otros puede ser por problemas en el hogar”.
- “A lo mejor no les prestan atención, no los toman en cuenta... hay otros que nacen así”.
- “creo que estos niños traen eso desde el vientre, no se hacen estos niños sino que nacen así”.
- “En otro niño se presentó una conducta hiperactiva que se acentuaba por el trato maternal que recibía.”
- “...era un niño que venía de una separación de sus padres, y había convulsionado y a raíz de la convulsión se volvió hiperactivo.”

Como podemos deducir de las afirmaciones anteriores para los docentes el factor neurológico-innato es lo que determina que el niño presente DAH, a la vez le atribuyen al abandono emocional de los padres y a los problemas familiares igual peso para explicar el mismo fenómeno. En ninguna circunstancia, los docentes entrevistados, reflexionan acerca de la

relación que pudiera tener su propia actuación o el funcionamiento de la escuela en las manifestaciones de desatención e hiperactividad de los niños. En este punto es necesario resaltar el hecho de que muchos de los niños que nos fueron referidos por los docentes (aula y especialistas) como DAH no mostraron, durante las observaciones realizadas, los criterios necesarios para este diagnóstico de acuerdo con la bibliografía sobre el tema.

En nuestra apreciación, en la institución existe un sobre diagnóstico para el DAH; sin embargo, los maestros consideran que no hay alta prevalencia, afirman que uno o dos niños con DAH en un aula de treinta y cinco no es mucho. Una de las especialistas afirmó "...considero que sería alta si hubiera un 50% de la población estudiantil con DAH".

Todo este conjunto de creencias acerca de los orígenes del DAH, se enlaza con la opinión predominante de los docentes de que estos niños deben ser atendidos, obviamente, por neurólogos. Lo que llama la atención es que esa intervención del neurólogo no se limita sólo, en el imaginario del maestro, a la indicación farmacológica, sino que además implica recomendaciones pedagógicas. Al respecto, una docente especialista expresó "sí, es algo que neurológicamente está ya diagnosticado y son niños que los especialistas en el área nos mandan recomendaciones para poder trabajar con ellos...". Así lo afirmaron los docentes y así lo constatamos en un informe neurológico que nos mostraron, donde el médico finaliza con "recomendaciones pedagógicas".

La situación anterior podría parecer contradictoria porque una persona formada pedagógicamente, como es el caso de un docente, no debería esperar que un médico le dé recomendaciones sobre el trabajo educativo, pero para los docentes es algo normal y hasta deseado, sobre todo el aspecto de la medicación. En este sentido, una maestra expresó: "como él es medicado viene como más tranquilo, pero en diciembre como no le habían

comprado el tratamiento porque lo tienen que buscar en Barquisimeto, era desesperante, para mí era terrible”. Sólo una docente especialista expresó sus reservas con respecto al hecho de que estos niños sean medicados, ante la pregunta de ¿cómo considera que deben ser atendidos? respondió “yo creo que la parte psicológica, la parte de conversar... quizás sea mejor que un medicamento, porque un medicamento te mantiene o controla en ese momento, pero no lo enseña a controlar ese estado.”

El otro aspecto considerado por los educadores como causal del DAH, es el aspecto emocional que tiene como fondo los problemas familiares, los divorcios, el descuido de la madre, hogares reconstruidos; pero lo que más enfatizan es la falta de amor y cariño que estos niños soportan en sus hogares. Una de las docentes de aula expresó: *“En el caso de D, sus padres están separados, el papá se busco una nueva pareja y eso le afecta al niño... le falta han metido muchas cosas en la cabeza acerca de su mamá biológica. Le falta amor y cariño”*. Esta carencia de afecto los docentes la operacionalizan como falta de dedicación de los padres, especialmente de la madre, hacia el niño, no pasan tiempo con ellos, hay conflictos entre la pareja o entre otros miembros de la familia y esto incide directamente para que el niño no supere su condición.

En cuanto al proceso de intervención, coinciden los docentes de aula con los docentes especialistas; lo que ellos hacen es, en primer lugar, tratar de mantener al niño ocupado en diversas actividades. Como evidencia de esta práctica podemos observar los siguientes testimonios:

“No encontraba qué estrategias aplicar para que estuviera tranquilo, le decía ayúdame aquí con esto, lo ponía a hacer cualquier cosa, preguntarle la tabla de multiplicar a sus compañeros.” Docente de aula.

Mientras que una docente especialista refiriéndose a su participación en el aula afirmó “ya previamente he hablado con el docente, le hago señas

que lo mande a hacer otra cosa porque ya terminó o se cansó... sino le digo ponlo a barrer el aula o que a la hora del desayuno sea el encargado de bajar las tazas”.

La mayor parte del tiempo el maestro especialista no está en el aula con el docente, sino que se lleva al niño al aula integrada, en este contexto le asignan más actividades lúdico-pedagógicas como armar rompecabezas, bingo, entre otros. Una constante entre todos los docentes es la opinión de que al niño con DAH no se le debe obligar a realizar ninguna actividad, si no quiere hacer algo se le asigna otra y así sucesivamente; esto nos permite representarnos como es la vida escolar para estos niños: pasan el día de una actividad a otra, quizás sin concluir ninguna, además van de un lugar a otro dentro del plantel.

Los maestros manifiestan la creencia de que los niños van a cambiar con el paso del tiempo por efecto de la maduración, pero en el presente ellos tratan de convencerlos a través de consejos y reflexiones de que deben cambiar para su propio bien. Analizando esta situación a la luz de la Psicología Cultural podemos afirmar que, en este contexto se hace necesario incorporar la función de mediación desarrollada por Vigotsky (1996), donde la tarea de los adultos o iguales más capacitados es servirle de plataforma al niño para lograr cambios cualitativos en su desarrollo psicológico, para lo cual es imprescindible que se formulen retos cognitivos, conductuales y actitudinales, que sin ser excesivos tengan un nivel de complejidad que le permita al niño dar un paso adelante en su desempeño actual.

En el caso que nos ocupa, los diferentes actores están tratando que el niño se mantenga dentro del contexto escolar sin perturbar el funcionamiento del mismo, independientemente de que lo que haga allí lo ayude o no a mejorar su condición y/o desempeño escolar. En este sentido, una docente nos refirió: “vamos a hacer una cosa, tú me vas a ayudar con los niños, tú

vas a ser un maestro como yo, y entonces lo coloqué [al niño con DAH] que cuando teníamos actividades, él supervisaba las actividades de los otros niños; claro él no hacía la suya porque era tan inquieto que no le daba tiempo”.

En esta misma línea de ideas, nos encontramos con la forma de intervención que utilizan los docentes (de aula y especialistas) para abordar el otro elemento que consideran asociado al DAH, como es la alteración emocional que presentan estos infantes. Al respecto, una docente de aula expresó “aquí hay un aula integrada, la orientadora está pendiente de darle charlas tanto al niño como al docente”; y otra maestra “yo me la paso hablando con ellos que lo importante es concentrarnos, el que quiere puede, vamos a hacerlo con amor.”

En el caso de los docentes especialistas y la orientadora, además de conversar con los niños, lo hacen con los maestros de aula y tratan de hacerles ver que estos niños no son culpables de su comportamiento, que deben tener paciencia porque esto es un proceso. Es interesante transcribir un episodio narrado por una docente especialista, en el cual intenta que un niño con DAH reflexione sobre su propio comportamiento:

“... en el momento no es bueno decirles mira que esto porque, en vez de ayudar empeora, más bien uno les dice ok ¿quieres tirar algo? bueno tíralo y si le rompes la cabeza, por decir algo, ¿qué pasa?, bueno, botan sangre, y si botan sangre ¿qué pasa? Y así; entonces como que van bajando el nivel y van reaccionando ellos mismos”.

“... en el caso de los niños con hiperactividad deberían irle diciendo papi o mami trata de evitar esas emociones, trata de evitar estas situaciones porque quizás te alteran, lo veo de esa manera, pero, hasta los momentos, lo que he visto es que lo han tratado más en la parte clínica que psicológica.”

Todos los intentos de intervención por medio de la palabra tienen un denominador común: la intención por parte de los adultos de hacer que el niño modifique su actuación a través de un cambio previo en pensamientos y cogniciones, lo cual es una postura respaldada por diferentes orientaciones psicológicas y educativas. Sin embargo, el procedimiento expuesto por los entrevistados adolece de ciertos elementos fundamentales para obtener los resultados deseados, entre otros: Imposición del deseo de cambios en la conducta del niño por parte del docente, lo cual sustituye al verdadero diálogo, tal como lo describe Maturana (2008), donde se da una interacción en la que prevalece el reconocimiento del otro como una persona legítima con necesidades y aspiraciones.

Igualmente, el consejo bien intencionado suplanta la formulación de metas conjuntas y cómo alcanzarlas para el bienestar propio, de la comunidad del aula y del plantel en general. Tal como afirma Shapiro (1997) "el hecho de enseñarle a la gente a cambiar su forma de pensar puede realmente modificar la química del cerebro" (p.111). No obstante, para que estos cambios ocurran es necesaria la implementación de métodos innovadores comúnmente denominados modificación de conducta cognitiva.

Por su parte Koplow (2005) enfatiza la importancia de que la clase se convierta en una verdadera "comunidad intencional", donde el rol del docente vaya más allá de formular reglas y asignar tareas, nosotros agregamos, y de dar consejos. De acuerdo con el autor, el proceso debe incluir facilitar el diálogo acerca de la vida comunitaria, las dificultades y alternativas de solución también comunitaria, es decir, el problema deja de ser del niño para ser asumido por la comunidad escolar.

Estos elementos nos sirven como preámbulo a la introducción de la cuarta categoría que surgió en el análisis de los datos y que tiene que ver con los *conocimientos* acerca del DAH y la forma como los docentes los han

adquirido, denominamos a esta categoría *conocimientos sustentados*. Ninguno de los entrevistados reportó haber hecho alguna investigación bibliográfica o aplicada sobre el DAH. Los docentes adquirieron los conocimientos a través de los padres de los niños y por los informes que les envían especialistas externos. Todo ello hace que los maestros muestren mucha incertidumbre con respecto al tema.

Especialmente se refieren al uso de fármacos tal como lo han experimentado sus alumnos, al respecto una docente especialista expresó “los medicamentos lo que hacen es que el niño baje, lo colocan como que baja el nivel de adrenalina”. En cuanto al efecto en la conducta de los niños, algunas maestras de aula notan que hay periodos en los que los niños están más tranquilos y ellas infieren que es porque les suministran fármacos, de allí la simpatía de los docentes por el uso de los mismos.

Sin embargo, las maestras especialistas que, generalmente, realizan un trabajo de refuerzo pedagógico individual con el niño en el AI, atribuyen ciertos efectos contraproducentes en esta práctica, así lo manifestó una de ellas “veo que hay una gama de fármacos y he notado que a veces producen vómitos o mucho sueño y entonces tienden a cambiárselo para saber si otro no les cae mal, sé que son fármacos, pero no sé su nombre; en ocasiones no los toman y se vuelven agresivos por cualquier cosa.”

En este mismo sentido, la especialista expresó “... se me ha dormido aquí en el AI y tengo que esperar que le pase ese momento porque debo dejarlo descansar porque la pastilla le está haciendo que haga eso y en ese momento no le puedo explicar nada, le digo: quieres dormir, duerme”.

La poca formación que tienen los docentes en cuanto al DAH se asocia, por una parte, a la falta de compromiso y de interés por lo que les ocurre a estos niños y la forma de ayudarlos, a pesar de que son responsables directos de su educación integral. No nos referimos exclusivamente al uso de

fármacos, sino también, como describimos en puntos anteriores, a la implementación de estrategias didácticas y de inclusión. Este fenómeno nos compete, evidentemente, a los formadores de formadores, pues estos profesionales desconocen la labor del docente como investigador, no parecen vincular su trabajo con la función investigativa sobre lo que ocurre en el aula. Por esta razón cualquier modelo conceptual psicoeducativo que trate sobre el DAH debe incluir este punto como un elemento fundamental.

Por otra parte, se evidencia la necesidad de una comunicación eficaz entre los diferentes profesionales que atienden a los niños, además de extenderla hacia la familia. En este sentido, en la institución se hacen algunos esfuerzos que pasaremos a analizar en la quinta y última categoría de las entrevistas a los docentes *“intentos de trabajo en equipo”*.

En la institución existe un aula integrada en la que trabajan dos especialistas en Dificultades de Aprendizaje y una orientadora. Las primeras atienden a los niños(as) que las maestras de aula reportan por presentar problemas para la lectura, escritura y cálculo, también desatención. Estas especialistas hacen una evaluación pedagógica de los niños y elaboran un plan de atención que se desarrolla de forma individual en el AI, espacio que ya describimos en el apartado de observaciones.

Las especialistas reportan hacer recomendaciones a los docentes regulares sobre estrategias pedagógicas que podrían implementar en el aula para ayudar a estos niños a superar su dificultad. Estas recomendaciones se hacen en visitas esporádicas que realizan a las aulas; en este sentido una especialista comentó: “ tengo que trabajar con los chicos dentro del aula para saber si allí están trabajando con las actividades o las estrategias que se les orientó en el AI, ver si los docentes, muy respetuosamente uno los orienta, así por lo bajito” , además continuó: “uno inmediatamente le dice al docente

tienes que ponerlo a hacer algo porque si tú no lo haces vas a sentir el aula desordenada, en ocasiones toman la orientación como en otras no.”

Como ejemplo de la actividad que se acerca a lo que estas profesionales consideran un trabajo en equipo se muestra a continuación dos relatos de docentes especialistas:

“En el aula regular yo respeto las actividades realizadas por el docente de aula porque tengo que tratar de que el niño realice las actividades que él está desarrollando porque el que evalúa directamente es el docente de aula regular.”

“... al docente, que ya previamente debí haber hablado con él, hacerle señas de que lo mande a hacer otra cosa porque ya terminó o se cansó, porque si no quiere el dictado no lo quiere, o me lo llevo si el docente me dice que sí, si no le digo ponlo a barrer el aula...”

Como se puede observar podría considerarse que hay cooperación por parte de las especialistas, sin embargo esto no califica como una actividad inter o transdisciplinaria, ya que la misma implicaría la posibilidad de discusión y de acuerdos en cuanto a la actuación de cada uno de los profesionales en cada caso particular.

En cuanto a la orientadora, también afirma que se reúne con las docentes regulares cuando el caso lo amerita, y su participación consiste en hacer observaciones en las aulas, a partir de las cuales les hace recomendaciones en cuanto a la forma de controlar el comportamiento del niño, especialmente, técnicas de modificación de conducta, pero considera que, igual como lo hacía ella cuando estaba en aula, los docentes deben ingeniar sus propias estrategias en este sentido porque ella no tiene tiempo ni capacidad para atenderlos a todos.

Otra de las labores de la orientadora consiste en coordinar las reuniones con los padres y, de ser necesario, pedir la intervención de la directora para que hable con ellos y ejerza su autoridad. En alusión a lo anterior afirmó: "La directora pone un punto, presiona a los padres para que los lleven al psicólogo. Ella les habla de los artículos de la LOPNA, la responsabilidad que deben tener los padres con los hijos, responsabilidad que deben tener en la escuela. "

En este orden de ideas, una de las docentes de aula, refiriéndose a sus intentos por realizar un trabajo en equipo expresó "Todo lo tuve que coordinar yo. Se le informó a la dirección, al comité coordinativo, dieron sugerencias, recomendaciones verbales, hasta ahí, más nada, con cierto grado de indiferencia."

Con relación a la participación de los padres, quienes deberían ser considerados miembros natos del equipo de intervención, tanto los docentes como los especialistas limitan la participación de éstos a citarlos a la escuela para entrevistarlos y ponerlos al tanto de la situación de sus hijos y hacerles las recomendaciones pertinentes, principalmente que busquen ayuda profesional.

Todos los informantes manifestaron que hay poca receptividad por parte de los padres, o mejor dicho de las madres que son, por lo general, quienes acuden a las citas. Así nos lo confirmaron con sus testimonios:

" Aquí tenemos un caso el niño es de primer grado, pero tiene siete años y es hiperactivo, ya mi esposo (neurólogo) lo vio y le mando hacer el electro y la señora no está motivada a hacérselo, nosotros hemos hablado con ella y dice no , que me dieron la cita para muy lejos, pone muchos pretextos".
Docente especialista.

“De verdad no se avocan a la necesidad del niño según lo que tienen. Veo que ellos no,... en general son muy pocos los que asumen esa responsabilidad”. Docente especialista.

