

Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES SOBRE LA MUSICOTERAPIA EN
EL PROCESO EDUCATIVO DE NIÑOS CON TDAH**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TECNOLOGÍA
MÉDICA ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE LENGUAJE**

AUTOR:

Rodríguez Fernández, Doris Melissa

ASESOR:

Parra Reyes, Belkis David

JURADOS

Medina Espinoza, Regina

Quesada Ponte, Elisa

Zuzunaga Infantes, Flor de Maria

Lima– Perú

2019

ÍNDICE

Resumen (palabras clave)	3
Abstract (Key words)	4
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	5
1.1. Descripción y formulación del problema	6
1.2. Antecedentes	7
1.3. Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
1.4. Justificación	15
1.5. Hipótesis	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	16
2.1.1. El trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	17
2.1.2. Etiología	26
2.1.3. Musicoterapia: definición	36
2.1.4. La Musicoterapia en el Proceso Educativo de Niños con TDAH	
2.2. Términos básicos	47
CAPÍTULO III. MÉTODO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	49

3.2. Ámbito temporal y espacial	49
3.3. Variables y operacionalización de variables	50
3.4. Población y muestra	51
3.5. Instrumentos	52
3.6. Procedimientos	53
3.7. Análisis de datos	54
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	54
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	86
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	92
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES	93
CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
CAPÍTULO IX. ANEXOS	96
ANEXO 1. Consentimiento informado	97
ANEXO 2. Datos personales y profesionales	98
Matriz de consistencia	100

RESUMEN

Esta investigación, presenta una reflexión sobre la importancia de la Musicoterapia en la educación, especialmente en el proceso educativo de niños con TDAH y de qué forma la musicoterapia puede desempeñar un papel importante en el este proceso. **OBJETIVO** general determinar el conocimiento de los profesores del colegio “Nova Ingenieros School SAC” sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH”, y como específicos determinar el nivel de conocimiento de los profesores sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH; determinar la percepción de los profesores sobre la musicoterapia como estrategia de aprendizaje en el proceso educativo de niños con TDAH; y determinar la actitud de estos sobre la musicoterapia en la inclusión educativo de niños con TDAH. **METODOLOGÍA** enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, corte transversal y diseño no experimental. **RESULTADOS** . Más de la mitad de los encuestados (78,4%) , trabajó con niños (TDHA), por lo que el número de sujetos que nunca trabajó fue reducido (20,6%). Cuando se les preguntó acerca de tener formación para trabajar con Educación Especial sólo el 22,7% respondió afirmativamente y 76,3% negativamente.. Los valores nos llevan a deducir que los profesores del colegio evaluado, concuerdan que la musicoterapia es una herramienta pedagógica adecuada para los niños con TDAH, que beneficia el desarrollo y el aprendizaje. Se **CONCLUYE** que existen alternativas que los docentes pueden tener en esta área, por lo que es importante tener la noción de la existencia de estas para una intervención eficaces en el proceso de enseñanza , aprendizaje y en la mediación de comportamientos.

Palabras Clave: TDAH, Música, Musicoterapia, Inclusión, Intervención.

ABSTRACT

This research presents a reflection on the importance of Music Therapy in the education, especially in the educational process of children with ADHD. In order to develop the project, a bibliographical review on the subject was made. Throughout the work, an approach was made of how the inclusion of children with ADHD and in what way music therapy can play an important role in the educational process of children with ADHD. general OBJECTIVE determine the knowledge of teachers the school "Nova Ingenieros School SAC", regarding music therapy in the educational process of children with ADHD ,and determine the attitude of these on the music therapy in the educational inclusion of children with ADHD.METHODOLOGY quantitative, descriptive, cross-sectional approach and non-experimental design..RESULTS, more than half of the respondents (78.4%) ,worked with children with this disturbance, so that the number of subjects who never worked was reduced (20.6%). When asked about having training to work with Special Education, only 22.7% answered affirmatively and 76.3% answered negatively. These values lead us to conclude that the teachers of the evaluated school, in our sample, agree that music therapy is an appropriate pedagogical tool for children with ADHD, which benefits the development and learning of them.CONCLUDES that there are some alternatives that teachers can have in this area, so it is important to have the notion of the existence of these for intervention in the teaching, and learning process ,and in the mediation of behaviors.

Keywords: ADHD, Music, Music Therapy, Inclusion, Intervention.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

No cabe duda de que la presencia de la música asumió una importancia creciente últimamente, de modo que se tiene la música como opción terapéutica en los niños con trastornos de hiperactividad y déficit de atención.

Desde el punto de vista como especialista, estos niños, adultos jóvenes manifiestan un tumulto severo de su desarrollo, concretamente, relacionado a la interacción social y propiamente a su comunicación. Por otro lado, podemos introducir diferentes habilidades para otras áreas, en particular música. La presencia de la música, cada vez más importante, un significado para cada evento, ya que se combina con la experiencia vivida, pasada o presente. De ahí, podemos afirmar que los significados de la música son arquitectados, reproducidos en las relaciones, y corresponden con lo que es vivido. "En las décadas pasadas, la enseñanza de lenguaje musical lenguaje tiene un significado de ser objeto de reflexión continua, en el sentido de volverse comprensible un lenguaje tan abstrato como es la Música" (Torres, 1998, p.19).

La música, cuyo poder sobre la mente es irrefutable, hoy en día es muy utilizado como una técnica de relajación por los profesionales, sin embargo, tienden a ser muy apreciada por los individuos con trastorno de hiperactividad y déficit de atención, de eso se puede afirmar que la Musicoterapia es una de las primeras técnicas que más se está acercando a estos individuos. La musicoterapia permite una gran aproximación por parte de estas personas, en lo que se refiere, al oír, sentir y tocar. Mediante este tipo de actividades, las áreas a trabajar son innumerables, desde trabajar la motricidad, al ejecutar gestos y hasta para bailar, desde desarrollar una agudeza auditiva y también trabajar cuestiones como el ritmo, la atención, entre otras.

En base a lo mencionado, se pretenderá responder a las preguntas que a continuación se formulan.

1.1.1 Pregunta general

- ¿Cuál es el conocimiento de los profesores sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?

1.1.2 Preguntas específicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesores sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?

- ¿Cuál es la percepción de los profesores sobre la musicoterapia como estrategia de aprendizaje en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?

-¿Cuál es la actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?