La orientadora, en ocasiones, busca las citas con especialistas externos y los acompaña a la consulta, más que todo con la finalidad de cerciorarse de que acudan, pero no participa activamente en la misma.

De esta manera, los datos recopilados y analizados evidencian que en esta institución no se realiza trabajo en equipo entre profesionales y mucho menos con la familia. La importancia preponderante que tiene este elemento en el proceso de comprensión e intervención en los casos de niños con DAH, está por demás documentado desde la teoría y la práctica, por lo que llama la atención el poco interés que estos profesionales le asignan en su quehacer educativo.

La Familia

Desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano, cada ambiente como estructura seriada contiene en sí mismo a la anterior y las interconexiones que se dan entre ellos se expresan en los sistemas de mayor amplitud o rango. De este modo, las interacciones que se producen en la familia y la escuela y las consecuentes transformaciones que sufren los individuos se verán reflejadas en el devenir del macro sistema social y cultural.

Como estas transiciones tienen un carácter dinámico, tanto el niño como sus cuidadores van cambiando como producto de las interacciones entre ellos, a su vez, los cambios en las sub culturas y en la cultura en general de un pueblo impactan de manera directa el tipo de relación más directa que se practica en el micro sistema familia.

En el mismo momento en que el niño nace, el grupo familiar se “acomoda” para recibirlo y hacerle un espacio para cuidarlo, alimentarlo, darle el calor afectivo suficiente para que pueda desarrollarse. Autores como Spencer y Harknes, (citados por Cole, 2003) denominan “nicho evolutivo” a ese sistema compuesto por los entornos físico y social dentro de los que viven los niños, las costumbres de sus cuidados reguladas culturalmente y las teorías de los padres sobre los niños.

Para Cole estos nichos evolutivos son similares a lo que él denomina “prácticas culturales de experiencia de los niños”, referidas a todas aquellas actividades que regulan las expectativas normativas del grupo; aun cuando las madres son quienes inician la creación de las prácticas culturales y proporcionan restricciones de la conducta dentro del nicho evolutivo, lo que ocurre dentro de ellos son realizaciones conjuntas, tanto el niño como el ambiente son activos en el proceso evolutivo.

Como es sabido, los niños nacen con la disposición psicobiológica de apegar-se a los adultos que, se supone, los protegerán de riesgos y de fuentes de inestabilidad (Sadurní, 2009). Este apego puede darse de manera segura o no. De allí la importancia de las relaciones primeras que el niño establece con sus cuidadores.

Es así como los resultados obtenidos en el rubro familia deben interpretarse como el reflejo de la construcción y funcionamiento de los nichos evolutivos en los que a estos niños y a sus madres les ha tocado desarrollarse, estrechamente vinculados a las normativas sociales y culturales del grupo al que pertenecen. Resaltando el hecho de que en la medida que ese vínculo madre-niño se fortalezca en el sentido afectivo, comprensivo y de aceptación, las interacciones del niño en futuros ambientes (escuela, comunidad, sociedad) serán, probablemente, también afectuosas, marcadas por la cooperación y la solidaridad.

Las madres

Como afirma Brofenbrenner (1987), el hogar constituye el principal microsistema en el que se desenvuelve el niño con DAH. Tiene relevancia, además de las interacciones con los miembros que conviven bajo el mismo techo, también la influencia que pueda ejercer la actuación de otras personas sobre ese entorno íntimo que es la familia.

En nuestra investigación se corroboró que el cuidado, atención y apoyo de los niños participantes está bajo la tutela exclusiva de sus madres. De allí que las entrevistas realizadas a las mismas nos sirven de base para la elaboración de las categorías correspondientes al rubro familia. La primera categoría que surgió de este análisis fue denominada *Representación de los niños con DAH* y se refiere a la figuración mental que estas señoras han construido en relación a sus hijos y que está estrechamente vinculada a la experiencia directa que tienen por convivir con ellos diariamente, así como también a las creencias que han acumulado a lo largo de su devenir histórico, a comentarios y opiniones recibidos de docentes, familiares, amigos, etc.

Al igual que ocurre con los educadores, la representación mental que tengan las madres acerca de sus hijos dirige, en gran medida, su interacción con ellos, sus expectativas, frustraciones, anhelos, manifestaciones emocionales. En el caso de las madres se profundizan cualitativamente todos estos elementos por el vínculo afectivo existente entre ellas y sus hijos con DAH. Las principales características que las madres reportan haber observado en sus hijos es que son inquietos, no hacen caso, son agresivos y distraídos. Como se puede observar esta descripción del comportamiento de los niños coincide con lo reportado por las docentes de aula y especialistas; así como también con algunas de las características descritas en la literatura

sobre el tema, sin llegar a completarse los criterios descritos en el DSMIV para el diagnóstico.

Aunque las madres afirman haber observado estas conductas en el hogar, igual refieren que la mayor parte de las veces ocurren en la escuela por lo que tienen conocimiento de ellas a través de las maestras. En este sentido, una madre expresó: “Las profesoras me han dicho que lo trajera para acá (consulta) pero no conozco casi psicólogos”, y otra de ellas afirmó: “La única queja de la maestra es que se para mucho, es muy conversador”. Una de las madres cuyo niño presenta predominio de desatención fue enfática al afirmar que ella es quien se da cuenta cuando su hijo se “desconecta” mentalmente, incluso en situaciones de interacción grupal, así lo refirió en su respuesta “pone los ojos como raro, a veces tengo que palmearlo y decirle ¡epa! Y entonces responde ¿qué?, cambia de ánimo, pero en la escuela no se dan cuenta”.

En cuanto al posible origen de la condición del niño, las madres manifestaron no tener ningún conocimiento sustentado sobre el mismo, pero han construido sus propias teorías al respecto. Los siguientes testimonios dan muestra de ello:

- “Pensé que era normal de él para llamar la atención”
- “Yo digo que él fue muy contemplado, mi mamá le daba mucha libertad.”
- “Cuando era pequeño una niña lo cargó y se le fue para atrás y se golpeó, creo que de ahí le viene eso.”
- “Debe ser porque se crió con mi mamá y el papá vivía en otra casa...”

Primordialmente consideran que la condición del niño responde a las características de la crianza en los primeros años de vida. Esta hipótesis

tiene gran relevancia para nuestro trabajo, puesto que si las madres consideran que el niño tiene DAH debido a algo que ellas hicieron o dejaron de hacer cuando eran bebés, esto genera en ellas un sentimiento de culpa que podría estar interfiriendo con la interacción actual entre ellas y sus hijos.

Aunado a esto, la responsabilidad casi exclusiva que se le otorga a la madre por la conducta de sus hijos por parte de los docentes, la familia y la sociedad en general hacen que se sientan abrumadas y hasta desesperadas en su rol de progenitoras. En palabras de Céspedes (2012) "Para muchas madres, el periodo lectivo...es una suerte de pesadilla, de "destino aciago", que desaparece mágicamente durante las vacaciones". (P.270).

Es así como en la segunda categoría de este análisis denominada *manifestaciones emocionales intervinientes*, encontramos que las madres expresan principalmente miedo por el comportamiento y por el futuro de sus hijos, al respecto una de ellas confesó: "A veces me da como miedo con el desarrollo, no sea que me le vaya a dar una reacción, no sé". Otro ejemplo lo tomamos de la respuesta de una de las entrevistadas quien afirmó: "La verdad pues lo he tomado como travesuras de cualquier niño, aunque a veces sí me preocupa porque a veces le da por decir me quiero matar, a mí nadie me quiere".

De igual manera, las madres expresaron como el comportamiento de sus hijos se va tornando cada día más inquietante para ellas, así lo manifestaron en las entrevistas: "ahorita ya no le gusta salir ni para donde mi mamá que es cerquita, se la pasa en la casa viendo tv", y otra de ellas "antes el papá tomaba mucho y discutíamos, al niño le daba miedo, cuando oye hablar duro al papá se asusta, pela los ojos, tiembla".

A pesar de todos esos temores, las madres confían, sin expresar elementos convincentes, en que sus hijos tendrán un buen futuro como personas; lo cual puede interpretarse como una forma de auto mitigar su

angustia actual. Cualquier comportamiento del niño que se acerque a las convenciones sociales es percibido por la madre como una señal de esperanza para su bienestar futuro, al preguntársele a una participante sobre sus expectativas sobre el futuro de su hijo, ella consideró que será bueno “porque él fue tan atrevido con la muchachita esa que habló con el papá porque a él no le gustaba verse en los caminos, que lo aceptara en la casa y el señor le dijo sí, venga”. Se estaba refiriendo a una supuesta novia que el niño tiene, y aunque para algún grupo social este no es un comportamiento propio para un adolescente de catorce años, en este caso particular se considera un signo de madurez, de hombría, y para la madre, por supuesto, es algo positivo.

En otro caso, la madre refirió que su hijo “un día llegó y me dijo las niñas son muy interesadas”, lo cual ella consideró como una valiosa reflexión por parte del niño, un aprendizaje que le será muy útil en el futuro para su relación con las mujeres. Estos ejemplos no sólo reflejan los intentos de las madres por calmar su ansiedad por el futuro de sus hijos, sino que, además, muestran el impacto del macrosistema (creencias, ideologías, valores) en la interacción madre-hijo y la formación de éstos últimos.

La tercera categoría construida a partir de las entrevistas a profundidad con las madres fue *Interacciones de los niños con DAH* y está compuesta por tres sub categorías: 1. Impacto en la dinámica familiar; 2. Relaciones con compañeros y 3. Vinculación con la comunidad (anexo 6). En lo referente al impacto en la dinámica familiar, se puede afirmar que es de suma importancia ya que la familia así como puede ser el medio ideal de protección y apoyo también puede convertirse en un elemento potenciador de los problemas del niño (Condemarín y cols, 2004).

En el presente estudio se pudo constatar que los niños con DAH constituyen un ente perturbador para el funcionamiento de sus familias. En

primer lugar debemos insistir en el hecho de que la responsabilidad por la atención al niño recae exclusivamente en la madre, aun cuando el padre o padrastro tenga presencia física en el hogar. Estas madres reciben críticas, exigencias de parte de los demás miembros de la familia, que les hacen sentir un profundo sentimiento de soledad e impotencia en cuanto a su proceder en la crianza del niño. Las siguientes afirmaciones sustentan, de forma dramática, lo antes expuesto:

- "A mí me dicen que le doy todos los gustos pero tampoco puedo estar regañando o maltratando porque tampoco gano nada con eso".
- "De hecho, no he trabajado ahorita, lo hice cuando él era pequeño pero me costaba porque era muy tremendo".
- "Con el esposo que tengo hoy día me dice que el niño es muy difícil, que no trabaje, que tengo que estar pendiente de él."
- "Al papá tengo más de dos años que no se de él."
- "Mi hermana la otra vez se quejó de que el niño molesta a su niña, pero es porque ella es muy delicada con su hija".

Igualmente, se recopiló evidencia de cómo la madre asume el rol de "defensora" de su hijo con DAAH ante el padre, los docentes y otros miembros de la familia y la comunidad:

- "Antes el papá le tiraba hasta las chancas para corregirlo, entonces yo le decía que no me le pegará con chancas porque lo iba a poner sinvergüenza".

- "Le dije al profesor usted me va a disculpar pero yo le he tolerado muchas cosas, lo que usted está haciendo con el hijo mío no debería ser..."

Esta forma de asumir la presencia de un hijo con DAH genera un vínculo afectivo de relación casi simbiótica entre el niño y la madre con características de codependencia, complicidad e intimidad que contiene elementos beneficiosos como son: La confianza del niño en su madre, la entrega amorosa de parte de ella a su hijo; así lo expresan algunas de las madres al responder:

- “Le digo (al niño) como que nadie te quiere y él responde sólo tú pero a veces te pones loca y me regañas por todo, le digo no por todo, trato de evitarte el peligro”.
- “Conmigo se lleva mejor que con el papá, tenemos confianza. Maltrato no tiene, ni verbal, ni físico, de mi parte no”.

A la vez esta especie de simbiosis afectiva que se crea entre madre e hijo provoca un desgaste emocional para ella, quien se ve abrumada por las demandas constantes de su hijo, quejas de familiares y profesores, entre todas las otras obligaciones que debe cumplir como ama de casa, esposa, madre de otros niños y, en ocasiones, trabajadora. Todo lo anterior conlleva a que, algunas veces, recurran al castigo físico como una forma de calmar al niño y a quienes se quejan de él. Como señalamos con anterioridad, cuando los educadores y demás miembros de la institución educativa descargan sobre la familia la responsabilidad por la actuación de uno de sus miembros, y la emplazan a cumplir ciertas expectativas con respecto a esto, se fomenta un clima de malestar y desconsuelo que desequilibra el acoplamiento estructural entre los integrantes de esa familia.

Indiscutiblemente, estas mujeres llevan una carga que no puede conducir sino a una vida de infelicidad y frustración, que necesariamente influirá en el desarrollo integral del niño. Como afirman Murray y Fortinberry (2008) las personas emocionalmente sanas, con confianza en sí mismas y en otros, por lo general crecieron en familias donde ambos padres eran

cariñosos y emocionalmente generosos. Podemos concluir que el impacto de los niños con DAH en estas familias es altamente negativo y como contrapartida la actuación de la familia es un hándicap para mejorar el funcionamiento intelectual-afectivo y conductual de los niños.

En cuanto a las interacciones con compañeros-segunda sub categoría- de acuerdo con la opinión de las madres, están fundamentalmente signadas por la agresión física y la violencia, en este sentido, una de las entrevistadas refirió “la semana pasada me llamó el profesor porque se había agarrado a golpe con otro niño”; otra de ellas informó que “a veces lo dejo ir donde mi mamá que están mis sobrinos. Empiezan a jugar bonito pero después se tiran cosas”. Pero la agresión no siempre parte del niño con DAH, en muchas ocasiones éstos son víctimas de sus compañeros, es relevante señalar en este punto como el estigma social que dichos niños llevan a cuesta los convierte en estímulos discriminatorios para la acción violenta de otros, sin restarle importancia al hecho de que su comportamiento genera incomodidad en otras personas.

Referido a lo anterior, observamos los testimonios de algunas madres:

- “Un día lo agredieron, lo agarraron a golpes y le rompieron la boca”.
- “Sí lo tiene amenazado, le quita la comida, le quita la plata, lo manda a pegarle a otros”.
- “Lo había inscrito cerca de la casa, pero me llegaba con el uniforme vuelto un charco, cuando no me lo golpeaban, una vez ya me lo dejaban sin ojo porque le tiraron una pedrada. A los 15 días fue una oreja”.

Las entrevistadas hicieron clara alusión al hecho de que sus hijos por tener esta condición (DAH) siempre llevan las de perder. La mamá de uno de

los niños, lo resumió de esta manera: “Yo pienso que en la escuela, como él era travieso a los 8-9 años, entonces ellos no ven el fruto, sino las raíces”. Como consecuencia de estas interacciones disruptivas de los niños con DAH, las madres optan por aislarse con sus hijos, evitando las reuniones o situaciones sociales donde asistan otros niños. Los niños con DAH tienen relación social con pares casi exclusivamente en la escuela.

La tercera sub categoría referida a la vinculación con la comunidad muestra que estas interacciones son más bien escasas ya que las madres evitan que sus hijos salgan a jugar fuera de la casa para no tener problemas con los vecinos. Sin embargo, las pocas referencias indican que los adultos de la comunidad tienen una relación más positiva con estos niños que los docentes y los pares. Como ejemplo de ello transcribimos la información suministrada por una de las madres: “Mucha gente me ha dicho que es colaborador, ayuda a las señoras con bolsas y no acepta dinero, hace mandados y no acepta propina, es colaborador”.

En resumen, para la tercera categoría podemos concluir que las interacciones sociales de los niños participantes en la investigación se caracterizan por ser violentas, con agresiones reciprocas entre ellos y sus familiares; hay un evidente efecto negativo en las personas que los rodean vinculado con el comportamiento característico de los niños con DAH. Como consecuencia de esto, las madres optan por aislarlos del mundo exterior, y de esta manera los niños tienen menos posibilidades y oportunidades que otros de recibir estimulación así como manifestaciones de afecto y aceptación social.