1.2. ANTECEDENTES:

1.2.1. Nacionales.

Para Tapia, J. y sus colaboradoras, en su tesis de titulación de segunda especialidad en educación inicial por la UNE, titulada; la educación musical y la expresión oral en los estudiantes de 5 años de la Institución Educativa n° 3094 – Wiliam Fullbright, UGEL 2, del Distrito de Independencia, en el año 2015; refieren que el estudio tiene como **objetivo:** determinar la relación que existe entre la educación musical y la expresión oral en los estudiantes de 5 años de la Institución Educativa N° 3094 – Wiliam Fullbright, Ugel 2, distrito de Independencia, 2015. **Método:** investigación de diseño descriptivo correlacional con una muestra de 147 niños, a quienes se les aplicó dos instrumentos, una lista de cotejo para medir la variable educación musical y otra lista de cotejo para la expresión oral, las cuales nos permitieron recoger la información y medir las variables para efectuar las correlaciones y comparaciones correspondientes, luego del análisis de los resultados; al efectuar la correlación entre las variables, se **concluye:** Con un 95% de confianza y un margen de error del 5% se halló que: Existe relación significativa entre la educación musical y la expresión oral en los estudiantes de 5 años de la Institución Educativa N° 3094 – Wiliam Fullbright, Ugel 2, distrito de Independencia, 2015 ($p < 0.05$ y Rho de Spearman = 0.821, siendo una correlación positiva media, con un 40% de varianza compartida).

1.2.2. Internacionales.

Para Santos, J., en el año 2017, realizó una tesis para optar el grado en Educación primaria en la Universidad de Valladolid, Facultad de Educación de Segovia, en España, con título: La educación musical en los niños con TDAH,

refiere que el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)

Objetivo: Descubrir la Educación Musical como herramienta en la etapa de primaria para la mejora de los síntomas de los alumnos con TDAH. **Diseño:** La propuesta está diseñada para desarrollarse con la clase de 5º de primaria del centro Fray Juan de la Cruz de Segovia al que acude nuestro alumno. Las sesiones se acogen al método de trabajo y a la organización que la maestra de Educación Musical emplea en sus clases, y han sido supervisadas por la misma, asegurándonos así su implementación en el desarrollo habitual de las clases de música durante los meses de abril y mayo. **Resultados:** Se pudo observar una disminución de la desatención de nuestro alumno, consiguiendo en las últimas sesiones una concentración adecuada para el seguimiento de las actividades, en ocasiones comparable a la del resto de alumnos sin problemas atencionales. **Conclusiones:** Podemos decir entonces que la Educación Musical se muestra como un buen medio para mejorar las relaciones sociales entre el alumnado, gracias a sus numerosas actividades en las que los alumnos deben trabajar en equipo y colaborar; dialogando, consensuando y repartiendo diferentes roles para superar satisfactoriamente las tareas que se propongan

Para Muñoz, M., en su estudio realizado en la Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social, en España, el año 2017, con título: Programa de intervención para alumnos con TDAH: educación emocional a través de la música, en donde hace referencia que su Trabajo de Fin de Grado tuvo como **objetivo**, analizar la importancia de la educación emocional a través de la música en el alumnado con Necesidades Educativas Especiales. **Métodos:** Estudio cuasiesperimental prospectivo, cualitativo, cuya muestra fueron los alumnos se encuentran escolarizados en el C.E.I.P. “Francisco Pino” ubicado en una zona

urbana, dentro del barrio Parquesol. El centro cuenta con 388 alumnos en total con una media por aula de 22 incluidos ACNEE. **Resultados:** En el caso de la música como conductora para trabajar las emociones, después haber profundizado más en su estudio para este trabajo, he podido advertir que aparte de estimular la creatividad y fomentar la expresión y el bienestar emocional de los niños con TDAH y de las personas en general, también contribuye al desarrollo las habilidades cognitivas y de los valores humanos. **Conclusiones:** el conocimiento emocional por parte del profesor es básico para el aprendizaje y el desarrollo de estas capacidades en los alumnos, puesto que el profesor es considerado el modelo a través del cual el alumno aprende a razonar, expresar, y regular todas las incidencias y frustraciones que transcurren durante el proceso de enseñanza-aprendizaje en el aula.

Tal y como refiere Miranzo-León, S., en su Tesis titulada: Musicoterapia en el aula de educación infantil con niños con NEE y publicada en el año 2015 en Ecuador, menciona que en este trabajo final de grado tuvo como **objetivo** , diseñar una propuesta de intervención para estimular y tratar las diferentes necesidades educativas especiales del aula, a través de la música. **Métodos:** Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de tipo cualitativo, en donde se centra en los efectos de la musicoterapia educativa para niños que presentan NEE, planteando una propuesta concreta de intervención, con actividades pedagógicas que estimulen los sentidos del alumnado en general y del que presenta dificultades en particular. **Resultados:** Existen diferentes métodos musicales para estimular y aprender música, y también para poder ser usados en musicoterapia y aprender a través de la misma. **Conclusiones:** No existe un método mejor que otro, sin embargo es importante conocerlos y utilizar de cada uno lo que más interese para realizar sesiones de

musicoterapia, dependiendo de los objetivos planteados, de los niños que tenemos y de la metodología planteada para la consecución de dichos objetivos.

Según Pérez, L., en la ciudad de México, en el año 2015, realizó un estudio titulado: La musicoterapia como método de intervención para los problemas de atención, ansiedad e impulsividad en niños con TDA-H, en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales - Licenciatura en Psicología de la UNICACH. El **objetivo** del presente trabajo de investigación es determinar si existe reducción significativa de los niveles de ansiedad e hiperactividad y aumento de la atención, eficacia, concentración e inteligencia en niños con síntomas de TDA-H, al ser intervenidos mediante la utilización de un programa de musicoterapia; además, proponer un programa de Musicoterapia dirigido a los niños en edad escolar con TDA-H y problemas de conducta que asisten a la clínica de atención psicológica de la UNICACH, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. **Métodos:** El trabajo se realiza desde una aproximación cuantitativa, la cual considera la realización de una hipótesis de investigación que constituye el inicio del proceso de investigación, la recolección de datos a través de diversos instrumentos que permitirán después de un análisis estadístico la comprobación o negación de esta. El estudio sigue un diseño que considera la aplicación de un programa de intervención en escolares de primaria con TDA-H, mediante un diseño en que se realizará un pretest – tratamiento - postest, con grupo control y experimental. **Resultados:** Los resultados indican mejora en el grupo de estudio, en la atención y concentración, niveles de ansiedad, hiperactividad/impulsividad, procesos complejos que suponen la selección de estímulos orientado hacia un resultado; en la memoria y aprendizaje visual, así como en la percepción global de estímulos visuales, la inteligencia y la creatividad. Lo anterior, señala que las actividades de musicoterapia, resultan altamente

significativas para desarrollar tareas complejas como las citadas. **Conclusión:** En definitiva el programa de intervención incide en la mejora de la atención y la disminución de la hiperactividad en los niños; y aunque los resultados son alentadores deberá continuarse este tipo de esfuerzos con un número mayor de casos para probar sus significancia estadística.