Con relación a las expectativas de las madres acerca del futuro de sus hijos con DAH encontramos que son positivas y se fundamentan en algunos aspectos que han observado en la personalidad del niño o en afirmaciones que éstos hacen. Sin embargo, en esas mismas aseveraciones

de las madres se deja entrever el temor que sienten. Así lo observamos en las siguientes respuestas:

- "Con él tengo muchas expectativas, como madre veo que no va por mal camino, mi esposo dice que malandro no va a ser porque él todavía respeta la palabra de uno".
- "Pienso que él va a estudiar porque habla de tener una finca con caballos".
- "Pienso que cuando sea grande que sea un profesional, yo le he quitado novias porque son interesadas".

Para el análisis de la quinta categoría denominada *Procedimientos de evaluación e intervención*, indagamos con las madres acerca de cómo conocieron ellas la condición de su hijo y de qué manera han tratado de solventarla. Todas las madres han conocido del comportamiento de sus hijos por información de los docentes y siguiendo sus recomendaciones los han llevado a consulta psicológica; la mayoría no ha sido evaluado por estos profesionales porque las madres manifiestan no conocer ningún psicólogo o cuando han ido a consulta no los encuentran, al final desisten y no vuelven a intentar.

También, las maestras especialistas les han recomendado llevarlos al neurólogo, pero sólo una de las entrevistadas lo ha hecho y recibió un informe que, según ella, decía que el niño estaba bien. No obstante, el niño fue medicado, como la madre afirmó: "Se los mandó la doctora para el cerebro, la concentración. Yo no se los volví a dar desde hace dos meses porque no lo encuentro". Como se puede observar estos niños no han sido sometidos a un proceso sistemático de evaluación que permita llegar a conclusiones sustentadas acerca de su condición de DAH, que además describa sus deficiencias y fortalezas en las distintas áreas de desarrollo.

En cuanto a la intervención, se observa que los procedimientos reportados por las madres son: el castigo físico, la eliminación de privilegios como ver tv o no ir a un lugar determinado, los sermones o consejos que son la estrategia más utilizada en cuyo uso coinciden con la actuación de los docentes. Una madre reportó haber eliminado las chucherías porque traen mucho colorante y ella piensa que eso influye en el comportamiento del niño. Las madres admiten que, por diferentes razones, no son sistemáticas en la aplicación de estas estrategias, al respecto expresaron: “ Yo lo castigo, le quito tv o no me vas para tal parte, pero como estoy trabajando, casi no se cumple porque él queda con los abuelos y les obedece poco”; “... yo no le pego porque pienso que con la edad que tiene no es bueno... si acaso diez veces le he pegado”; “ Cuando el papá vio el informe cambió con él, ahora no lo trata con violencia sino que lo aconseja”.

Otra de las estrategias reportada por una de las madres fue asignarle al niño la responsabilidad de llevar y traer a su hermana menor del colegio. Evidentemente, algunos de estos procedimientos son ineficaces e insuficientes para modificar el comportamiento del niño; otras, por el contrario, tienen cierta efectividad siempre y cuando sean implementadas bajo determinados parámetros. Al respecto Miranda y colaboradores (1997) afirman que las terapias conductuales breves, que incluyen refuerzo positivo, castigo (no físico) y educación parental han resultado en la disminución significativa de la impulsividad de los niños con DAH.

Por su parte Céspedes (2012) considera que es comprensible la exasperación de los padres de un niño con DAH, puesto que se ven sometidos a un constante estrés al tener que afrontar, sin estar debidamente preparados, las constantes interrupciones de sus hijos, las dificultades académicas que suelen acompañarlos, así como también las frecuentes quejas que reciben de maestros y familiares, ante los cuales deben asumir la

responsabilidad de que su hijo modifique su comportamiento. Sin embargo, en palabras de la autora:

“Por desgracia, nada asegura que tales problemas de conducta van a desaparecer después de la aplicación de un castigo ejemplar, por cuanto las conductas de los niños y adolescentes impulsivos son el reflejo de una pobre autorregulación y de una insuficiente capacidad reflexiva... de modo que el niño o el adolescente estiman como injusto un castigo por una conducta provocada por otros, y está dispuesto a repetir el hecho si se asegura antes que no va a ser sorprendido.” (p.277)

Los niños

En el marco de los objetivos de nuestra investigación nos planteamos, entre otros, conocer como se representan a sí mismos los niños con DAH; esto incluye develar la forma de percibir el mundo y su lugar en él, sus interacciones, su futuro. En el contexto de las entrevistas con cada uno de los niños se les administraron los test del dibujo de la familia, del árbol, de apercepción infantil; estas pruebas por ser de carácter proyectivo nos permiten profundizar en el mundo afectivo, actitudinal e imaginativo de los niños. De esta forma, se facilita la comunicación con éstos últimos ya que ellos muestran poca disposición a expresar verbalmente sus sentimientos y pensamientos, quizá por la historia de interacciones negativas que acumulan en su experiencia escolar. Por otra parte, el dibujo en general, es altamente motivador para los niños.

Aun cuando al comienzo de la investigación los niños con DAH mostraron cierta timidez y hasta desconfianza hacia la investigadora, a medida que se familiarizaron con su presencia en las aulas y en la institución actuaron de manera más abierta y espontáneos para la conversación. La

mayoría de ellos expresó sentirse más cómodos trabajando en el consultorio (lugar donde se realizaron las entrevistas) que en la escuela. Los niños asistieron a la entrevista acompañados de sus madres, quienes recibieron información sobre la finalidad y alcance de la investigación y la necesidad de su autorización por escrito (anexo 7) para la participación de ellas y sus hijos.

Se comenzará el análisis con los resultados del test del dibujo de la familia. De acuerdo con Lodo (2007), ésta es una de las técnicas de exploración de la afectividad infantil que aporta información significativa de la emocionalidad del niño, de la forma como se representa su realidad social, las relaciones interpersonales y la valorización que hace de esa realidad. Recordemos que este test incluye tanto un dibujo como un cuestionario relacionado con éste. El análisis se basó en la interpretación del plano gráfico, referido a las diferentes características del trazo y sobre el plano del contenido, que tiene que ver con la forma como se representan las personas, las interacciones y la estructura familiar. Todo ello, por supuesto, triangulado con las respuestas del niño al cuestionario final y a las preguntas formuladas por la investigadora.

En lo relativo a la familia, los niños representan a la familia nuclear, es decir, padre, madre y hermanos. Esta representación se mantuvo aun en los casos en los que, de acuerdo a la información suministrada por la madre, el niño convive bajo el mismo techo con una familia extendida. Igualmente, encontramos que las figuras más altamente valoradas por los niños son los padres, especialmente la madre, quien es considerada como la principal fuente de apoyo y cuidado. Estos resultados coinciden con el análisis de las entrevistas a las madres donde éstas aparecen como el principal vínculo afectivo del niño y su nexo para conectarse con el mundo exterior. Tanto el mismo niño como sus hermanos son representados con menor valorización que los padres; sin embargo, se atribuye a los hermanos y hermanas las

conductas de agresión, de faltas a las normas y siempre serán los padres los responsables de castigar esos comportamientos.

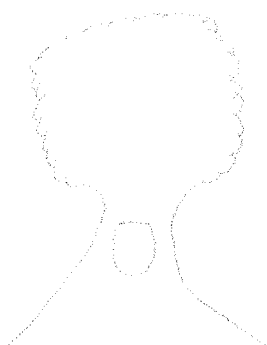
Referente a la interacción familiar, encontramos pocos indicios de acercamiento e integración; en la mayoría de los casos los integrantes de la familia se representan de manera aislada, en especial el propio niño. Como ejemplo se anexan dos de estos dibujos (anexos 8 y 9). Así mismo, destaca la estereotipia en los dibujos, lo cual se considera como una falta de espontaneidad y bloqueo de la imaginación, algo que no es de extrañar en niños sometidos a una constante evaluación de sus ejecuciones debido al estigma que los acompaña.

Como excepción al análisis anterior tenemos el dibujo de un niño de 11 años, quien presenta predominio de déficit de atención; su dibujo y respuestas a la encuesta tienen indicativos de una estrecha relación entre los miembros de su familia y muestra mayor espontaneidad que el resto de los compañeros (anexo 10).

En general, los niños consideran a los padres como responsables de hacer cumplir las normas, aplicar castigos y premiar cuando es necesario. Se refieren a castigos físicos y eliminación de privilegios (ver tv), los premios se basan en obsequio de juguetes. No expresan actividades recreativas realizadas con la familia. Una constante es la expresión de que los padres se preocupan por ellos, quieren que progresen en los estudios y que los aman.

En cuanto al test del dibujo de la figura del árbol se encontraron indicadores de poca confianza en sí mismos, a la vez que la búsqueda de apoyo en hábitos tranquilizadores y un tanto sistemáticos, lo que se observa en la posición de los dibujos, así como en la altura de los mismos. De igual modo se encuentran elementos que indican poca seguridad en su propia valía, estar a la defensiva y tratar de conservar el control de la situación. Del mismo modo, se observan elementos de inestabilidad emocional,

inseguridad, falta de arraigo y temor al mundo exterior. También se evidencia la impulsividad y agresividad, además de claras evidencias de vacío emocional:



Ejemplo de dibujo del árbol. 11 años. 5to grado

Es necesario destacar en este punto que los resultados de estas pruebas psicológicas adquieren significado en la medida que son analizados en conjunto con otras pruebas, las respuestas a las entrevistas y las observaciones. Relacionado con la concepción de "sí mismo", los niños expresaron su condición de ser peleones, justificándolo por el hecho de que los compañeros les buscan pleito, por lo que se aprecia que consideran su agresividad como una respuesta adaptativa al microsistema escolar en el que se desenvuelven. A la vez estas conductas agresivas pueden estar funcionando como una manera inadecuada de enfrentar los sentimientos de inseguridad, de temor, inclusive de la necesidad de ser aceptados por el grupo; ya que, como se explicó anteriormente en el análisis de observaciones y entrevistas, en ocasiones su comportamiento es estimulado por otros compañeros.

En tal sentido, Elias, Tobias y Friedlander (2000) afirman que si los niños no son conscientes de sus sentimientos, se les hace difícil controlar los actos impulsivos y la toma de decisiones, por lo que es de suma importancia que se hagan capaces de enfrentar de manera constructiva su inseguridad, sus miedos y su excitación.

En el análisis del Test de Apercepción Temática (CAT por siglas en inglés) en el que los niños construyen historias a partir de láminas con figuras que representan diferentes situaciones, se encontró, nuevamente, elementos ya discutidos en cuanto a la percepción de sí mismos que tienen los niños participantes como son: Inseguridad, miedo al mundo exterior; además se agrega el pesimismo ante la imposibilidad de cambiar sus circunstancias actuales. Al igual que en la entrevista, se vislumbra una especie de remordimiento por la preocupación y sufrimiento que les causa a los padres su comportamiento. No obstante, los niños declaran (a nivel consciente) la esperanza de que su futuro sea exitoso, se ven como profesionales, sin relacionar su desempeño actual con ese logro a largo plazo. Se consideran buenas personas, al respecto uno de ellos expresó: "Ser buena persona significa no matar, no robar, ni comer chimó."

De igual modo, responsabilizan a los otros por los problemas que tienen en la escuela, afirmando que si no se metieran con ellos no pelearían, si los compañeros no los distrajeran prestarían más atención a los docentes. En este punto es pertinente retomar la afirmación de Maturana (2008) acerca de que la autorreflexión u observación de la propia actuación es necesaria para el despertar del deseo de cambiar. Para el autor la responsabilidad por los propios actos es un punto de partida para los cambios que el individuo quiera realizar en su vida, esa responsabilidad implica reconocer o darse cuenta de las consecuencias que las propias acciones tienen en otros seres humanos y en el resto del entorno, ya sea en forma positiva o negativa. De igual manera, se debe considerar que el tener expectativas de éxito en el futuro es un aspecto favorable para el crecimiento personal de estos niños, ya que las mismas constituyen lo que en la literatura se denomina esperanza.

De acuerdo con lo anterior, Romero (2010) define la esperanza de la siguiente manera:

“una disposición motivacional basada en la creencia en que los resultados deseados ocurrirán porque son evaluados por la persona como importantes y posibles, aunque sean inciertos. La esperanza es activa cuando la persona cree que los resultados serán logrados por medio de sus acciones organizadas y sistemáticas. Es pasiva cuando la persona espera que los resultados ocurran sólo porque son importantes y posibles para ella.” (p. 137).

En nuestra investigación se puede afirmar que tanto los niños participantes como sus madres dan muestras de esperanza pasiva en cuanto a los logros de los primeros y a la superación de su condición de déficit de atención e hiperactividad. Tal como pudimos observar en las entrevistas realizadas a unas y otros, las madres piensan que sus hijos cambiarán su comportamiento y disposición a aprender con el paso del tiempo y llegarán a culminar una carrera universitaria y formar sus propias familias; los mismos niños afirman que lograrán ser profesionales, pero ninguno de ellos relaciona ese porvenir con la condición actual del niño y lo que sería necesario hacer en el presente para ver ese futuro cristalizado.

En la misma línea Romero (Ob.cit) señala que la esperanza es una motivación con componentes cognitivos y emocionales y puede ser modificada para aprovecharla en el bienestar y calidad de vida de las personas. Cuando los individuos se encuentran en situaciones en las que piensan que los resultados objetivamente no están bajo su control es completamente adaptativo tener esperanza pasiva, es el caso de niños institucionalizados, personas que sufren infartos, entre otros. Consideramos que el concepto de esperanza, tal como se presenta, es de suma relevancia para un modelo psicoeducativo que busque explicar el DAH, así como

aportar elementos constructivos al plan de vida de estas familias a las que los niños pertenecen.

Revelando el paradigma.

Al analizar las categorías y sub categorías anteriormente construidas, a partir de la recolección y ordenamiento sistemático de los datos, a continuación presentamos el paradigma descubierto en este cúmulo de información. Para Strauss y Corbin (2002) el paradigma es un esquema organizativo que muestra la perspectiva que se adopta sobre los datos y que permite integrar la estructura y el proceso del fenómeno investigado. Los elementos del paradigma están contruidos a partir de las respuestas expresadas por los observados y entrevistados, así como por la interpretación que el investigador hace de esa información y la relación que se establece entre los datos y el conocimiento científico existente acerca del tema.

En el presente estudio, este proceso de revelación del paradigma o de codificación axial (como también lo llaman los autores) llevó a la construcción de diez grandes categorías alrededor de las cuales, a nuestro modo de ver, se encuentran los elementos explicativos relativos a los criterios conceptuales y metodológicos que subyacen al modelo de atención de los niños con DAH en el municipio Trujillo, así como el proceso humano y social en el que están inmersos estos niños, sus familias y las personas que los atienden; especialmente, sus madres y docentes. De igual manera este análisis nos sirve de plataforma para la construcción del marco conceptual psicoeducativo emergente para la atención de niños con DAH que se presenta en el próximo capítulo.

Con la finalidad de evitar la excesiva reiteración, hemos organizado la información en una matriz de resultados que además resume la triangulación

realizada entre las distintas técnicas utilizadas en la recolección de datos, así como entre los diferentes informantes:

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 3. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y TRIANGULACIÓN (MRT)

Categoría/ Fuente	Observación	Entrevista a docentes	Entrevista a madres	Entrevista a niños	Triangulación
Interacción entre niños	Interacción disruptiva entre el niño con DAH y sus compañeros, iniciadas por el niño con DAH. Cooperación en actividades lúdicas.	Disruptivas porque el niño con DAH molesta, agrede a los compañeros por lo cual no quieren trabajar con él.	Violencia y la agresión la caracteriza. A veces iniciadas por el niño con DAH, en otras ocasiones es víctima de compañeros.	Peleas con compañeros en respuesta a las molestias que les ocasionan.	Las interacciones entre el niño con DAH y sus compañeros son, principalmente, disruptivas; caracterizadas por peleas, agresión y rechazo. No hay muestras de reconocimiento por parte del niño de las consecuencias de sus acciones, a la vez los compañeros tampoco dan muestras de comprender el problema del niño con DAH. Ambos elementos son esenciales para iniciar el proceso o la intención de cambiar (Maturana,2000
Concepto y representa ción del niño con DAH	Distraído. Se desplaza en el aula sin objetivo.	La concentración les cuesta. Muy activos, agresivos. No están motivados para aprender.	Inquietos, agresivos, desobedien tes, distraídos con mayor frecuencia en la escuela.	Poca seguridad en sí mismos, inestabilidad emocional, deseos de complacer a otros, temor al medio exterior. Peleones porque los buscan.	Los niños con DAH son considerados como distraídos con dificultad para aprender. A la vez intranquilos y agresivos, con inestabilidad emocional. Estas características

				Defensivos	coinciden con algunas de la bibliografía especializada, por ejemplo el modelo de Russell Barkley (2007).
Manifestaciones emocionales de los niños con DAH	Alegría y gozo cuando les anuncian que no habrá clases y cuando el maestro les corrige una actividad como buena. Aburrimiento cuando se suspenden actividades que les agradan. Ira y agresión verbal y física por regaños y rechazo por parte del docente y de compañeros.	En muchos casos, rabia, ira pero también necesidad de afecto por parte de los padres, que no los ignoren.	Miedo, necesidad de ser aceptados, tristeza.	Inseguridad, temor, necesidad de ser aceptado. Remordimiento por preocupación de los padres.	Estos niños muestran como emociones fundamentales la rabia, la ira y el miedo; lo cual conduce a la necesidad y búsqueda de aceptación por parte de los otros. Para Elías y cols (2000) es necesario que el niño se haga consciente de sus sentimientos para poder controlar sus actos impulsivos, sus miedos inseguridad y excitación.
Expectativas sobre el futuro del niño con DAH.	Se ven a futuro como profesionales pero sin tener idea de lo que necesitan hacer en lo inmediato para lograrlo.	Van a mejorar poco a poco. Tienen esperanza de que mejorarán.	Serán buenas personas profesionales	Profesionales con dinero y propiedades. Padres de familia	Los adultos que atienden a los niños con DAH así como los mismos niños tienen expectativas favorables acerca del futuro de estos últimos, pero desconocen cuales serían las acciones necesarias en el presente que conducirían a ese futuro exitoso. Esta

					conceptualización parece reflejar lo que Céspedes (2010) define como esperanza pasiva o la confianza en que las cosas cambiarán para bien por algún motivo que está fuera de nuestro control.
Creencias acerca del origen del DAH	Problema interno del niño que debe solucionarse con medicamentos	Es de nacimiento. Los padres no los toman en cuenta, no les prestan atención. Falta de cariño y amor por parte de los padres. Padres separados	Para llamar la atención. Por ser muy consentidos. Golpearse la cabeza cuando bebé.	No expresaron estar conscientes de tener un problema en su desarrollo.	Se combina la creencia de que el origen es interno (neurológico) además asociado a las pautas de crianza. Al respecto, Maturana y Varela (1996) consideran que la experiencia del ser humano (biológica y social) está atada a su estructura de forma inseparable.
Interacción docente-niño	El docente asigna actividades al niño con DAH, cuando éste no responde de manera adecuada, lo ignora. Los docentes manejan una información superficial acerca de los tratamientos que sigue el	Tratarlos con afecto, hacerles entender su problema y que deben mejorar. Ser firmes con ellos, ponerles carácter.	Los niños son estigmatizados por los maestros. No les dan oportunidad de mejorar.	Los docentes los culpan de todo lo malo que ocurre en el aula. Los regañan de manera constante.	Carácter Unidireccional, es decir, del docente al niño. Hay ausencia de diálogo. En este sentido, Maturana (2008) afirma que para desarrollar una verdadera "convivencia social" es necesario que los educadores creen en el

	niño fuera del aula. Los maestros intentan controlar el comportamiento del niño a través de regaños, amenazas e indiferencia.				ámbito escolar un clima en el que se acepta al otro como un legítimo otro; donde prevalezca el diálogo y el consenso social.
Trabajo en equipo	Los padres asisten al aula sólo cuando los docentes los citan para ponerles una queja acerca del comportamiento del niño o asisten a reclamar cuando sus hijos han sido objeto de agresiones por parte de otros niños.	Reunión con los padres para que les informen de los tratamientos. La docente especialista da recomendaciones al docente de aula regular, en ocasiones asiste al aula regular para ayudar al niño a copiar. La orientadora ayuda a los docentes regulares a elaborar el informe para enviarlo a los especialistas. La directora participa sólo si es necesaria alguna asistencia legal.	El docente le informa a la madre sobre problemas del niño y le recomienda llevarlo con especialistas.	Los niños no participan en las decisiones en cuanto a la evaluación e intervención para mejorar su condición.	Se podría considerar como un tipo de equipo multidisciplinario cuyos miembros trabajan por separado, se transmiten información de un especialista a otro en ocasiones; la familia se reúne con los especialistas en forma independiente. Para Condemarín y cols (2004) dada la heterogeneidad del grupo de niños con DAH, el abordaje debe ser multidimensional y multidisciplinario, incluidos dentro de los miembros del equipo el niño y sus padres.
Clima del aula	El docente dicta, explica, corrige y los alumnos tienen una	Cuando los niños con DAH no asisten el salón está más tranquilo y pueden	Aulas caóticas. Falta dominio de grupo por parte de los docentes.	Ambientes de riesgo, donde los agreden y deben defenderse.	Predomina un clima de caos, indisciplina y malestar tanto para el docente como para el

	actitud pasiva en cuanto al aprendizaje. Poca estructura disciplinaria, lo que conlleva a que el docente constantemente llame la atención, pida silencio y levante la voz.	trabajar mejor.			niño.
Procedimientos de evaluación e intervención.	El docente recomienda a los padres que lo lleven al neurólogo y/o psicólogo. En ocasiones, lo refieren a la orientadora del plantel y ella hace las recomendaciones respectivas. Si el maestro recibe el informe del especialista, intenta llevar a cabo las recomendaciones. No hay interacción cara a cara entre los diferentes profesionales.	Consideran necesaria la medicación. Hablan con los niños, los aconsejan. No se consideran profesionales idóneos para evaluar a estos niños. Ejercicios de atención, dictado, asignarle tareas de ayuda a la maestra. Uso de materiales didácticos como ludo, rompecabezas, ayudarlo a culminar las actividades que le asigna la maestra (AI) No hay seguimiento.	Son notificadas por la maestra o la orientadora. Castigo físico, eliminación de privilegios. Estrategias no sistematizadas. Asignarle responsabilidades en el hogar.	Los padres premian y castigan por faltas a las normas. Los otros son responsables por su comportamiento y falta de atención. Si no los molestaran no serían así.	La evaluación, en caso de realizarse, la efectúan especialistas externos a la institución, no se discuten casos. Se implementan estrategias didácticas poco sistemáticas y no planificadas. Predomina el uso de consejos y en menor grado, premios y castigos. No hay seguimiento. De acuerdo con Servera y cols(2005) este tipo de evaluación e intervención ha demostrado su ineficacia para lograr avances positivos en el tratamiento de niños con DAH.
Práctica docente.	La principal estrategia es dictar desde	Charlas para estimularlos a aprender.	No tienen conocimiento de lo que se	Copiar, hacer tareas.	La práctica docente predominante

	el escritorio. Copia en la pizarra. Asignación de trabajo en pequeño grupo.	Dejarlos hacer lo que quieran en el momento. Se le asigna supervisar la actividad de los compañeros.	hace en el aula en este aspecto.		es la tradicional, donde el maestro tiene un rol de instructor de conocimientos y los alumnos de receptores de esa instrucción de forma pasiva. Este tipo de práctica se asemeja más a un modelo de instrucción que de formación , de acuerdo con Maturana y Nissis, 2002).
--	--	---	---	--	--

www.bdigital.ula.ve

Capítulo V

“Un Nuevo Amanecer”

El análisis cualitativo de la experiencia del niño con DAH ha permitido avanzar hacia la edificación de una estructura conceptual que busca explicar este fenómeno partiendo de vivencias particulares de dichos niños, sus familias y los adultos que los atienden. De manera inductiva se construye una teoría fundamentada, precisamente, en esas vivencias expresadas por los participantes y elaborada por la investigadora, mediante la fusión con los avances teóricos relativos al tema del DAH, desde el ámbito de la psicología y la educación para dar paso a una propuesta psicoeducativa.

De ningún modo se pretende exponer acá una “teoría general” para el fenómeno del DAH, por el contrario enfatizamos el carácter particular de esta construcción teórica, tal como fue el objetivo planteado; sin embargo, se considera que los componentes de este modelo son pertinentes a cualquier investigación que sobre el DAH se realice en Venezuela. Aun cuando cada investigador podría colocar el énfasis en elementos diferentes de la construcción teórica, el proceso continuaría cimentándose en los mismos lineamientos de base.

Marco Conceptual Psicoeducativo.

1. A modo de definición

Como fruto del análisis de los resultados de nuestra investigación, así como de la mirada de los mismos a través de las bases teóricas aquí seleccionadas, se elabora una definición de lo que vendría a ser un niño con DAH, desde nuestra perspectiva: Un niño con DAH es un niño cuyo comportamiento difiere del de su grupo etario en cuanto a frecuencia e intensidad de la movilidad y/o verbalizaciones, a deficiencias en la capacidad de autoconciencia y autorregulación de sus impulsos en aspectos

conductuales y cognitivos, lo que genera constantes enfrentamientos y altercados entre ellos y sus pares y mediadores como maestros, vecinos y familiares. A nivel cognitivo el niño presenta deficiencias en procesos básicos como son atención, percepción y discriminación, lo cual conduce a dificultades para el procesamiento de la información y la consecuente lentitud en el aprendizaje, la realización de asignaciones escolares y otras tareas. Todas estas características y el impacto que tienen en el entorno convergen para que estos niños sostengan una emocionalidad alterada, mostrándose irritables, depresivos, culpables y, en ocasiones, agresivos, generando igual malestar emocional en quienes conviven con ellos.

2.- Reconocimiento del Niño con DAH.

El docente de aula regular es la primera persona en reconocer que un niño presenta un déficit de atención y/o un comportamiento compulsivo e hiperactivo; lo cual es comprensible ya que es precisamente el docente quien intenta que el niño logre unos objetivos, previamente definidos y que requieren de la concurrencia de habilidades psicológicas muy precisas como son: la concentración, autorregulación de la conducta, comprensión, análisis, entre otras. En palabras de Céspedes (2012), el aprendizaje escolar requiere que el niño desarrolle competencias básicas que le servirán para adquirir conocimientos, cultura, destrezas intelectuales y emocionales. El aprendizaje escolar no ocurre si no se desarrollan esas competencias básicas. Como consecuencia de lo anterior es al ingresar a la escuela cuando al niño se le identifica con DAH. Aun cuando los maestros señalan que no están capacitados para “diagnosticar” la condición especial de los infantes, es su percepción y puntualización lo que inicia el proceso vivencial que ha de transitar el niño como una persona con DAH.

Tal como afirma Maturana (2008) el “diagnóstico” convierte al niño diferente en un niño limitado y por ende estabiliza su condición de insuficiencia en el espacio de vida de los niños denominados normales. De

allí la importancia del respeto a las diferencias entre los seres humanos, aún cuando se pueda identificar que no encajan en las representaciones mentales, que como grupo, tenemos acerca del comportamiento de los niños.

En muchos aspectos estos alumnos no difieren, en forma general, de sus compañeros de aula, por ejemplo en su apariencia física y en competencia lingüística oral; sin embargo, el docente detecta que hay “algo” en él que lo hace distinto. Por una parte, la excesiva frecuencia en la realización de conductas que entorpecen el funcionamiento regular del aula, lo cual genera una sensación de incomodidad. Si bien, el docente no puede explicar en términos “objetivos” qué es lo que le molesta del niño en particular, se deduce del bienestar que siente el maestro cuando estos niños no asisten a clase, en sus propias expresiones: “trabajamos felices, de maravilla”. De otro lado, también destaca lo bizarro de algunos comportamientos de estos niños, los cuales sobrepasan lo que los docentes consideran un comportamiento inadecuado, pero normal; por ejemplo empujar o colocar apodo a un compañero (a) es visto por el docente como una agresión, pero dentro de los límites esperados, mientras que lanzarle un pupitre a otro, es francamente, “anormal”.

De esta manera, la realidad nos muestra que la identificación del niño con DAH no coincide con el generalizado proceso de diagnóstico que toma en cuenta los criterios del DSM-IV (1994), instrumento de mayor uso entre los especialistas del área, al menos en teoría, aun cuando el DSM-V (2013) reduce los criterios para el diagnóstico. Entre los criterios que no coinciden entre teoría y práctica tenemos los siguientes: el tiempo de prevalencia que en teoría requiere de seis meses mientras que en la práctica las docentes pueden detectarlo en unas semanas, cantidad de síntomas presentes ya que los niños observados no muestran toda la gama de conductas que exige el DSM-IV, momento de aparición, ambientes donde se presenta que a veces sólo ocurre en la escuela, según reportes de las madres, predominio de

desatención, hiperactividad o impulsividad. Por otro lado se encuentran coincidencias en algunas de las características que los docentes le atribuyen a los niños con DAH, tales como distraídos en la realización de las tareas escolares, intranquilos y agresivos. Los docentes agregan las dificultades para el aprendizaje y la falta de motivación que son constantes en estos niños. Es importante acotar que, aun cuando las madres también reportan intranquilidad y agresividad de los niños, expresan que esto se observa con más frecuencia en la escuela que en el hogar.

Contrario a lo que se plantea en el modelo tradicional de educación especial, donde la última palabra la tiene el médico acerca de la condición del niño con DAH, consideramos que es el docente de aula regular quien debe hacer el mayor aporte para la explicación y comprensión de la forma como se expresa el DAH en cada niño.

Como se describió con profundidad en capítulos anteriores, la contribución de la medicina al campo de la educación especial ha sido y seguirá siendo un baluarte para el estudio de los problemas en el desarrollo infantil. En gran parte, es gracias a los aportes de las ciencias médicas que hoy en día se reconoce la existencia y delimitación de estos niños con necesidades educativas especiales. Sin embargo, es justo admitir que la aplicación de los llamados modelo médico y modelo psicopedagógico desarrollado en la década de los 80 y que se continúa aplicando en algunos países en educación especial, tienen que dar paso a una nueva forma de conceptualización que se acerque más a lo psicoeducativo, ya que no es suficiente saber cuáles funciones cerebrales están alteradas para que esto se traduzca en una comprensión integral de lo que sucede con el ser humano que presenta esa condición neurológica. Es necesario que en esta etapa de la educación en el siglo XXI se otorgue mayor peso a lo afectivo, a lo emocional, entre el maestro y el educando, y no centrarse únicamente en el intelecto y la capacitación. Es necesaria la experiencia y convivencia con ese niño para descubrir su estado particular. En este sentido, partiendo de la

posición clave que juega el docente, tanto de aula regular como de aula integrada: Es necesario aceptar, como ellos mismos lo indican, lo imprescindible que se hace la formación adecuada de estos profesionales en el estudio específico del DAH, ya que la experiencia vivencial del docente junto a estos niños es condición sine qua non (aunque no suficiente) para la correcta identificación de la persona con DAH.

Cuando nos referimos a la formación adecuada de los educadores, no hablamos necesariamente del seguimiento de actividades formales que conduzcan a grado académico, sino más bien al desarrollo por parte de éstos de una *disposición a la investigación y al estudio*. Es imperativo que el docente asuma el rol que le corresponde en este proceso de evaluación e intervención de los niños con DAH y para ello debe perfeccionar sus conocimientos en este campo. La participación de los diferentes especialistas en el proceso de atención debe servir de insumo al docente para su formación; de ningún modo debería ser, como ocurre en la actualidad, una forma de evadir o ceder su protagonismo en este proceso bajo la excusa de que los otros están más preparados que ellos.

Entre los elementos que destacan en la presente investigación y que debería incluirse en la formación de los educadores, se encuentra el punto relativo al origen del DAH, ya que son diversas las creencias que tienen los maestros acerca de las causas de la condición y muchas de ellas sin sustento científico. Esto tiene suma relevancia porque si los docentes piensan que los niños presentan esta condición por “descuido de los padres” o porque éstos últimos están separados, etc.; los esfuerzos para contribuir a mejorar la calidad de vida del niño, van a ir en una dirección equivocada y los resultados serán nulos o muy poco favorables. Por otra parte, el reconocimiento de que hay una condición interna (neurológica) que no responde a la voluntad del niño es un elemento positivo para la intervención, no obstante, esto no significa que entonces es el neurólogo quien debe responsabilizarse por la intervención: es imprescindible asumir la condición

integral del ser humano a nivel biopsicosocial para, desde esta perspectiva no reduccionista, mirar a los niños con DAH.