Acebes de Pablo, A. publicó su trabajo de fin de grado de la Universidad de Valladolid, Facultad de Educación de Segovia, en España, en el año 2014, titulado: Propuesta de intervención para el tratamiento de niños con TDAH a través de la Educación Musical y la Musicoterapia, en donde tuvo como **objetivo:** el de conocer y aplicar técnicas básicas de musicoterapia como herramientas útiles para la Educación Musical en el ámbito de la educación primaria. **Método:** Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de tipo cualitativo cuya propuesta está diseñada para ser aplicada en un Colegio de Educación Infantil y Primaria de dos líneas. Hay dos niños en tercero de primaria (uno en cada línea) que van a ser objeto de estudio, cuyas características son las siguientes: - Sujeto 1: está diagnosticado de TDAH, pero nunca se ha considerado la necesidad de tratarle con medicación farmacológica. Reúne los síntomas propios del trastorno y se acentúan en el ámbito de la impulsividad. - Sujeto 2: está diagnosticado de TDAH y ha estado medicado durante algunos meses. Le ha sido retirada la medicación y vuelve a mostrar los síntomas propios del trastorno, que se acentúan en el ámbito de la falta de atención y concentración. **Resultados:** Los resultados son positivos. En este caso los ítems son más concretos y están adaptados a las actividades que hemos ido realizando en cada sesión, por lo que se puede valorar con mejor criterio si se han cumplido los objetivos que se pretendían alcanzar. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los enunciados han sido puntuados con valor de 4 o 5 (lo descrito

ocurre en muchas ocasiones o siempre) en función de cómo han respondido los niños al desarrollo de la propuesta, podríamos afirmar que se han cumplido los objetivos, orientados a la mejora de cada conjunto de síntomas propios del TDAH.

Conclusión: Esta disciplina entra en juego en el momento en que el objetivo que se plantea es terapéutico, y muchas veces su aplicación se ve limitada por no poder disponer de horas dedicadas explícitamente a este tipo de terapia. Sin embargo, en este caso se ha integrado en el aula de tal forma que suponga el apoyo educativo y terapéutico que los niños con TDAH necesitan. Se ha logrado por tanto una inclusión total de este tipo de alumnos en el desarrollo habitual de las clases de música.

Tal como infiere Robledo-López, A. en su tesis titulada: Pautas educativas y técnicas de intervención para docentes con alumnos que padecen TDAH en Educación Primaria, publicada el 2014 en el Ecuador, hacen referencia en su **objetivo:** que fue investigar el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con el fin de ofrecer pautas y orientaciones a los docentes que desarrollen su labor educativa con alumnos con este tipo de necesidades educativas especiales. **Métodos:** Es de tipo descriptivo, prospectivo, en donde se incluirá una evaluación de entrevistas personales, cuestionarios, técnicas de observación y escalas de evaluación de la conducta realizados por los padres, profesores y otros cuidadores del niño. **Resultado:** El TDAH se caracteriza por un decremento en la atención y un comportamiento hiperactivo e impulsivo. Así, los niños que padecen este trastorno presentan alteraciones en procesos cognitivos, conductuales y emocionales que dificultan su adaptación social. El tratamiento del TDAH incluye intervenciones farmacológicas, psicosociales y educativas. En un intento de facilitar la labor docente, se proponen, por un lado, una serie de pautas

educativas centradas en las áreas afectadas en los alumnos con TDAH (atención, autoestima, impulsividad, hiperactividad y sociabilidad) y, por otro lado, pautas educativas y actividades centradas en las áreas de aprendizaje afectadas: escritura, lectura y matemáticas. **Conclusiones:** EL TDAH es un trastorno que aunque no conlleva dificultades en el aprendizaje, puede generar dificultades debido a sus características fundamentales. Conviene estar atentos a los signos de alarma para poder detectar cuanto antes el trastorno y comenzar así la intervención, intentando solventar de la manera más rápida y beneficiosa posible las dificultades ocasionadas.

Según los autores Valdés, B.; Moreno, Y.; Núñez, P., en el año 2012, y publicado en el X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, con título Música terapia en niños con Trastorno por déficit de atención con Hiperkinesia. El **objetivo** fue Desarrollar la comprensión, habilidad de concentrarse y el comportamiento social en un grupo de niños de 8 a 11 años de edad con trastorno por déficit de atención con hiperquinesia. **Métodos:** Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva y transversal de un grupo de niños con edad comprendida de 8 a 11 años con trastorno por déficit de Atención con hiperquinesia (TDAH), en todos los niños atendidos con Déficit de atención con hiperquinesia en el Centro de Salud Mental de Guanabacoa. **Resultados:** Dificultades: Incapacidad para escuchar o interpretar una pieza musical completa, Incapacidad para mantener un patrón rítmico o melódico predeterminado, dificultades para participar en creaciones o interpretaciones de grupo, problemas en la reproducción de ritmos o melodías estructuradas. Logros: Mejoría en la interacción social, Mejoría en el rendimiento escolar, mejoría en la concentración, mejoría en el acatamiento de autoridad (disminución de la frustración y resistencia), mejoría de la autoestima y

disminución del uso de medicación. **Conclusiones:** Aumento del auto control y disminución de la impulsividad, mejoría en la atención, rendimiento escolar, mejoría de la autoestima superando las frustraciones.

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo general

Determinar el conocimiento de los profesores sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.

1.3.2 Objetivos específicas

-Determinar el nivel de conocimiento de los profesores respecto a la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.

- Determinar la percepción de los profesores sobre la musicoterapia como estrategia de aprendizaje en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.

-Determinar la actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

La importancia de la música en el proceso educativo se viene usando de manera aislada y solo con el objeto de distraer y dar a conocer aspectos de algún tema referencial, abarcando a todos los niveles de enseñanza, desde el preescolar a la superior, pasando a integrar áreas disciplinarias con competencias de desarrollar capacidades de expresión y comunicación, además de mejorar la atención y concentración, desarrollar la imaginación creativa y sensibilizar a una actividad lúdica, asegurando a los niños con trastorno déficit de atención con hiperactividad, condiciones adecuadas para su desarrollo y pleno uso de sus capacidades, mejorando así sus niveles de aprendizaje escolar.

1.5. HIPÓTESIS

El presente estudio carece de hipótesis por ser de tipo descriptivo simple.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. El trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

En este capítulo se desarrollará lo que se refiere a la evolución del concepto de TDAH, las causas, las características, las implicaciones pedagógicas, así como las alternativas de intervención que pueden ser implementadas. La musicoterapia se aborda como una de las formas de intervenir en esta patología.

2.1.1.1. Perspectiva histórica

El TDAH es una temática que, aunque no es reciente, sigue siendo objeto de gran estudio y controversia. Aunque en los últimos años, las proporciones de TDAH han aumentado considerablemente, este es un concepto descrito por primera vez en 1902 por George Still. Este médico inglés describió un conjunto de niños, cuyo comportamiento se asemeja, predominando el déficit de atención y el exceso de actividad. En ese momento, Still, creía que este comportamiento no era causa de una mala educación, contribuyendo así a un aumento del interés y de la investigación sobre esta perturbación.