Con respecto al punto anterior, los diferentes enfoques teóricos revisados coinciden en la necesidad de considerar la tridimensionalidad del ser humano: Por una parte, a) la Biología del Conocimiento y del Amor cuya concepción del desarrollo humano coloca en perspectiva a un ser biológico que responde a leyes naturales desde esa condición y que se eleva de ellas por sus características esencialmente humanas. Coincidiendo con esta perspectiva consideramos que la educación debe recuperar su carácter formativo en lugar del eminentemente instructivo que se observa en la actualidad; educar en este sentido significa convivir en un espacio de aceptación recíproca donde se produzcan transformaciones tanto en el actuar como en la vida emocional de quienes participan en ese espacio.

Así mismo, b) el enfoque de la Ecología del Desarrollo Humano enfatiza que tanto el aula como el hogar siendo las estructuras más internas que contienen al individuo en desarrollo deben proveer para el mismo un ambiente ecológico cálido, respetuoso; donde el niño se sienta seguro de su dignidad humana ya que las interconexiones con las personas que interactúa definirán patrones de comportamiento y actitudes ante sí mismo y en los diferentes escenarios donde le corresponderá actuar. En el caso de nuestra investigación, se encontró que el mesosistema que forman la familia y la escuela se comporta de una manera incoherente, puesto que la comunicación entre docentes y madres es poco fluida y, predominantemente, caracterizada por acusaciones de una parte a otra, tratando de evadir la responsabilidad que todos tienen para que el sistema funcione de manera armoniosa. Indudablemente esta no es una tarea sencilla, ya que tanto en la escuela como en el hogar se está reflejando el sistema de creencias propio del macrosistema sociedad; sin embargo, proponemos en este modelo que desde la escuela se comience a incentivar el cambio en la forma de interacción entre los diferentes miembros, incluidos los niños, y poder así

impactar positivamente desde un microsistema a las restantes estructuras y comenzar ese ciclo de retroalimentación que repercutirá en cada uno de los actores y de los ambientes involucrados.

c) La Psicología Cultural considera al ser humano como una entidad compleja, cuyo comportamiento sólo puede ser comprendido a través de la consideración de las transacciones interpersonales e intergrupales, así como también del conocimiento de su historia filo y ontogenética. En este sentido, lo que ocurre en los contextos escuela y hogar es tan determinante para la construcción de la personalidad del niño como la herencia biológica que trae consigo al nacer.

En esta línea de ideas, debemos enfatizar que de ninguna manera estamos proponiendo que el docente se convierta en el “etiquetador” de los niños con DAH, sino que, por el contrario, cuando tenga sospechas sustentadas acerca de que alguno de sus alumnos pueda presentar esta condición, inicie un proceso de investigación científica en el que se involucre a los padres y a los especialistas disponibles, para realizar un trabajo mancomunado cuya finalidad esté dirigida a la consecución del mayor bienestar para el niño y su familia. En este punto se destaca el rol del educador como investigador y como líder de este proceso.

El docente en su desempeño como investigador debe desarrollar una actitud favorable hacia la búsqueda de conocimientos, un amor especial por el saber, así como también las habilidades propias del científico social, a saber: minuciosidad, perseverancia, elevada capacidad de observación para ir más allá de lo evidente, agudeza en el análisis de la información, disciplina y sistematicidad del pensamiento que conduzcan a la elaboración de conclusiones válidas y confiables. Como líder, el maestro debe priorizar en su formación personal y profesional, el desarrollo de cualidades pertinentes, tales como la autonomía, confianza en sí mismo y en los demás, autoconcepto positivo, adecuada valoración de la profesión docente,

asertividad y optimismo, de igual forma flexibilidad y apertura ante los cambios necesarios.

De este modo, no sólo se dará prioridad a las necesidades de cada niño, evitando el sobre diagnóstico del DAH en niños que no tienen esta condición, sino que, además, se podrá brindar una adecuada atención a quienes realmente lo presentan. En referencia a este punto, Céspedes (2012) afirma que el incremento del “síndrome” Déficit de Atención e Hiperactividad (SDAH) no es tal, sino que más bien muchos niños son falsamente diagnosticados porque se comportan como si lo fueran, al mostrar evidente disfunción de las llamadas funciones ejecutivas; sin embargo, a juicio de la autora, una apertura de los profesores en la forma de ver a estos niños puede conducir a reconocer la verdadera situación del niño y su forma de comportarse, que a veces puede ser “señales de un sufrimiento emocional profundo en un niño que nada puede hacer para revertir la situación, señales de pésimos hábitos de vida que, más temprano que tarde, “pasaran la cuenta” o señales de una forma socialmente burda y primitiva de vivir” (p.78). Por el contrario el niño o la niña que logra crecer como un ser que entra en la vida adulta con respeto por sí mismo y por los otros, será un adulto socialmente responsable.

Por todo lo anterior, reafirmamos que el maestro debe mantener una actitud de aceptación hacia el niño y su familia y una buena disposición para investigar y aprender en el área del DAH y, así, convertirse en el principal orientador de todos ellos. En este sentido debe coordinar al equipo de profesionales que lo asiste en su labor.

3.- El aula y la familia como un nicho evolutivo

Los sujetos identificados como con DAH, por docentes regulares y especialistas muestran las conductas típicas, pero no exclusivas de esta condición, es decir, inquietos, agresivos, distraídos y, como consecuencia de estas características, presentan dificultades para aprender y desmotivación

para el estudio y tareas escolares. Desde nuestro punto de vista, uno de los núcleos centrales de todas estas manifestaciones radica en las singularidades de la emocionalidad de los niños, como se describió en el capítulo IV.

De este modo, se hace necesario destacar la importancia de los conceptos de *resiliencia* y el de *autoestima* o *coestima*, procesos ambos que deben ser incorporados a la estructura de personalidad de dichos niños, ya que cualquier intento de mejorar su condición vital mediante cambios en la situación externa estará condenada al fracaso, tal como lo muestran los resultados, si no se busca convertir al propio individuo en el motor del cambio o superación de su condición actual. Observamos cómo estos niños identificados con DAH, enfrentan su vida con mucha inestabilidad emocional, principalmente con pesimismo, tristeza y miedo, lo que les hace mantener una permanente actitud defensiva y desafiante, o en otros casos, de profunda indiferencia por lo que ocurre a su alrededor.

Las condiciones adversas a las que estos niños están siendo sometidos, casi desde que ingresaron a la escuela, han contribuido a moldear su carácter, por lo que se hace indispensable que desarrollen recursos internos que les permitan sobreponerse y elevarse por encima de esas condiciones, es decir, reformar su carácter. La capacidad para resistir y no dejarse abatir por las condiciones desafortunadas, así como reconstruirse a pesar de haber sido sometido a ellas, es lo que conocemos como “resiliencia”, concepto ampliamente explicado en el capítulo II de este trabajo.

Uno de los principales problemas que tienen estos infantes es la falta de conciencia de lo que les está pasando: ignoran que sus estados emocionales, así como su comportamiento son especiales, e invierten su mayor energía psíquica en defenderse de lo que consideran, con razón, un mundo hostil, donde sus pares, docentes y otros adultos son considerados como enemigos. La excepción de lo anterior son las madres, a quienes

consideran seres queridos y protectores, lo que a su vez les genera otro peso emocional: un sentimiento de culpa por hacerlas sufrir con su comportamiento. Los niños no tienen control sobre su forma de actuar por lo que van por la vida dando “palos ciegos” a cada situación a la que se enfrentan. En este sentido, se puede afirmar que los niños que están deprimidos suelen ser extremadamente irritables y susceptibles frente a lo que sienten como agresión física y emocional. En muchas ocasiones, estos niños descargan su ira mediante agresiones, transfiriendo, a sus víctimas, de este modo la tristeza y desesperación subyacente que los abruma.

Los niños desconocen la posibilidad de regular su comportamiento desde dentro de sí mismo. Su forma de actuar genera reacciones negativas de quienes los rodean y así se construye un círculo vicioso de hostilidades, el cual es necesario romper desde diferentes ámbitos, comenzando por el propio niño. El proceso de reformar el carácter para que el niño incorpore habilidades de autorregulación, resiliencia y autoestima puede enmarcarse en lo que se ha denominado educación emocional, que requiere por parte de los adultos significativos un profundo conocimiento del desarrollo integral del ser humano, especialmente en la etapa escolar, periodo al que nos referimos en el presente estudio. Los adultos significativos tienen la tarea de potenciar el desarrollo afectivo, entendido éste como “el proceso de cambios que permiten definir el sistema del yo; esto es, la interacción entre el autoconcepto, el autocontrol y la autoestima. (León, 2007, p. 84).

La fase escolar es el momento ideal para compensar las limitaciones de la infancia y la niñez temprana, para formar estrategias de afrontamiento ante las experiencias adversas que le corresponda vivir y salir fortalecidos de éstas. El esfuerzo del niño por sobreponerse a estas circunstancias lo conducirá a un desarrollo afectivo exitoso que se facilita cuando cuenta con el apoyo de adultos comprensivos y serenos. Es así como se hace indispensable que los adultos significativos construyan para el niño identificado con DAH un ambiente emocionalmente saludable o

emocionalmente seguro. Un ambiente seguro o confortable, desde el punto de vista emocional, es aquel en el cual el niño se siente aceptado, respetado y amado de forma incondicional, donde recibe demostraciones explícitas de reconocimiento y valoración, donde predomina el diálogo por encima de las imposiciones forzadas, además, en este ambiente funciona una estructura normativa que le permite al niño orientarse en el proceso de crecimiento hacia una adultez sana y feliz.

La creación de tal ambiente, en la escuela y en el hogar, puede considerarse como un elemento de intervención para la recuperación de los niños con DAH y, a la vez, como una forma de prevenir la aparición de este déficit. Aun cuando la creación de este ambiente repercutirá en beneficio de los niños con DAH; es necesario implementar estrategias especialmente dirigidas a promover en ellos el desarrollo de la habilidad de autoconocimiento. Es decir, que se hagan conscientes de sus emociones, sentimientos y actuación, así como de las consecuencias que éstos producen en las demás personas. Este autoconocimiento les permitirá instruirse en estrategias de autorregulación y resolución de situaciones conflictivas, que también deben ser especialmente diseñadas para ellos.

Estamos convencidos de que si no ocurre este proceso consciente, programado y sistemático dirigido a la consecución del autoconocimiento y de la autorregulación, la condición de los niños con DAH se complicará y deteriorará con el avance del tiempo (como ha ocurrido hasta ahora, de acuerdo con nuestros resultados) y con la exposición a mayores y más complejas exigencias educativas, sociales y culturales.

Es imperativo que el autoconcepto del niño se construya de manera realista y positiva, saber que a pesar de su conducta él no es malo, ni sus compañeros lo son, sino que, al igual que él, no entienden lo que le pasa y de allí estas reacciones que conllevan a interacciones disruptivas; pero que no implican que no sea querido por sus compañeros, docentes y madres.

Esto es un elemento fundamental en la determinación de la personalidad futura del niño.

Así mismo, se debe resaltar que para que un adulto significativo pueda orientar este proceso de crecimiento personal en los niños, es imprescindible que esta persona tenga consciencia de su emocionalidad, que realice un constante trabajo de autoconocimiento que le permita dirigir sus emociones y sentimientos para que, en lugar de éstos entorpecer, más bien favorezcan y potencien el proceso de ayuda y reconstrucción del niño con DAH.

Obviamente, no todos los adultos significativos para el niño tienen la posibilidad de conocer y transitar este camino de acompañamiento que implica un crecimiento personal propio y de los niños con DAH. Por lo antes expuesto, consideramos oportuno que sean los educadores regulares, los de aula integrada, así como los orientadores y psicólogos quienes liderasen este movimiento de formación emocional de los adultos que acompañan al niño.

Como una forma de comenzar el procedimiento hemos realizado talleres vivenciales con los docentes, especialistas y madres que participan en la investigación, para abordar no sólo los aspectos conceptuales del DAH, sino además el proceso de autoconocimiento, autorregulación, manejo de las propias emociones y estrategias de afrontamiento, también la creación de ambientes emocionalmente seguros para todos los miembros de la comunidad escolar. Talleres similares se realizaron con los propios niños identificados con DAH. Como objetivo adicional se pretende que los profesionales que participen en los talleres se conviertan en multiplicadores de los mismos para el resto del personal de la institución.

Relacionado con todo lo anterior se encuentra el elemento de las expectativas de adultos y niños con relación al futuro de éstos últimos; los resultados muestran que tanto los adultos como los niños son, en cierta forma, optimistas en cuanto a que los niños superarán su condición y tendrán un futuro exitoso, similar al de cualquier otra persona; esta expectativa se puede considerar como un factor positivo.

Es importante resaltar en este punto las afirmaciones de Cole (2003) según las cuales los adultos interpretan las características filogenéticas del niño en función de su propia experiencia (cultura). Es así como los adultos proyectan un futuro probable para el niño de acuerdo con lo que ha sido su pasado (prolepsis) y además crean diferentes formas de interacción en el presente basadas en esa cosmovisión. Sin embargo, la experiencia y la teoría indican que el solo hecho de tener esperanza no es suficiente para lograr el triunfo. Es necesaria la dedicación consciente y organizada para tal fin. En esta misma línea de ideas, debemos insistir en la relevancia de las creencias y prácticas culturales en la formación de la idiosincrasia de las personas, en nuestro caso particular, de los docentes, madres y niños.

De igual modo, el tomar conciencia de que hay una situación problemática, genera mucho estrés para quienes están involucrados en ella, y de forma concomitante un elevado nivel de ansiedad. Esta ansiedad puede interferir el funcionamiento psíquico y conductual de las personas, por lo que éstas intentarán reducirla mediante mecanismos de negación. Estas tácticas constituyen una manera de borrar de la conciencia un hecho preocupante, pero a la vez distorsionan la atención y paralizan la cognición, es el llamado "mecanismo de autoengaño"; que en este caso particular podría aplicarse a los integrantes de las redes sociales vinculadas a los niños con DAH. La creencia de que los niños mejorarán por sí solos es la negación utilizada por los docentes, madres, especialistas e incluso por la institución escolar para ignorar o desatender la condición, es decir, un mecanismo social para aplacar la angustia que genera el futuro incierto de los niños y hasta de la escuela como institución si el problema persiste y se profundiza. .

Este mismo mecanismo ha sido aprendido y practicado por los niños identificados con DAH, permaneciendo en una especie de desatención sedante. Es imperiosa la necesidad de que tanto los niños como los adultos significativos y la propia institución escolar abandonen dichos mecanismos defensivos paralizantes y asuman nuevas búsquedas alternativas para

brindarles a estos chicos la oportunidad que merecen de reformar su carácter y cambiar sus vidas. Esas posibilidades no se limitan al ámbito escolar, sino que deben ofrecerse desde diferentes puntos de la comunidad y la sociedad en general (macrosistema), pero debe ser la escuela (microsistema) el foco de irradiación de donde parta esta preocupación consciente y saludable. En palabras de Goleman (1999), replantear la escuela, así como la comunidad para que se involucre en la actividad escolar para la alfabetización emocional.

4. *Compañeros de vida.*

Cuando se habla de un modelo de intervención para niños con DAH, los compañeros de aula deben ser considerados en el mismo rango de importancia que los padres y docentes; puesto que, al igual que ellos, se les atribuye la función de “mediadores” en el proceso de desarrollo y reeducación del niño con DAH. Por definición, el mediador es una persona cuyo nivel de desarrollo actual está por encima del de la persona a ser mediada y por lo tanto puede servirle de sustento para que ésta última avance a su zona de desarrollo potencial. Siguiendo el planteamiento de Cole (2003) se puede afirmar que la mente se forma en la actividad conjunta de las personas como un proceso de cocreación en la que cada individuo tiene un papel activo de su propio desarrollo. En opinión de Bell (2008), Vygotsky ratifica que “lo que no es posible para uno, lo es para dos y que lo que no es posible en el plano del desarrollo individual llega a serlo en el plano del desarrollo social” (p.34).

En ese mismo sentido, surge la necesidad de que entre los compañeros de clase se establezcan relaciones basadas en la cooperación y respeto mutuo para poder construir un clima de aula fértil para la educación de los niños(as) que participan en ese intercambio. En el caso del niño con DAH este proceso de interacción cooperativa y respetuosa ve obstaculizado por los comportamientos perturbadores que constantemente realizan estos

niños; lo cual genera en sus compañeros reacciones de rechazo, molestias, agresión y hasta de miedo. Todo esto trae como consecuencia que el niño con DAH sea relegado a una especie de “ostracismo social”, en el cual no tiene oportunidad de recibir la mediación de sus pares, ni en aspectos académicos, ni en lo social, ni en lo afectivo.

Obviamente, los compañeros se están protegiendo del niño con DAH porque para ellos representa una molestia e inclusive una amenaza para su integridad física. Como se pudo constatar en las observaciones y entrevistas realizadas, los otros niños no tienen conciencia de que su compañero tiene un problema y en qué consiste, simplemente se defienden y lo rechazan. Entonces, se hace necesaria la intervención planificada y sistemática dirigida a compañeros de clase con la finalidad de que éstos comprendan, que el niño con DAH tiene una necesidad educativa especial y de allí su comportamiento tan peculiar. Así mismo, se debe procurar el desarrollo de una actitud de aceptación y respeto hacia ese niño.

Con relación a lo antes dicho, actualmente se considera que la formación en valores morales debe trabajarse con todo el grupo y de forma vivencial, cotidiana. Que los niños (as) vivan los valores más que leer sobre ellos, y esa es la mejor manera para ser internalizados. Sin embargo, en el caso de las aulas donde hay niños con DAH consideramos necesario la implementación de estrategias especialmente diseñadas para abordar la presencia y convivencia con niños de esta condición. Es tarea del equipo interdisciplinario planificar las acciones dirigidas a la consecución de este objetivo. Así como también llevar a cabo un trabajo de concientización sobre la diversidad entre los seres humanos, los procesos de inclusión y exclusión y la importancia de que todos en el aula se sientan incluidos como una auténtica comunidad, que es diversa, pero que respeta y acepta a todos sus integrantes. Así mismo, es pertinente trabajar específicamente lo que es el DAH, cómo se manifiesta y cuál podría ser la actuación adecuada ante el comportamiento disruptivo de los compañeros que presentan la condición.

Es imprescindible cerciorarse de que los compañeros no identifiquen o etiqueten a estos niños como “enfermos” o “locos”, lo que traería efecto contraproducente a lo que queremos lograr. Igualmente, es necesario que los niños comprendan que los cambios en sus propias actuaciones, en el aula general y hacia el compañero en particular, redundará en la construcción de un clima de aula acogedor y placentero. En este sentido, el docente debe facilitar el diálogo grupal acerca de los procesos grupales y formular las dificultades de la vida comunitaria.

En sentido muy amplio, tanto el docente como los demás miembros del equipo deben estar conscientes de lo que es la “educación inclusiva” y mantener una actitud abierta a la diversidad. Los profesores sólo pueden contribuir a la capacitación de sus alumnos desde su propia capacidad de reflexionar acerca de su quehacer y desde el respeto por sí mismo, haciendo lo que enseña, convirtiéndose en un modelo-mediador auténtico.

El niño en formación tiene un espacio de acciones y un espacio emocional que depende de cómo viva la relación con los demás y consigo mismo. Si el niño está sometido a la negación, a la indiferencia, al rechazo, lo que se va a producir es un ser “mal adaptado” cuya existencia no será congruente con la circunstancia social que le toca vivir. En opinión del autor esas condiciones desfavorables que les toca vivir a estos niños, con mucha frecuencia, responden al miedo e inseguridad de los adultos que les impide la aceptación amorosa del niño diferente. Es necesario que tanto docentes como madres y otros mediadores se abran a un cambio que vaya más allá de lo didáctico y técnico, que abarque, además, lo mental, emocional e incluso lo espiritual.

Todos estos cambios permitirán construir para el niño con DAH y sus pares un “nicho evolutivo” en el que pueda desarrollarse como un hombre culto, responsable, autocrítico, proactivo y generoso, capaz de promover e impactar a su grupo cultural, aún más a la sociedad, de manera positiva transformándola y recreando valores de convivencia y diálogo, que a su vez

serán incorporados a la herencia genética y social de los ciudadanos del futuro.

5.- Trabajando como una red de apoyo

Como se desprende de los resultados obtenidos en esta institución, se podría hablar de un equipo multidisciplinario, a pesar de que la relación entre los diferentes profesionales que allí laboran adolece de múltiples limitaciones. Aun cuando los docentes de aula integrada (especialistas) y la orientadora expresaron prestar cierta colaboración a los maestros de aula regular; éstos últimos sienten estar solos con el problema del niño, ni se enteran de lo que se hace en el AI y cuando los especialistas están presentes en el salón sólo se dirigen al niño con DAH, no interactúan con el docente, ni con el resto del grupo.

Tal como afirmamos en el capítulo anterior, la relación de los docentes de aula regular con profesionales externos (psicólogos, neurólogos) es prácticamente nula. Quizás esta sea la razón por la que los maestros especialistas se quejan de que los docentes regulares no atienden, en algunos casos, a las recomendaciones que ellos les hacen. El docente no se siente parte de un equipo de trabajo y por lo tanto las indicaciones le son ajenas, en ocasiones, no las comprende y en otras no las comparte, y al no tener la posibilidad de discutir las y consensuarlas, simplemente las ignora.

De acuerdo con Friend y Cook (2007), en el equipo multidisciplinario los miembros hacen énfasis en la especialización, trabajan en forma separada y las madres se reúnen con cada especialista de manera independiente. Para Castro y otros (2008) en el equipo multidisciplinario los profesionales evalúan y tratan de forma independiente; pueden interactuar, pero no existe coordinación de servicios, lo cual es tarea de un director del caso. Este último elemento no se observa en la institución que nos atañe, ya que ninguno de los profesionales asume la coordinación de todo el proceso de evaluación e intervención.

Considerando el nivel actual de trabajo en equipo en esta institución, proponemos la formación de un modelo interdisciplinario con proyección hacia la transdisciplinaridad. En el equipo inter, los profesionales evalúan y tratan al niño de forma independiente, pero existe un mecanismo elaborado de cooperación y comunicación. Las decisiones reflejan el consenso del equipo. Este tipo de trabajo da mayor sentido de pertenencia y valía a cada uno de los miembros del grupo, ya que sus aportes son considerados en el proceso de intervención por todos los otros profesionales, no sólo por él; esto permitirá que tanto las docentes de aula regular como las de aula integrada se sientan respaldadas y aumenten la confianza en sus conocimientos y sus prácticas para con el niño con DAH.

El rol de coordinador del trabajo del grupo, por razones de organización y formación académica, debe estar a cargo de la orientadora; aun cuando la docente de aula regular es quien detecta la posible presencia del niño con déficit y lo reporta; debido a la cantidad de niños que atiende, a las múltiples ocupaciones extra que se le asignan en la escuela y a la necesidad de que permanezcan en el aula toda la mañana no deberían coordinar el equipo, sin embargo, dependiendo del caso, puede ser otro profesional quien dirija. Lo que sí es tarea de la orientadora es preparar a sus compañeros en la labor de coordinación y garantizar que quien ejerza la coordinación en un caso determinado cumpla con sus funciones, en este aspecto deberá ser apoyada por la directora y coordinadores del plantel. Es necesario resaltar que para que este modelo de trabajo sea efectivo tiene que existir una comunicación horizontal entre los diferentes integrantes; aún cuando se mantengan y respeten las jerarquías burocráticas existentes, la interacción entre los individuos tiene que ser de cooperación y diálogo.

En el marco del funcionamiento del equipo, se incorpora a la familia (especialmente a la madre) como un miembro más, con los mismos derechos y posibilidades de participar en todo el proceso, sus opiniones y reflexiones deben ser consideradas por el grupo, además de recibir orientaciones

pertinentes y concretas de los demás integrantes. La madre, como cualquier otro integrante del equipo, debe estar en libertad de preguntar, disentir y participar en las decisiones consensuadas que se tomen con respecto a su hijo. Como ya se señaló, la madre también sufre las consecuencias emocionales y sociales de tener un hijo con la condición de DAH, por lo que el equipo de trabajo no sólo le brindará apoyo en cuanto a los aspectos conceptuales y técnicos acerca de lo que pasa con su niño, sino que, además, actuará como un elemento de contención y superación personal.

Cuando los maestros y los padres del niño con DAH muestran actitudes positivas y mejoran la comunicación entre sí, hay una mayor aceptación y comprensión de la condición del niño y tienden a disminuir los sentimientos de culpa por parte de los padres y a trabajar más por el logro de metas comunes. De ser necesario, el equipo puede sugerir y apoyar que la madre o la familia reciba atención psicológica. Para que el equipo funcione de manera eficiente, es necesario que todos los miembros tengan conocimientos sustentados del proceso de desarrollo del niño, los logros significativos de cada etapa, lo que se espera y para lo que se debe preparar al niño; así como también lo que es el DAH, orígenes, manifestaciones y componentes subyacentes a nivel cognitivo, socio-afectivo y actitudinal. De esta manera, los aportes que cada profesional realice desde su especialidad podrán ser discutidos y asumidos con propiedad por los otros integrantes.

La coordinadora del equipo tiene la tarea de incentivar la formación de los demás miembros en este sentido, por medio de lecturas sugeridas, grupos de estudio, realización de talleres especializados, etc.; no obstante, cada uno de los integrantes debe asumir el compromiso de formarse tanto a nivel de crecimiento personal como a nivel instruccional, para contribuir significativamente en el logro del objetivo común del grupo. Ningún miembro del equipo puede ser un espectador o recipiente pasivo de la producción de sus compañeros, porque de esa forma el equipo, simplemente, no funciona y

termina por desaparecer o queda como un dato a colocar en los informes de actividades realizadas.

Una vez que el equipo interdisciplinario haya alcanzado el adecuado nivel de funcionamiento, consideramos que debe avanzar hacia la transdisciplinaridad, lo que significa que ya los profesionales cruzan las líneas de sus propios límites, se tornan más integrales para optimizar la comunicación, la interacción y la cooperación entre ellos (Castro y cols, 2008). Con este modelo de funcionamiento el equipo no solamente atiende aquellos niños identificados con DAH, sino que trabaja activamente en los programas de prevención de aparición de la condición, ya que la optimización de los recursos profesionales, de disponibilidad temporal, la capacitación y crecimiento personal de los integrantes así lo permite. En esta fase de trabajo se incorpora a toda la comunidad escolar, incluyendo a los especialistas que no laboran en la escuela, pero que forman parte del equipo, en la construcción de un ambiente seguro y constructivo para la formación de sus estudiantes, donde se reducen los factores de riesgo y se maximizan los factores protectores.

6. La Escuela Protectora y Nutritiva.

El contexto escolar es uno de los elementos fundamentales en el proceso de intervención para los niños con DAH, ya que, después de la familia, es el ambiente por excelencia donde el niño permanece durante gran parte de su tiempo en el transcurso de la niñez. La escuela no sólo debe brindar la posibilidad a estos niños de mejorar su condición y obtener una calidad de vida más adecuada, sino que debe convertirse en un factor de prevención en la aparición de cualquier tipo de comportamiento que interfiere con el desarrollo adecuado de la persona. Puesto que hasta el momento la escuela, en general y en nuestro caso particular, ha venido actuando en forma reactiva ante la presencia de niños con DAH, es decir, aplicando correctivos puntuales e improvisados que, como hemos observado, no han

dado los resultados esperados, se hace necesaria la transformación de la institución en diferentes aspectos.

El funcionamiento incongruente de la institución en cuestión contribuye de manera sustancial al deterioro de las capacidades cognitivas, conductuales y actitudinales de los niños con DAH, además de favorecer el incremento del número de niños que se comporten de acuerdo a esta denominación. Tal como afirman Lipman y cols (1998) las deficiencias en el sistema educativo afectan más duramente a aquella población que ya tiene desventaja educativa, el sistema afecta de forma diferente a la población estudiantil.

En opinión de los autores antes mencionados los defectos socialmente establecidos que se observan en las instituciones educativas tienen que ser extirpados, ya que no desaparecerán en forma espontánea, por el contrario, tienden a incrementarse y perpetuarse. La estructura de la educación debe responder al tipo de mundo en el que queremos vivir, pues reproduce y refuerza las características de ese mundo.

El carácter reactivo y remedial de la escuela debe cambiar a un estilo proactivo mediante modificaciones en su ambiente que contribuyan a la estimulación de habilidades alternativas o “meta habilidades” por parte del niño. Como sabemos el mayor handicap para los escolares con DAH es la dificultad en estrategias de autorreflexión y autorregulación del comportamiento. En este sentido, el ambiente del aula puede contribuir a que estas habilidades sean aprendidas y ejercitadas diariamente por ellos. Para que las habilidades de autorregulación puedan ser internalizadas es necesario que el ambiente externo ofrezca una estructura bien organizada y soportada de manera sistemática y predecible, tanto a nivel de aspecto material como en lo normativo.

El aula como un espacio para el amor y el desarrollo

Un aula estimulante estará organizada de forma que permita la interacción entre niños y docentes para el trabajo en equipo, donde se pueda actuar cara a cara y que además permita la movilidad necesaria para la realización de las tareas, sin interrumpir el trabajo de otros: por ejemplo, la búsqueda y transportación de materiales, la comunicación acerca del trabajo que se realiza con la posibilidad de preguntar al docente de manera individual para aclarar dudas, mostrar avances, informar necesidades, entre otras. Para lograr este cambio, además de las modificaciones en el espacio, es indispensable que el docente se mueva, camine por el aula observando y orientando el trabajo de los niños, interactuando, corrigiendo desaciertos y reconociendo y valorando los avances por pequeños que sean, reconocer el proceso y no sólo el producto final. Esto evitará que el niño con DAH se desanime y distraiga abandonando la tarea y dedicándose a otras actividades, por lo general, perturbadoras para el grupo.

En este sentido, ya que los lapsos de concentración mental del niño con DAH son cortos, se deben dosificar las actividades que realiza, pero debe estar consciente de que su trabajo tiene un objetivo y que debe lograrlo aunque necesite más tiempo o su aporte pueda ser menor que el de sus compañeros. Abandonar las tareas o al equipo de trabajo no debe ser una opción para el niño, puede hacer pausas o cambiar de actividad en el transcurso del trabajo, pero siempre debe lograrse el objetivo.

La aplicación de refuerzo positivo tiene que ser constante y sistemática. No necesariamente mediante la instauración de una economía de fichas: el reconocimiento constante del docente por los avances del niño, así como la atención que se le presta a sus demandas y necesidades es un poderoso refuerzo para estos niños, que como hemos constatado tienen pocas oportunidades de recibirlos.

Del mismo modo, funciona la aceptación y correspondencia de los compañeros hacia el niño con DAH, una vez que éste haya comenzado a

mostrar sus habilidades y aportes para los logros grupales. Estas afirmaciones son válidas no sólo para el aula regular, sino también para las clases de educación física y demás áreas complementarias. La autorregulación incorpora procesos motivacionales como un conjunto de metas y desempeños que promueven creencias positivas acerca de las capacidades al evaluar los aprendizajes y los resultados anticipados y experimentar orgullo y satisfacción ante los propios esfuerzos.

La posibilidad de que el niño con DAH se mantenga involucrado en el trabajo escolar se incrementa considerablemente si dicha tarea constituye un reto para él, dentro de los límites de su área de desarrollo actual con la posibilidad de avanzar hacia el nivel de desarrollo potencial y si además cuenta con los mediadores adecuados (Vygotski, 1982). Es decir, la tarea no puede ser tan elemental que no despierte el interés del niño, ni tampoco estar muy por encima de sus posibilidades reales de comprensión y desempeño porque esto también lo haría desistir del esfuerzo. Por otra parte, el mediador (maestro) debe conocer el nivel de desempeño y habilidad del niño para tender los puentes necesarios para que éste último dé el siguiente paso; adicionalmente debe mostrar apertura y aceptación sincera e incondicional hacia el niño. Se corrigen las actividades y se aplican las normas de manera firme y sistemática, pero no se descalifica a la persona, esa debe ser una máxima moral para todos los docentes, y muy especialmente para aquellos que trabajan con niños con necesidades educativas especiales.

De acuerdo con lo antes expuesto, las aulas en esta institución deben ser transformadas tanto en la organización de los espacios (el cual tienen suficiente) como en el funcionamiento. Los niños deben dejar de ser receptores pasivos de dictados y copias y convertirse en protagonistas activos de su propio aprendizaje a través de la realización de investigación en el aula, mediante el uso de diferentes recursos y estrategias, proyectos que pueden ir desde el descubrimiento de conocimiento científico hasta la

discusión de valores morales con estrategias como la del diálogo filosófico propuesta por Lipman (1998) en la metodología de filosofía para niños. Así mismo, se puede incorporar la discusión y toma de decisiones acerca de problemas que los afectan directamente, por ej. el ruido perturbador de las clases que proviene del patio central, la violencia y presencia de armas blancas en el recinto escolar.