Dos décadas después, médicos estadounidenses estudiaron niños que tenían en común el hecho de sobrevivir a la pandemia de encefalitis ocurrida. Estos niños presentaban un conjunto de comportamientos similares a los descritos por Still, siendo limitados en su atención, en la regulación de las actividades y en la impulsividad, así como en otras capacidades cognitivas. Este hecho originó la designación de niños con "trastornos de comportamiento posencefalítico" (Barkley, 2008: 17) resultantes de una lesión cerebral. En la mayoría de los casos, los niños

no presentaban estas lesiones a pesar de denotar un funcionamiento cerebral inadecuado, siendo por lo tanto la expresión aligerada para disfunción cerebral mínima (Lopes, 2004), que el trastorno parecía estar en el cerebro desencadenaba designaciones relativas a una disfunción cerebral, .

En los años 50 y 60, una serie de cambios al nombre surgieron y la TDAH pasó a ser tema de gran controversia e interés. Se plantea la designación de lesión cerebral o lesión cerebral mínima para la perturbación que incluye la hiperquinesia, la falta de atención, la impulsividad y el retraso escolar, que rápidamente fue contestado debido a su dudoso grado de validez.

En los años 60, Chess (cit. Por Lourenço, 2009) enfocó el exceso de actividad como el principal síntoma de la enfermedad y retiró a los padres la culpa de los problemas de los hijos, separando los conceptos de perturbación de hiperactividad y perturbación de lesión cerebral .

Según Lopes (2004), en la década del 70 se produjo una explosión en el número de estudios sobre la TDAH. La hiperactividad deja de ser el factor esencial de la perturbación. El trabajo de Virginia Douglas, psicóloga canadiense, fue fundamental para este cambio, y sus innumerables investigaciones ponen de relieve la importancia del déficit de atención e impulsividad. Los años 70 fueron también un importante hito en lo que concierne a los diferentes tipos de terapias, variando entre las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en el aula y las terapias medicamentosas, generalmente más rápidas y eficaces. La administración de medicamentos, que pudieran calmar a los niños y que tenían efectos positivos en el funcionamiento del cerebro, se estudió en esta década y los efectos del

metilfenidato, más comúnmente conocido como Ritalina, se compararon con diversas intervenciones en las más variadas áreas del mismo, desarrollo.

En la década de los 80, la década de los 80 constituyó "una auténtica edad de oro", no sólo por la cantidad, sino sobre todo por la calidad de los trabajos efectuados y por los importantes progresos en la metodología de investigación, etiología, en los instrumentos de evaluación, así como en los modelos de gestión conductual. La década del 90 fue la década de todas las decisiones y de intensa investigación. El DSM-III (APA, 1980, cit.por Lopes, 2004) presenta nuevos criterios de diagnóstico basados en las investigaciones realizadas en los años anteriores. Los síntomas se presentan en una lista detallada de comprobación de comportamientos. Se crean algunos subtipos de esta perturbación: THDA con Hiperactividad; THDA sin Hiperactividad; y THDA residual que constituye un subtipo con contornos poco definidos.

En 1994, la Asociación Americana de Psiquiatría publicó el DSM-IV cuya revisión fue realizada en 2000 dando origen al DSM-IV-TR. En esta actualización, la clasificación de THDA se divide en dos subtipos básicos y en una combinación de ambos: Perturbación de Hiperactividad con Déficit de Atención, tipo mixto; Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, tipo predominantemente desatento y Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo. Este manual define la TDAH como "un patrón persistente de falta de atención y / o impulsividad hiperactividad, con una intensidad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en los sujetos con un nivel similar de desarrollo ". (APA 2006: 85). También busca exigir que los síntomas se verifiquen en por lo menos dos contextos alterando así las estimaciones de prevalencia del disturbo y acercar la perspectiva americana de la

perspica europea. Según Sosin & Sosin (2006), la TDAH es un trastorno genético del foro neurobiológico que se hace evidente en la primera infancia y que normalmente continúa manifestándose a lo largo de la vida de la persona que padece. Se manifiesta entre una variedad de situaciones que exceden su capacidad de prestar atención, restringir movimientos, inhibir impulsos y regular el comportamiento mismo en lo que se refiere a las reglas. En estos niños se verifica, por lo tanto, un trastorno de desarrollo del autocontrol que consiste en problemas con los períodos de atención, con el control de impulso y con el nivel de actividad (Falardeau, 1997). En consecuencia, este trastorno se reflejará en las voluntades de los niños y en su capacidad de controlar su propio comportamiento, no perspicando futuros objetivos o consecuencias a través de los cuales todos los individuos preparan su futuro próximo y lejano.

De acuerdo con Barkley (2006), actualmente, la TDAH es reconocida como una perturbación universal con una creciente aceptación, tanto en cuanto a su existencia, como en lo que se refiere a su estatuto, como condición crónica e incapacitante. De esta forma, la utilización de la misma terminología, criterios de diagnóstico y protocolos de tratamiento, permiten a los niños con TDAH ya sus familias el beneficio de la inmensa información realizada mundialmente.

2.1.1.2 Definición del TDAH

El TDAH es un trastorno de difícil definición y diagnóstico. La terminología por la cual es designada también varía de acuerdo con los autores, a veces referida como un comportamiento, como una característica o incluso como un disturbio (Fonseca, 1998).

Muchas veces, los resultados encontrados en los diferentes estudios son confusos e inconclusos, ya que el gran número de características y causas atribuidas a la TDAH constituye un gran obstáculo a su definición.

Sin embargo, las características que los niños con TDAH presentan parecen ser de sentido común y de orden consensual, denominadas muchas veces como tríada: déficit de atención muy acentuada, agitación motora excesiva o hiperactividad o hasta la respuesta casi innata a las situaciones sin pensar en las consecuencias, también denominada muchas veces por impulsividad. Así Barkley defiende que, "los niños TDAH (a) atención, (b) hiperactividad y (c) impulsividad", constituyendo la "santísima trinidad del disturbo" (1990, cit., por Lopes, 2004).

El DSM-IV-TR, publicado en 2002 por la Asociación Americana de Psiquiatría, es responsable de la generalización de la "Déficit de Atención e Hiperactividad" TDAH, en referencia a las personas con trastornos del comportamiento disruptivo y déficit la atención caracterizada por "patrón persistente de falta de atención y / o impulsividad-hiperactividad, con una intensidad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en los sujetos con un nivel semejante de desarrollo" (p.85).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, caracteriza el Disturbio Hiperkinético por la falta de perseverancia en las actividades que exigen una implicación cognitiva y una tendencia a pasar de una actividad a otra sin terminar ninguna, asociadas a una actividad global desorganizada, descoordinada y excesiva. Por lo tanto, subraya tres particularidades esenciales: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

2.1.1.3. Déficit de atención

El déficit de atención es quizás el más importante y más referido síntoma de la TDAH. Son varios los estudios que demuestran que el hecho de que el niño no pueda estar sentada y concentrada en desarrollar determinada tarea es, muchas veces, lo que interfiere con la atención selectiva, con el rendimiento escolar y con las relaciones interpersonales. Un niño con esta perturbación dispersa su atención muy fácilmente, por lo que incluso haciendo un esfuerzo consciente para concentrarse y prestar atención, la perturbación está fuera de su control y se desvanece. Esta dificultad en estar atento puede estar presente durante actividades lúdicas (cambiar frecuencia de juguetes o tener juegos más cortos que los otros niños), pero se agrava durante la realización de tareas repetitivas o que exigen altos niveles de atención (Lopes, 2004). Así, las características más comunes asociadas a la falta de atención son:

- "Díjate fácilmente; se olvida con frecuencia; siempre está perdiendo cosas; parece estar siempre muy atareado; siempre está posponiendo (aplanamiento); es desolado; tiene dificultad en ejecutar una tarea desde el principio hasta el final; tiene muchos proyectos inacabados; detesta papelada; tiene dificultad para mantenerse sentado; es difícil concentrarse durante comunicaciones o reuniones, "(Sosin, 2006: 7)
- Es muy probable que en situaciones escolares el déficit de atención se manifieste, incluso porque el niño se deja llevar por estímulos poco relevantes, interrumpiendo con frecuencia las actividades que debería desarrollar y tardando más tiempo en retomarlas. Es probable que tenga dificultades para prestar atención a los detalles, que se equivocan repetidamente y que no puede gestionar su tiempo.

- Aunque el ambiente escolar no es el mejor medio donde se pueda evaluar este tipo de comportamientos, los niños con déficit de atención acaban por revelar un lado positivo: son creativos, inteligentes y logran desarrollar nuevas actividades e ideas y crear nuevos descubrimientos e invenciones.
- El profesor tiene un papel de gran responsabilidad en estos casos, porque está en sus manos ayudar al alumno para que éste pueda con trabajo arduo alcanzar sus objetivos, sacando el máximo provecho de la vida y de sus capacidades.
- El déficit de atención puede también llevar al niño a un desánimo y falta de autoestima, estando sus relaciones sociales gravemente comprometidas, ya que difícilmente conseguirá meter a sus amigos, teniendo en cuenta el hecho de no poder estar atento a lo que otros dicen y de no puede cumplir las reglas en la práctica de los juegos.

2.1.1.4. Hiperactividad

Inicialmente, la hiperactividad era encarada como el rasgo distintivo de esta tríada, siendo que los más tranquilos que presentaban todas las señales acababan por pasar desapercibidos.

En el momento en que los niños no eran los que necesitaban atención. Los niños con hiperactividad, tienen dificultad en absorberse en una sola cosa y se impacientan al mismo tiempo al cabo de unos minutos alrededor de una sola tarea. Pueden incluso prestar atención a actividades y cosas de su agrado. Pero cuando se trata de organizar, estar atentas a una tarea o aprender algo nuevo, manifiestan una gran dificultad, distrayéndose fácilmente con cualquier estímulo exterior.

Movimientos a menudo las manos y los pies, sobre todo cuando están sentados; se levantan dentro del aula, así como en otras situaciones en las que se espera que estén sentados; corren o saltan excesivamente en una situación que es inadecuada hacerlo; tienen dificultades para dedicarse tranquilamente a un juego; actúan como si estuvieran ligados a un motor y hablan en exceso.

Para Barkley (2006) los niños con hiperactividad presentan, normalmente, niveles excesivos de actividad motora o oral, que se manifiestan por la inquietud, nerviosismo, movimientos groseros e innecesarios para la tarea y, a veces, desproporcionados y expropiados. La hiperactividad, como ya se ha mencionado, se manifiesta a través de una actividad corporal excesiva y desorganizada que, con frecuencia, no tiene un objetivo concreto. El niño tiene dificultades al nivel de motricidad gruesa (por ejemplo, dificultades de coordinación visual - manual) y con cierta frecuencia se observan movimientos involuntarios de dedos que interfieren en la realización de ciertas tareas. La hiperactividad puede persistir a lo largo de la vida de un individuo. En la edad preescolar y escolar estos niños tienen dificultades en estar quietos o de oír a alguien contar una historia. En casa, se levantan de la mesa antes de terminar la comida, durante la visualización de películas o dibujos animados. En la adolescencia y en la edad adulta, la hiperactividad se manifiesta por inquietud y dificultad en mantener tareas tranquilas (APA, 2002). El adulto hiperactivo tiende a desesperarse en las filas de tránsito, no puede permanecer sentado en las salas de espera y tener dificultades para estar en el mismo sitio durante mucho tiempo. Es necesario mantener presente la idea de que "la actividad motora excesiva es un patrón de respuesta automática que el niño no puede controlar en su totalidad." (Sosin, 2006: 46), para que se pueda manejar con estas

personas de la mejor forma posible, sobre todo en una actitud abierta y de comprensión.

2.1.1.5. Impulsividad

Lopes (2004) defiende que "La desinhibición conductual constituye una incapacidad de control personal en respuesta a las exigencias de la situación. El fracaso en la inhibición de comportamientos ha recibido en la literatura la denominación de impulsividad "(p 81).

Para Isabel Vilar (2002), la impulsividad en un niño con TDAH surge de forma inmadura e inadecuada, ya que no tiene capacidad suficiente para reflejar o madurez para analizar eficazmente una situación real o imaginaria.

La impulsividad tiene manifestaciones a nivel no sólo emocional, sino también cognitivo. La falta de control emocional hace que el niño la actúe sin reflexionar en una búsqueda inmediata de satisfacción del deseo, no evaluando las consecuencias de sus actos. Con baja tolerancia a la frustración, desarrolla la mayoría de las veces manifestaciones de irritabilidad, debido a tensiones creadas por los comportamientos imprevisibles. A nivel cognitivo, esta perturbación afecta sobre todo al desempeño escolar, dado que lleva al niño a responder a los estímulos sin pensar. Así, puede por lo tanto presentar dificultades en tareas más complejas tales como la lectura, la escritura y hasta las matemáticas. La impulsividad es una de las características psicológicas más importantes de la edad preescolar que es sustituida progresivamente por un mayor control de los impulsos y por una creciente capacidad de reflexión sobre las diferentes situaciones (Cruz, 1987, Sonuga-Barke, 1988, por Lopes, 2004)). Así, los niños impulsivos son considerados menos socializados, menos competentes a lidiar con los impulsos agresivos, incapaces de

inhibir impulsos motores y de resistir a la tentación (Cruz, 1987, por Lopes, 2004). La conducta impulsiva constituye uno de los aspectos preponderantes en los niños con THDA, observándose una tendencia a la satisfacción inmediata de sus deseos y poca tolerancia a la frustración. La impulsividad se refleja en la incapacidad de controlar sus emociones y su comportamiento. Los niños no pueden parar para pensar en sus actos, lo que puede ser decisivo en su supervivencia, por la incapacidad de volver atrás. Este niño puede volverse incómodo para profesores y colegas al interrumpir las conversaciones, al dar empujones en la cola de espera en el comedor y, cuando es contrariada, puede irritarse. La impulsividad forma parte de su naturaleza y muchas veces se sorprenden cuando les dicen que están haciendo algo mal.