Por otro lado, el docente tiene que modificar su manera de hacer y de estar en el aula, requiere una participación más proactiva y comprometida con lo que hacen los alumnos, ejemplo de ello puede ser cerrar la puerta y no recibir visitas en el tiempo de trabajo en el aula. El hecho de que en esta institución permanentemente haya pasantes de distintas universidades y maestros de áreas complementarias, es algo favorable y debe ser aprovechado de forma constructiva por el grupo interdisciplinario para planificar y llevar a cabo actividades interesantes e innovadoras, ya que se supera el escollo sempiterno de que son muchos niños para un solo docente.

El tiempo, es otro de los elementos a estructurar de manera más eficiente, ya que, como se desprende de los resultados, no hay en estas aulas una sistematicidad en ese sentido; una actividad que acaba de ser asignada puede interrumpirse porque hay que hacer otra cosa, por ejemplo ir a danza, mientras que en otras ocasiones los niños culminan su trabajo y el tiempo transcurre sin que tengan nada que hacer. Necesario es resaltar lo perjudicial de este limbo temporal para los niños con DAH. Ellos requieren una rutina temporal sistemática y predecible que les ayude a construir una regulación interna para funcionar de manera acorde a situaciones escolares y que pueda transferir al ámbito familiar y social.

Los niños con DAH necesitan tiempo para reflexionar y planificar su trabajo, para constatar que han comprendido correctamente las instrucciones, y de no ser así poder preguntar para aclarar dudas, tanto al inicio como durante la realización de la tarea, sus demandas deben ser atendidas por parte de los docentes que están en el aula. El niño, además,

requiere tiempo para evaluar su trabajo con la ayuda del docente y reprogramar lo que le falta; cuando la actividad se realiza con todo el grupo se debe garantizar la participación de los niños con DAH; por ejemplo, en discusión para el establecimiento de normas o resolución de conflictos.

Las normas de funcionamiento del aula son un elemento clave para el proceso de autorregulación de estos infantes, por lo tanto deben ser ampliamente discutidas y comprendidas por todo el grupo al inicio del año escolar y deben permanecer expuestas en un lugar de fácil visibilidad dentro del aula, además de ser revisadas y reformuladas (de ser necesario) durante el transcurso del periodo lectivo. Los docentes deben comprender que la finalidad de las normas va más allá del hecho de que los niños estén quietos, sino que por el contrario, éstas deben servirles de andamiaje para la construcción de sus propias regulaciones cognitivas, morales, afectivas y sociales; que le serán de utilidad a lo largo de su ciclo vital para tener una existencia satisfactoria. Por todo ello, el tiempo que se dedique a la elaboración de una apropiada normativa para el funcionamiento del aula estará más que bien empleado, así mismo los esfuerzos para que el niño con DAH las comprenda y las cumpla redundará de manera contundente en la calidad del clima del aula y en la calidad de vida del propio infante. Como afirma Céspedes (2012) los niños con DAH deben asimilar las normas y límites necesarios para una correcta socialización, aunque les resulte muy difícil debido a sus dificultades de autorregulación y su tendencia a ser desbordados por la ansiedad.

Resulta evidente que todas estas modificaciones que se realicen en el aula deberán ir acompañadas con una adecuación de toda la institución escolar. En este sentido, el papel del director(a) es primordial, pues es quien tiene la responsabilidad de crear (junto con el equipo) políticas y prácticas que respalden las necesidades de los niños y del personal. El director puede organizar el espacio físico y temporal de la escuela para facilitar el funcionamiento del equipo interdisciplinario, también puede hacer ajustes

para que el resto del personal (administrativo, obrero) conozca y se involucre con el objetivo de hacer de la escuela un lugar emocionalmente seguro para los niños o como igualmente se les ha denominado instituciones altamente resilientes . También la directora (o director) tiene la posibilidad de fomentar y reglamentar la cooperación de profesionales externos a la institución como neurólogos, psicólogos, terapeutas de lenguaje; a fin de que esta cooperación no quede como una dádiva de dichos profesionales, sino que su participación como miembros del equipo este respaldada institucionalmente. Tal como afirma Koplow (2005) la colaboración entre la escuela y los servicios externos de salud mental es un recurso importante para muchos niños, pero no reemplaza el compromiso interno de hacer que el ambiente escolar respalde el bienestar y evite el deterioro de la salud mental de los alumnos.

El director(a) tiene el poder para supervisar el modo como son implementadas las políticas y como son ejecutadas las rutinas dentro de la escuela, lo cual tendrá un impacto enorme en la calidad de vida dentro de la institución, tanto de alumnos, docentes y demás personal. En este orden de ideas, Herrera y López (1996) afirman que en las escuelas eficaces se ha encontrado que el equipo directivo se siente más identificado con el trabajo académico que con el administrativo, consideran que su verdadera función es la pedagógica. El personal directivo tiene que circular por la escuela, ver y escuchar en forma directa lo que pasa en esa institución, identificar las posibles situaciones problemáticas para implementar correctivos, a la vez de fortalecer vínculos comunicacionales con docentes de aula regular y con especialistas. De manera firme, pero flexible, el director debe hacer cumplir las normas, que deben ser anualmente discutidas y consensuadas con el resto del personal docente.

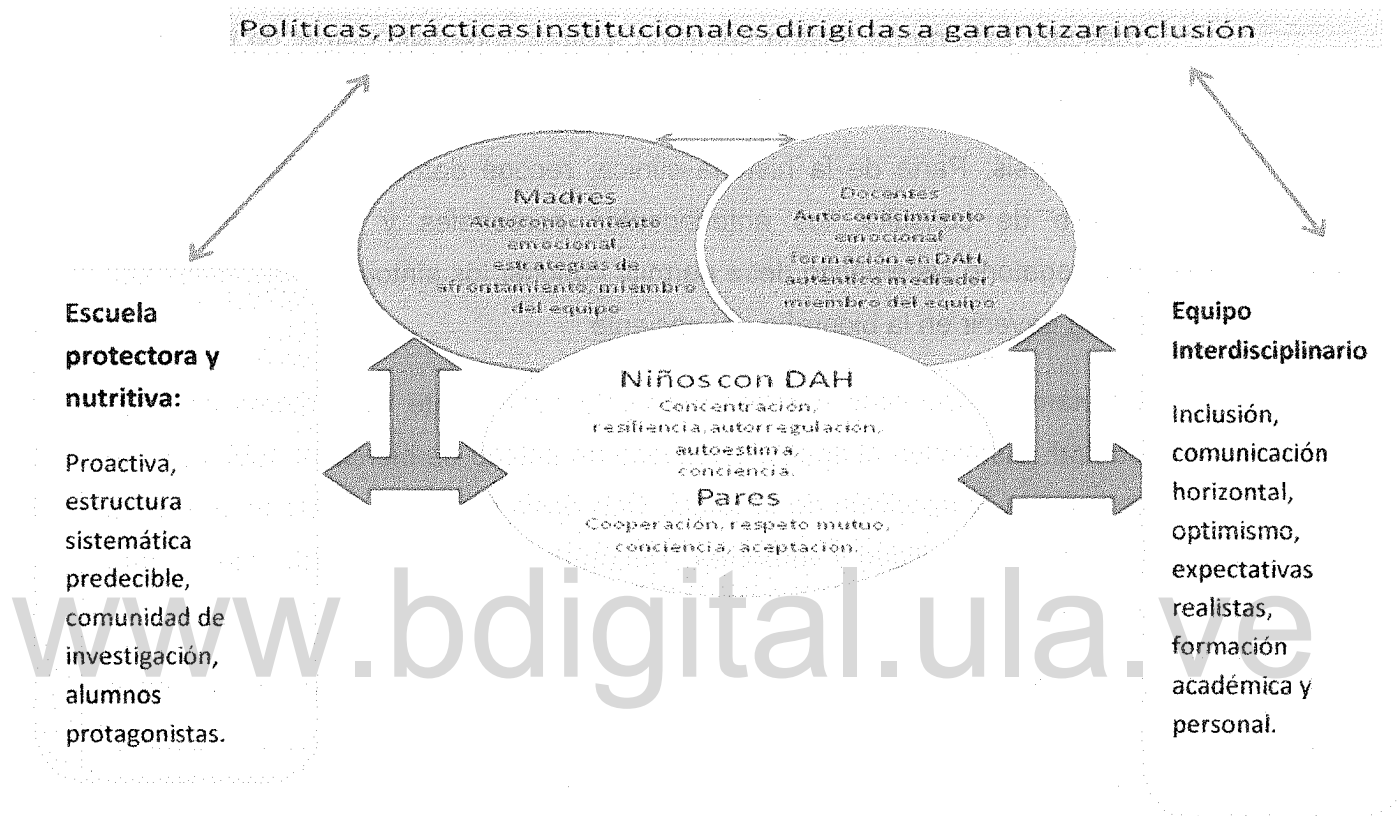
En el caso de la atención de los niños con DAH, el equipo directivo debe estar formado o por lo menos informado de la condición de las necesidades especiales de estos niños y de la planificación de intervención que el equipo interdisciplinario ha dispuesto para él. De este modo podrá

participar activamente en ese proceso. Aunque no trabajen directamente con el niño, los directivos son el vínculo entre el microsistema escuela con el exosistema e inclusive con el macrosistema; ya que la interconexión entre estos sistemas garantiza las condiciones óptimas para el desarrollo humano. Las acciones concretas y bien fundamentadas que ponga en marcha el equipo directivo a favor de los niños con DAH y sus familias puede hacer la diferencia en la calidad de vida de estas últimas; así como también en el futuro personal y profesional de dichos niños.

Todo lo expuesto con anterioridad permite un modelo de atención más amplio y flexible al que existe actualmente, donde se acepta el entrelazado de lo individual con lo social y lo histórico, por lo que, el cambio, la transformación es posible, y aunque se trata de niños y niñas con DAH que podrían parecer "casos pocos y aislados", realmente con ellos se puede comenzar una transformación que va más allá del aula de clase, para traducirse, indudablemente, en cambios positivos a nivel social y cultural.

En este sentido tenemos que mostrarnos optimistas, tener una esperanza activa en que estos niños y sus familias tienen un futuro promisorio de éxitos personales, profesionales, afectivos y de toda índole, siempre y cuando cada uno de los involucrados en este proceso, incluyendo a los propios niños y a sus padres, contribuyamos con una actitud certera, positiva y amorosa con lo que nos corresponde hacer. No somos salvadores, somos un equipo.

Gráfico 6. Marco conceptual psicoeducativo emergente



Fuente: L.M González. 2014

Glosario de términos.

Agresión pasiva: Mecanismo de defensa en que el individuo muestra agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a otras personas, detrás de la cual en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos.

Anamnesis: Parte de la historia clínica, recoge datos como la filiación, el motivo de consulta, los antecedentes personales y familiares, etc. El interrogatorio sistemático debe permitir conocer los síntomas más relevantes en su devenir en la biografía del paciente

Anfetamina: Derivado químico y potente estimulante del sistema nervioso central. Disminuye el apetito y provoca un estado de bienestar subjetivo con retraso de la aparición de la fatiga. Con dosis excesivas aparece inquietud, insomnio, irritabilidad y verborrea. Tienen un gran poder de adicción y crean una alta dependencia.

Bitácora o diario de campo: diario personal donde se incluye descripciones del ambiente o contexto, lugares, participantes, relaciones, eventos; desde el inicio hasta el final de la investigación. Se elaboran mapas, diagramas, fotos.

Comorbilidad: Aparecería cuando a un síndrome perfectamente delimitado se añade otro sin relación etiopatogénica conocida con el anterior. Este concepto de comorbilidad supone una mera coincidencia, no tiene interés para la investigación de la naturaleza de ninguno de los dos cuadros comorbidos y sí, por el contrario, tiene una gran importancia a la hora de establecer una estrategia de tratamiento y determinar el pronóstico. Puede afirmarse que, en estos casos, el paciente y el profesional se enfrentan a dos trastornos diferentes cuyos efectos nocivos pueden potenciarse.

Diagramas: representaciones visuales de las relaciones entre conceptos.

Encefalitis: proceso inflamatorio del encéfalo, es decir, cerebro y sus estructuras asociadas.

Diagnóstico diferencial: Distinción entre dos o más enfermedades con síntomas similares, mediante la comparación sistemática de sus signos y síntomas.

Handicap: El término se introdujo en el campo de educación especial para referirse a las desventajas ocasionadas por la deficiencia, por las que una persona es colocada en situación desigual en el juego social.

Insight: Es un término utilizado en Psicología proveniente del inglés que se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente "percepción" o "entendimiento". Se usa para designar la comprensión de algo (este término fue introducido por la psicología Gestalt).

Psicofármaco: Son sustancias que poseen la propiedad de alterar diversos procesos mentales; pueden provocar sedación y modificar el estado de ánimo, el pensamiento, la percepción, y/o el comportamiento.

Síndrome: Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Trastorno: Interrupción o alteración de las funciones normales a los sistemas establecidos, como en el caso de un trastorno mental o nutricional.

Referencias Bibliográficas.

Aramayo, M. (2005). La discapacidad. Construcción de un modelo teórico venezolano. Caracas: UCV

Asociación Americana de Psiquiatría.(1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Barcelona: Masson

Asociación Mexicana por el DAH y trastornos asociados (2004).
www.deficitdeatenció.org.

Barkley,R. (1982). Niños hiperactivos. Madrid: Paidos

Bauemeister,R. (2000). The cultural animal: Human nature, meaning, and social life. Oxford:UP

Béla, S. (200) Diccionario de psicología. Buenos Aires: Claridad

Bell,R. (2008). Educación Vs exclusión. La Habana: Pueblo y Educación.

Bird,D.y Colaboradores(1998). Déficit de atención. Drromeu.net/hiperact.htm.

Bronfenbrenner,U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidos.

Caballo, V. y Simón, M. (2005). Manual de Psicología clínica infantil y de la adolescencia: Trastornos generales. Vol. 1. Madrid: Pirámide.

Castro,L. Fernández,G. Gómez,A. Campos,I. Bert,J. y Rodríguez,B. (2008). El maestro y la familia del niño con discapacidad. La Habana: Pueblo y educación.

Castro, P. (1984). El niño intranquilo. Caracas: Monte Ávila

Céspedes, A. (2008). Educar las emociones. Educar para la vida. Santiago

de Chile: Vergara

----- (2012). Déficit atencional en niños y adolescentes. Santiago de Chile: Vergara

Cole, M. (2003). Psicología cultural. Madrid: Morata

Condemarín, M. Gorostegui, M. y Milicic, N. (2004). Déficit atencional. Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa. Santiago de Chile: Planeta.

Contreras, A. (2014). Sobrecarga emocional del cuidador familiar de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revisalud*;2(1): 15-30

Elias, M. Tobias, S. y Friedlander, B. (2000). Educar con inteligencia emocional. Barcelona: De bolsillo.

Figueroa, M.L. (2005). La inteligencia emocional tridimensional. *Revista Agora*. Año 8. N° 16. (pp.45-64)

Filomeno, E. (2006). El trastorno con déficit de atención con hiperactividad en las últimas cuatro décadas y media en el Perú. *Rev. Med. Hered* (En línea) jul/sep.2006. vol.17. N°3

Friend, M. y Cook, L. (2007). *Interacciones: collaboration skills for school professionals*. Boston: Pearson.

FONACIT (2008). TDAH: el enemigo silencioso que afecta a los niños venezolanos. Caracas: Centro documentación.

Foucault, M. (2000). Los anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Gadamer, H. (2005). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.

Goleman, D. (1999). *La Psicología del autoengaño*. Buenos Aires: Atlántida.

González,E.(2007). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clase. Tesis doctoral. Universidad complutense de Madrid.

González,H. y Méndez, E. (2005). El paradigma personal. Un modelo integrado en psicoterapia.Mérida:ULA.

Gratch,M. (2005).El trastorno por déficit de atención. Buenos Aires: Panamericana

Guyton,A. (2004). Anatomía y fisiología del sistema nervioso. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Hardy,Th. Y Harris,R. (1998). Aprendizaje y cognición. Madrid: Prentice Hall.

Harris,T. Y Hodges,R. (1995). The literacy dictionary. USA: International reading Association.