Según Sosin (2006) la impulsividad se caracteriza por los siguientes aspectos:

"Actuar sin pensar; saltar de una actividad a otra; desafiar o disuadir, interrumpiendo las conversaciones; tener dificultad en esperar a su vez; expresar sentimientos o ideas sin pensar - puede ser considerado brutalidad, falta de tacto o incluso insensibilidad; tomar decisiones, incluyendo decisiones importantes, sin prever o pensar en las consecuencias; actuar con osadía, sin miedo o en busca de emociones fuertes - adoptando comportamientos peligrosos sin reconocer necesidad de tener cautela; repetir comportamientos problemáticos - sin aprender de las experiencias anteriores; al alinearse en nuevas experiencias sin leer primero las instrucciones ni verificar las indicaciones." (p.37)

Aunque la palabra "impulsividad" tiene connotaciones negativas, puede también estar asociada a la "creatividad", "espontaneidad" e "intuición". Este lado positivo sólo se descubre muchas veces, después de la salida de la escuela. Un pensamiento

creativo, la capacidad de tomar decisiones rápidas surge espontáneamente, no es planeado. Según Gardner, (1983, cit. Por Sosin, 2006), la creatividad es uno de los muchos tipos de inteligencia que pueden ser demostrados por una persona.

2.1.2. Etiología

Son varios los modelos creados que intentan explicar las principales causas de la aparición de la TDAH en el niño. Sin embargo, como no es fácil obtener consenso en cuanto a la definición y caracterización del trastorno, tampoco es fácil definir su etiología.

A pesar de las muchas investigaciones realizadas, Lopes (2004) nos dice incluso que las causas de la TDAH son todavía "desconocidas". Aún hoy, uno de los grandes desafíos que se plantean tanto a profesionales que trabajan con niños hiperactivos, como a padres que tienen hijos con este tipo de disturbios es el de determinar el origen de la hiperactividad. A pesar de tratarse de un trastorno frecuente en la infancia y que ha sido objeto de estudio de muchos médicos y psicólogos, las causas que conducen al origen de la TDAH no revelan datos precisos y concluyentes de identificación de los factores que determinan esta perturbación. Sin embargo, es consensual que existe una multiplicidad de factores que ejercen sus propios efectos y que interactúan entre sí, llevando a comportamientos hiperactivos (García, 2001).

En los últimos 30 años, han sido varios los esfuerzos para desarrollar nuevos métodos y técnicas de estudio de esta perturbación. Sin embargo, aún no existe consenso en cuanto al conocimiento con exactitud sobre lo que desencadena la

hiperactividad. Sin embargo, es de reiterar que un solo factor no origina hiperactividad, siendo necesario un conjunto de factores para determinar el origen de la TDAH.

Varios autores señalan como principal causa de la TDAH problemas neurobiológicos e indican otros factores que también pueden influir en su surgimiento, en particular la influencia del medio ambiente prenatal y las complicaciones surgidas durante el embarazo, el consumo de tabaco, alcohol y estrés de la madre embarazada (en el caso de las mujeres). Además de estos factores, estudios demuestran que también pueden tener un componente hereditario, pasando de generación en generación sin haber sido detectados (Phelan, 2005). Otros factores surgen como potenciales causantes para la aparición de este trastorno, como el nivel socioeconómico, la situación familiar y las características del trabajo de los padres se relacionan con los problemas de conducta presentados por los niños. A pesar de la diversa investigación hecha para entender cuál es la causa principal, aún no ha sido posible identificar un origen específico por lo que podrá tener varias posibles causas dependiendo de cada individuo. Por lo tanto, hay múltiples factores que interactúan, conjuntamente a niveles distintos y con diferente intensidad, originando así a individuos con TDAH con síntomas variados y de difícil diagnóstico.

2.2.2.1 Factores genéticos

De todas las causas conocidas y estudiadas, la herencia o los factores genéticos van ganando notoriedad en relación a las restantes causas consideradas como posibles, considerándose como causa de importancia más reducida el ambiente en que el niño se encuentra.

La verdad es que, como nos dice Lopes (2004), desde hace mucho tiempo se sabe que los parientes biológicos de los niños que sufren de TDAH tienden a presentar más problemas que los parientes de los niños que no sufren de alguna perturbación. Entre los problemas se destacan: alcoholismo, problemas de conducta, hiperactividad y depresión.

Lopes (2004), sugiere una contribución expresiva de los estudios genéticos. Los numerosos estudios efectuados en familias con TDAH, mostraron un factor familiar significativo para esta perturbación. La herencia reverenciada es alta, superando el 70% en algunos de estos estudios, lo que apunta una fuerte influencia genética.

En la década de los 90 del siglo XX, surgieron estudios cuyos resultados se dirigen hacia el hecho de que existe un mecanismo neurológico enviado genéticamente que puede fomentar la perturbación. Por el contrario, el papel que desempeña la herencia de la TDAH, que no será causada por un solo gen, sino que, como afirma Selikowitz (2009), por un complejo conjunto «disturbio poligenético» (del griego poly, que significa «muchos») "(P. 141), no podemos olvidar que los genes de la TDAH son comunes en la población en general, heredados sin embargo en una forma extrema.

2.2.2.2. Factores Peri y Pre natales

Son pocos los artículos que refieren los factores prenatales y los peri natales como causa de la THDA. Estos factores ejercen muchas influencias en los trastornos de la educación infantil. Se destacan partos prematuros, bajo peso al nacer, insuficiencia respiratoria, consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo entre otros, que se revelan como las grandes causas que originan problemas en el comportamiento e hiperactividad.

En los últimos años, se ha utilizado mucho el método de observación de embarazadas para percibir hasta qué punto el período pre y peri-natal interfiere en el comportamiento. Varios observadores concluyeron que el alcohol es una de las causas de la hiperactividad. El tabaco está relacionado con el bajo peso y los problemas respiratorios y cardiovasculares. Sin embargo, nada es válido.

Aunque los factores prenatales y peri natales existen y se manifiestan, han sido para los factores externos los principales causantes de los problemas conductuales. Estas complicaciones más que, causas determinantes, se consideran factores de propensión, en el sentido que hacen al niño más vulnerable a la influencia negativa de otras variables ambientales, tales como las desventajas sociales y las dificultades familiares.

2.2.2.3. Factores ambientales y psicosociales

El origen de la TDAH a menudo se atribuye a factores sociales y familiares, pero más recientemente se llegó a la conclusión de que la actitud de los padres no tiene nada que ver con la aparición de esta perturbación. El clima familiar, los problemas graves de la pareja, el nivel socioeconómico, las condiciones de vida y de trabajo precarias de los padres, sus recursos materiales, así como los estilos educativos que los adultos adoptan, han sido estudiados y analizados, ya que influyen de forma significativa el comportamiento del niño, indudablemente perjudican al niño, haciéndola más vulnerable.

Algunos estudios muestran incluso que la situación económica y social de la familia se relaciona de forma directa con patrones de conducta complicados y observados en niños y adolescentes. Es común que los niños y adolescentes de niveles sociales más desfavorecidos presenten bajos resultados escolares,

comportamientos antisociales e incluso baja autoestima, lo que por sí solo no significa que explique la hiperactividad.

Sin embargo, los expertos están de acuerdo cuando afirman que las condiciones sociales no son las más determinantes, sino sus efectos psicológicos sobre la familia, los comportamientos y actitudes que adoptan. Aunque el estilo educativo parental y la desorganización familiar siguen siendo indicados como en la génesis de la hiperactividad, la verdad es que tales sospechas no son confirmadas por la literatura científica (Lopes, 2004). El autor agrega además que "estos factores constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de comportamientos disruptivos, como agresividad, oposición o desafío, pero no ciertamente para la aparición de la TDAH." (P. 144).

2.2.2.4. Diagnóstico

De acuerdo con el DSM-IV-TR, publicado por la APA (American Psychiatric Association), la lista de síntomas de la TDAH agrupa los síntomas de "Hiperactividad-impulsividad", pero también los síntomas de "desatención" (capítulo 1.4). Para el establecimiento de un diagnóstico, otro hecho relevante se relaciona con la necesidad de realizar el diagnóstico en contextos estructurados, especialmente en contexto de aula, ya que según Lopes (2003: 51) es en "ambientes altamente estructurados y orientados para la tarea, en que las exigencias curriculares, comportamentales y cognitivas son altamente acentuadas "que son visibles ciertos patrones de comportamiento que pueden no ser observados en un contexto clínico. Por lo tanto, a pesar de seguir considerándose como rasgos fundamentales la impulsividad, la hiperactividad y la desatención, la DSM-IV-TR destaca que deben realizarse períodos de observación más o menos prolongados en

contextos sociales, académicos o ocupacionales (Lopes, 2003). Para el diagnóstico de la TDAH también es necesario que los síntomas se verifiquen en por lo menos dos contextos diferenciados (ejemplo: casa y escuela), que estos síntomas se revelan antes de los siete años de edad y que existen pruebas de interferencia en el contexto social, académico o y que no deben resultar de un desorden de psíquico (Parker, 2003).

De acuerdo con el DSM-IV-TR, la presentación clínica de la TDAH comprende tres categorías principales de síntomas: desatención, impulsividad e hiperactividad. Así existen tres tipos de TDAH, de acuerdo con los síntomas presentados por el niño:

- predominantemente caracterizado por la desatención;
- predominantemente caracterizado por la hiperactividad - impulsividad;
- mixto.

La mayoría de los niños son del tipo predominantemente caracterizado por la hiperactividad - impulsividad y mixta y es probable que un tercio de los niños con TDAH sea del tipo predominantemente caracterizado por la desatención, no presentando síntomas de hiperactividad o de impulsividad (Parker, 2003). Los niños que presentan síntomas de desatención son aquellos que presentan mayores problemas de desempeño escolar, ya que tienden a centrar su atención en las actividades de su agrado, no siendo capaces de mantener la atención en las otras actividades que, según su perspectiva, no demuestran tanto interés. Los niños del tipo hiperactivo-impulsivo manifiestan mayores dificultades al nivel del comportamiento (Selikowitz, 2010). En cuanto a sus parejas, son niños mucho más

inquietos, teniendo dificultades para controlar sus emociones y comportamientos. Según Parker (2003), con el paso de los años estos niños tienden a calmar, en particular en el 1° y 2° CEB, a pesar de mantener una energía constante y de estar siempre listos para iniciar una nueva actividad cuando la anterior ya no les despierta interés.

2.2.2.5. Intervención Escolar

El registro del fracaso escolar de los niños con TDAH es una realidad siendo importante tomar las actitudes necesarias para que el niño alcance buenos resultados a nivel académico. La existencia de un niño con TDAH en el aula exige del profesor un mayor conocimiento de esta perturbación para posteriormente adecuar las estrategias en el contexto de aula. La distracción en estos niños es una de las características que el profesor tendrá que enfrentar en el día a día. El mantenimiento de su atención es necesario para que permanezca motivada, concentrada y tranquila en la realización de su trabajo mostrando así todo su potencial (Antunes, 2009). El profesor tendrá que cambiar el espacio de aula, teniendo en cuenta la ubicación de objetos o incluso la posición de los compañeros de la clase. La desorganización impera en una mesa y en el suelo alrededor del niño hiperactivo, teniendo que haber un trabajo inherente para el aprendizaje del mantenimiento de la organización en su espacio. Las estrategias del profesor para la disposición de los contenidos serán de mayor importancia ya que, una clase más viva, interesante, dada por un profesor que es buen comunicador, que use material más atractivo y que involucra a todos los alumnos en la búsqueda de soluciones a las cuestiones planteadas por contenidos que están abordando, hará más fácil el mantenimiento de la atención (Falardeau, 1997).

El trabajo a realizar en el aula tendrá que ser adecuado al niño siendo necesario realizar, posiblemente, alteraciones en la cantidad y duración de cada actividad. Los métodos de evaluación también deben ajustarse a sus características evitando resultados negativos que podrían superarse si se identifican las dificultades del niño y el mejor método de evaluación que se adapta a ella. La utilización de hábitos y el aprendizaje de métodos de estudio para la organización de los trabajos es una necesidad para los niños con TDAH. La existencia de tutores, ya sean los padres o compañeros de escuela, con el fin de ayudar en la organización de su trabajo y en el proceso de aprendizaje podrá ser positivo y dar mejores resultados a nivel académico (Barkley, 2008).

Ante un concepto de normalidad que los niños con TDAH entienden y que parece diferente para sus pares, las que poseen esta patología actúan por impulso originando un comportamiento desordenado incomodativo para quien con ella juega o busca encaminarla hacia la construcción del aprendizaje. Polis (2008: 31) decía que "andaba siempre confuso y sufría de baja autoestima, porque no sabía lo que estaba haciendo mal. En mi manera de ver, yo actuaba normalmente - era mi concepto de normalidad no el de las otras personas. Cualquier comportamiento que el niño demuestre en el aula, se le debe explicar que tiene una consecuencia que podrá traducirse en refuerzos positivos para el mantenimiento del comportamiento adecuado o en reprimendas que podrán comprender variadas formas. La altura apropiada para el uso de refuerzos positivos o de reprimendas es en el momento en que ocurrió, ya que estos niños no teniendo una noción del tiempo se olvidan fácilmente de lo que hicieron.

Para tratar de responder de la mejor manera a determinados comportamientos de los niños con TDAH, el profesor podrá recurrir la formación adicional o informarse en su agrupación sobre la existencia de formaciones que puedan ser útiles.