Herrera,M. y López,M. (1996). La eficacia escolar. Caracas:CICE

Jarque,S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Anuario de Psicología. Vol. 42, Nº 1, 19-33. Universidad de Barcelona

Juroven,J. y Wentzel,K. (2001). Motivación y adaptación escolar. México: OXFORD

Kendall,J. (1998). Outlasting disruption: the process of reinvestment in families with ADHD children. Rev Qualitative Health Research Vol. 8 p.p 839-857. Disponible: <http://qhr.sagepub.com/content/8/6/839.short> (Consulta: 2010, octubre, 13).

Koplow,L. (2005). Escuelas que curan. Buenos Aires: Troquel

León,Ch (2007).Secuencias de desarrollo infantil integral. Caracas:UCAB

Lipman,M. (1998). Filosofía en el aula. Barcelona: Trillas

Lodo,M. (2007). El test del dibujo de la familia. Caracas: CEP-FHE-UCV

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

Manciaux,M. (2005). La resiliencia: resistir y rehacerse (Comp.). Barcelona:Gedisa

Martínez,M.(2006). Ciencia y arte en la metodología cualitativa.México:Trillas

Maturana,H. y Varela,F.(1996). El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Maturana,H. y Nissis,S.(2002). Formación humana y capacitación. Madrid: Dolmen.

Maturana, H. (2008). El sentido de lo humano. Buenos Aires: Granica.

Méndez,M. y González,L.(2008). Detección y valoración de niños(as) con déficit de atención e hiperactividad en el Municipio Trujillo. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Educación y Pedagogía Especial. Cuba

Mendoza,M. (2005). ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros. México:trillas.

Miranda, A. Presentación,M. y Jorques,S. (1997). La intervención con estudiantes con TDAH: hacia un enfoque contextual y multidisciplinar. En J. García (Coord.). Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo.(pp. 303-319).Madrid: Pirámide.

Montiel,C. y Nava,H.(2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños marabinos. Revista de Neurología; 35(11):1019-1024.

Morín, E. (2000). Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. Caracas: FACES-UCV

Murray,B. y Fortinberry,A. (2008). Cómo criar niños optimistas. México: Aguilar.

Palacios-Cruz, L. y otros. (2013). Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos. Salud Mental. Vol.36, Nº 4, julio-agosto 2013.

Papalia, D. Olds,S. y Feldman, R. (2005). Desarrollo humano. México:McGraw-Hill

Perry,C. Hatton,D. y Kendall,J. (2005). Latino parent's accounts of attention deficit hyperactivity disorder. Rev. Journal of Transcultural Nursing. Vol. 16.pp 312-321. Disponible: <http://qhr.sagepub.com/content/16/4/312>. Abstract (Consulta: 2010, octubre 5).

Presentación, M. Miranda, A. y Amado, L. (1999). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: avances en torno a su conceptualización, bases etiológicas y evaluación, Madrid: pirámide.

Ríos,P. y Tejada, M. (2004). El enfoque socio cultural. En M Tejada. P Ríos y A Silva.(Coord.). Teorías vigentes sobre el desarrollo humano. (pp.73-105). Caracas: UPEL.

Rojas, B. (2007). Investigación cualitativa. Fundamentos y praxis. Caracas: FEDEUPEL

Romero,N.(2010). Esperanza: sustento vital y competencia para el crecimiento. En: M. Garassini y C. Camilli (comp.) Psicología positiva:Estudios en Venezuela. PP. 128-185. Caracas:SVPP

Ruíz,D. (2007). La extraedad escolar ¿una anomalía social?. Mérida:

Textos Universitarios.

Sadurní, M. (2009). El juicio del rey salomón. La separación de hijos y padres como medida de protección. Rev. Newsletter. N°7. 2-12

Sandín.M.P. (2003).Investigación cualitativa en educación. Madrid: Mc Graw Hill.

Servera,M. Bornas,X. y Moreno,I. (2005). Hiperactividad infantil: conceptualización,evaluación y tratamiento. (p.p 401-433).

Shapiro,L. (1997). La inteligencia emocional de los niños. Buenos Aires: Javier Vergara.

Simpson,M. (2011). Resiliencia en el aula. Un camino posible. Buenos Aires: Bonum

Servera,M. Bornas,X. y Moreno,I.(2005). Hiperactividad infantil. En Caballo,V. y Simón,M.(2005). Manual de psicología clínica y del adolescente. Madrid: Pirámide.

Shea,Th. Y Bauer,A. (2000). Educación especial. Un enfoque ecológico.México: Mc Graw-Hill

Soneira,A. (2006). La teoría fundamentada en los datos. En I. Vasilachis (coord.). Estrategias de investigación cualitativa.(pp. 153-173). Barcelona: Gedisa.

Strauss,A. y Corbin,J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquia.

Tejada,P. Ríos, M. y Silva, A. (2004). Teorías vigentes sobre el desarrollo humano.Caracas: UPEL.

Theis, A.(2005). La resiliencia en la literatura científica. En M. Manciaux (comp.). La resiliencia: resistir y rehacerse. (pp. 45-59). Barcelona: Gedisa.

Turecki, M. y Tonner,L. (1997). El niño difícil de criar. Bogotá: norma.

Uribe,C. y Vásquez,R. (2007). Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá. Rev. Colombiana de psiquiatría.Vol.36. n° 2. Bogotá.

Vygotski,L. (1996). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: crítica.

_____. (1982). Obras escogidas. Tomos I y II. Madrid: MEC

www.bdigital.ula.ve

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS



ANEXO 1

Ciudadana,

Msc. Mariabel de Hidalgo

Directora de la U.E.B "Estado Carabobo"

Reciba un respetuoso saludo.

Por medio de la presente nos dirigimos a Usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración para autorizar la realización de entrevistas al personal docente, directivo, especialistas y estudiantes de la institución que usted dirige. Igualmente, requerimos asistir como observadoras en algunas aulas de clase.

Estas actividades forman parte de una investigación titulada "Déficit de Atención e Hiperactividad. Una estructura conceptual psicoeducativa", que se está desarrollando como proyecto de tesis doctoral en el Núcleo Universitario Rafael Rangel de Trujillo. Los resultados de la misma tendrán carácter ascientífico educativo.

Es nuestra intención comenzar con este trabajo de campo en el mes de mayo de 2011. La fecha de culminación dependerá de la dinámica del proceso de investigación.

Finalmente para su conocimiento anexamos resumen y objetivos del trabajo.

Agradeciendo de antemano sus buenos oficios ante esta solicitud.

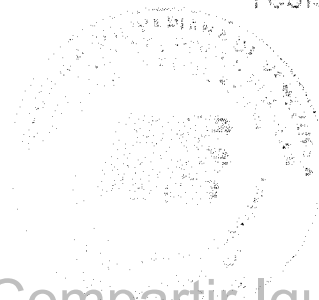
Atentamente,

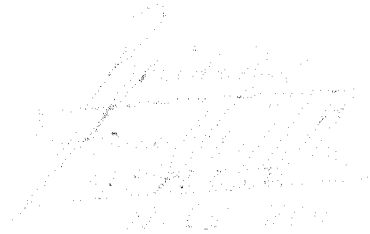

Dra. Martha E. Méndez

Tutora


Msc. Livia González

Tesisista




Dra. Martha E. Méndez
11.05.2011
14:00 pm

Code-Filter: All

ANEXO 3

File: Entrevista
File: (DA)Entrevista (hoy)
Filter by: Super
Page/Time: 0004 01 01 00:27:37

autoevaluación del docente

Búsqueda de conocimiento

caracterización del niño con DAH

causalidad del DAH-creencias

concepto DAH

creencias sobre tratamiento

De Marcos no se muy bien como ..

dificultades para intervención

emociones

estrategias de intervención

Expectativas

el desde pequeño estuvo fue ..

identificación de DAH

información sobre tratamiento médico

no pertenecen a la institución

políticas de intervención

prevalencia

problemas asociados

proceso de cambio

Proceso de evaluación e intervención

relación docente-padres

seguimiento

Trabajo de equipo

www.bdigital.ula.ve

Code-Filter: All

Anexo 4

File: [Unintelligible]
Filter by: Super
Date/Time: 2008-01-01 00:27:07

autoevaluación del docente
Búsqueda de conocimiento
caracterización del niño con DAH
causalidad del DAH-creencias
concepto DAH
creencias sobre tratamiento
De Marcos no se muy bien como ...
dificultades para intervención
emociones
estrategias de intervención
Expectativas
el desde pequeño estuvo fue ...
identificación de DAH
información sobre tratamiento médico
no pertenecen a la institución
políticas de intervención
prevalencia
problemas asociados
proceso de cambio
Proceso de evaluación e intervención
relación docente-padres
seguimiento
Trabajo de equipo

Anexo 5

Code Family: Autoevaluación del docente

File: Entrevista
File: (3) Entrevista.mp3
Codec: Super
Date/Time: 2012-10-30 10:02:01

Created: 2012-10-30 10:09:34 (Super)
Codes: (3) [autoevaluación del docente] [emociones] [Expectativas]
Quotation(s): 16

P 1: ENTREVISTA DOCENTE DE AULA2, 5to grado Valera.txt - 1:12 [La experiencia es que le puedo...]
(10:11) (Super)
Codes: [emociones - Family: Autoevaluación del docente]
No memos

La experiencia es que le
puedo decir, ha sido buena

P 1: ENTREVISTA DOCENTE DE AULA2, 5to grado Valera.txt - 1:14 [Tengo la esperanza de que ellos...]
(71:72) (Super)
Codes: [creencias sobre tratamiento - Family: Imaginario sobre evaluación y tratamiento] [emociones - Family:
Autoevaluación del docente]
No memos

Tengo la esperanza de que ellos van a ir poco a
poco

P 1: ENTREVISTA DOCENTE DE AULA2, 5to grado Valera.txt - 1:19 [yo me la paso hablando con ellos...]
(77:80) (Super)
Codes: [emociones - Family: Autoevaluación del docente] [estrategias de intervención - Family: Imaginario sobre
evaluación y tratamiento]
No memos

yo me la paso hablando con ellos que lo
importante es concentrarnos, el que quiere puede,
vamos a hacerlo con amor, vamos, he visto mucho
cambio, ya estoy como acostumbrada con ellos

P 1: ENTREVISTA DOCENTE DE AULA2, 5to grado Valera.txt - 1:20 [Como Diego es medicado viene c...]
(82:86) (Super)
Codes: [creencias sobre tratamiento - Family: Imaginario sobre evaluación y tratamiento] [emociones - Family:
Autoevaluación del docente]
No memos

Como Diego es medicado viene como más
tranquilo pero en silencio, como no le habían
comenzado el tratamiento porque el tratamiento tiene
que viajar a Barquisimeto porque no lo hay aquí en
Trujillo. Era desesperante, para mí era terrible.

P 2: DPE2.4ME.txt - 2:7 [pero si he visto que el niño c...] (31:32) (Super)
Codes: [emociones - Family: Autoevaluación del docente]
No memos

Anexo 6

Code Family: Representación de los niños con DAH

File: Entrevistas a madres

File: C:\Documents and Settings\shibilla\My documents\Scientific Software\ATLAS.ti - (Entrevistas a madres (rta))

Added by: Super

Date/Time: 2013-04-03 10:28:59

Created: 2013-04-03 13:04:53 (Super)

Codes: (S)Caracterización del niño con DAH (conocimientos sobre la condición DAH) (creencias acerca del origen de DAH) (Estrategias de manifestación de la conducta) (evolución de la condición del niño)

Quotation(s): 33

P 1: DPENJ81.txt - 1:1 [M1- Tiene problema de conducta..] (4:5) (Super)

Codes: (conocimientos sobre la condición DAH - Family: Representación de los niños con DAH)

No memos

M1- Tiene problema de conducta pero tengo entendido que es muy hiperactivo.

P 1: DPENJ81.txt - 1:2 [as más había pensado que eso y..] (8:11) (Super)

Codes: (creencias acerca del origen del DAH - Family: Representación de los niños con DAH)

No memos

as más había pensado que eso ya era normal de él para llamar la atención, como también tenía un hermano de dos años pensé que era para llamar la atención que él estaba otra vez con su hiperactividad.

P 1: DPENJ81.txt - 1:3 [Las profesoras me han dicho de..] (12:15) (Super)

Codes: (conocimientos sobre la condición DAH - Family: Representación de los niños con DAH)

No memos

Las profesoras me han dicho de que lo trajera para acá pero no conozco casi psicólogos aquí y las veces que había venido no estaban aquí entonces pensé llevarlo a un neurólogo a ver si lo medivaba

P 1: DPENJ81.txt - 1:4 [Él para nada te hace caso, es ..] (18:21) (Super)

Codes: (Caracterización del niño con DAH - Family: Representación de los niños con DAH)

No memos

Él para nada te hace caso, es muy indisciplinado, de aquí trínca por allá, lo de él es pura travesura, bota las cosas, a la tía le bota las lavas, le desconecta los cables a la computadora.

P 1: DPENJ81.txt - 1:5 [Yo digo que como él se mete co..] (23:25) (Super)

Codes: (Caracterización del niño con DAH - Family: Representación de los niños con DAH)

No memos

Yo digo que como él se mete con los otros niños me imagino que lo tienen atormentado. Es embustero.

Anexo 7

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

NÚCLEO UNIVERSITARIO RAFAEL RANGEL

DOCTORADO EN EDUCACIÓN.

AUTORIZACIÓN

Yo: _____ portador de la cédula de
Identidad N° _____, por medio de la presente autorizo
a mi representado: _____
para que participe en el proyecto de tesis doctoral titulado "Déficit de Atención e
Hiperactividad. Una estructura conceptual psicoeducativa"; que está siendo
realizado por la Psicóloga Lesvia Marina González H y bajo la tutoría de la Dra.
Martha Méndez. En un todo de acuerdo en que la información recabada a
través de observaciones, entrevistas y otras evaluaciones que se realicen a mi
representado será usada exclusivamente en dicho proyecto de investigación.

Trujillo, 2 de junio de 2014

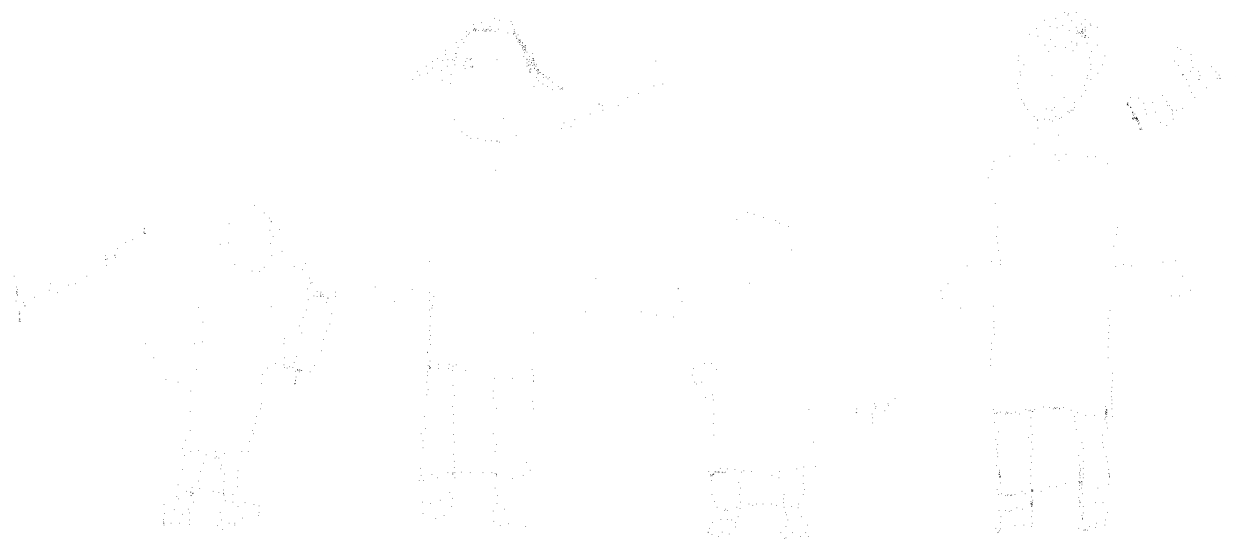
Representante:

www.bdigital.ula.ve

Anexo 8

Anexo 9

www.bdigital.ula.ve



Atribución - No Comercial - Compartir Igual 3.0 Venezuela
(CC BY - NC - SA 3.0 VE)

www.bdigital.ula.ve

Anexo 10