Según Barkley (2008), estas formaciones pueden ser una herramienta valiosa mostrando a los profesores diversas estrategias para intervenir de forma proactiva o de forma reactiva, propiciando un cambio de comportamiento. La intervención de forma proactiva permitirá al profesor manipular los eventos históricos para impedir la ocurrencia de comportamientos desafiantes. Alternativamente, las estrategias reactivas se traducen en la implementación de consecuencias después de un comportamiento ya realizado. La preferencia del profesor para incidir su atención en los comportamientos negativos, en detrimento de los positivos hará que el niño con TDAH sea siempre llamado a la atención en el aula y en el recreo, siendo castigada constantemente. Es normal que el niño con TDAH a lo largo de su crecimiento, pase por frustraciones con los trabajos de la escuela, por desilusiones, por problemas en hacer o mantener amigos, por oír comentarios de forma general negativos y por tener una vaga noción de que es diferente de todos los demás niños. Tales situaciones van a sacudir la autoestima del niño y harán que ésta construya un concepto desacerido de sí mismo no correspondiendo de todo a la realidad, ya que, estos alumnos podrán poseer varios talentos (Sosin & Sosin, 2006). La alteración de este sentimiento presupone un esfuerzo de todos los que están junto al niño y del propio niño para aumentar su autoestima y reformular su autoconcepto. Además de refuerzos positivos y elogios que pueden utilizarse para valorizar su trabajo y el comportamiento, es importante que entienda que su valor como persona no depende de su comportamiento y que ninguna persona va a gustar menos de ella a causa de ello. La intervención escolar tiene un papel extremadamente importante en el

desarrollo del estudiante con TDAH. La utilización de estrategias adecuadas le permitirá disminuir sus dificultades y evidenciar sus potencialidades para aumentar su éxito académico, tan difícil de alcanzar para algunos alumnos hiperactivos.

En síntesis, a través de este capítulo buscamos analizar sobre la TDAH, especialmente en lo que concierne a la evolución del concepto hasta la actualidad, a sus principales características ya las intervenciones que podrán ser utilizadas para ayudar a estos alumnos a controlar sus síntomas. Los síntomas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención (APA, 2002) que el niño no puede controlar de espontánea voluntad le traerá algunos desgracias a lo largo de su crecimiento. Normalmente se visualizan en su mayor expresión, en la escuela, ahí es donde los alumnos comenzar a tener un mayor número de reprensiones. Su problemática no les permite respetar las normas de un espacio como la escuela y el aula, dando lugar a comportamientos que pondrán a prueba a cualquier docente. Su falta de atención no permitirá la realización correcta de los trabajos, además de que, aliada a la impulsividad e hiperactividad tenemos un alumno inquieto, que incomoda a los colegas, que no puede esperar a su vez a responder a cualquier cuestión que no puede oír los colegas y que está constantemente hablando o distraído con una imagen, un objeto o un sonido que cautivó su atención. En consecuencia, estos comportamientos se traducirá en el fracaso escolar, en la constante reprensión del profesor y en su dificultad en hacer y mantener amigos. El impacto en su desarrollo personal también se sentirá traduciéndose en un erróneo conocimiento de sí mismo, en el aumento de la frustración y en el desarrollo de una autoestima baja. De acuerdo con lo que se ha comprobado, no hay cura para esta perturbación, sin embargo, hay formas de intervenir para amenizar las consecuencias de sus actos. Estas intervenciones pueden ayudar al estudiante a conocerse mejor ya controlar su

comportamiento para realizar las actividades como pretende, manteniendo una buena autoestima y buenas relaciones con sus colegas, padres y familiares más cercanos. La existencia de varias intervenciones permite a los especialistas, de acuerdo con la evaluación realizada del niño, elegir cuál o cuáles serán las más adecuadas. La intervención farmacológica, la intervención parental y la intervención escolar pueden ser utilizadas para ayudar al niño con TDAH. Dado que el alumno con TDAH pasa la mayor parte del tiempo en la escuela, en el aula, la intervención escolar se vuelve importante en este espacio y surge como necesaria para el apoyo de estos niños. Este tipo de intervención presupone que el docente se libere de todos los mitos que construyó en relación a la TDAH y se centra en el concepto de esta patología, en sus características, consecuencias y estrategias a utilizar en el aula para que este alumno consiga construir sus aprendizajes.

La TDAH es así una problemática donde una intervención adecuada depende totalmente de una rigurosa evaluación y diagnóstico. Sólo a partir de una evaluación de este tipo es que se puede partir para una intervención que apoye verdaderamente al alumno. Un estudiante bien apoyado y entendido conseguirá superar sus problemas y crecer construyendo sus aprendizajes activamente y constructivamente.

2.1.3. Musicoterapia: definición

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (1996):

"La musicoterapia es la utilización de la música y sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional cualificado, con un paciente o en grupo, en

un proceso para facilitar y promover la comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes para alcanzar necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas "

La musicoterapia busca desarrollar potenciales y / o restaurar funciones del individuo para que alcance una mejor calidad de vida, a través de prevención, rehabilitación o tratamiento (World Federation of Music Therapy).

La terapia utilizando la música como instrumento es tan antigua como la necesidad del hombre de aliviar o curar sus dolores, de alma y del cuerpo, pudiéndose incluso afirmar que es más antigua que la música como arte.

Queiroz, en el 2000, afirma que los registros en Grecia, India y China se refieren a la música como un elemento importante de la religación del hombre con la armonía, siendo estas las fuentes más importantes de cultura de la humanidad, al menos hasta donde va el análisis historia.

Los primeros registros sobre experiencias técnicas y prácticas con la Música se remontan a la Grecia Antigua con Pitágoras. Este autor hablaba del uso del sonido para ciertas finalidades, de curación física de transformación emocional o creación de un estado mental favorable a la conciencia elevada. La conexión armoniosa entre la música y el pensamiento humano, Pitágoras llamó "Armonía de las Esferas". La musicoterapia parece haber precedido a la música como arte, arte esta como expresión estética personal o social.

Actualmente la musicoterapia, como ciencia es más reciente, y su desarrollo fue más acentuado a partir de la segunda guerra mundial, donde en los hospitales utilizaban la música para la recuperación y rehabilitación de los heridos de guerra,

en Estados Unidos. A partir de ahí, varios investigadores se han centrado en la relación establecida entre el sonido y el ser humano, su dinámica y su efecto terapéutico. En Portugal, la Asociación Portuguesa de Musicoterapia se estableció en 1996.

2.1.3.1. Los objetivos de la Musicoterapia

La musicoterapia por sí sola es una terapia que tiene como objetivo fines terapéuticos, estableciendo una interacción entre el individuo, la música y el musicoterapeuta.

Según Wigram (2000), la musicoterapia tiene como objetivos esenciales la estimulación física y psicológica, la conciencia perceptiva, la expresión emocional, la capacidad comunicativa y cognitiva, el comportamiento social y las capacidades individuales. Estos objetivos están patentados en las orientaciones fundamentales de la musicoterapia: la orientación conductual, la psicodinámica y la humanística. La orientación comportamental utiliza la música como un refuerzo, como un medio de implementar, modificar o extinguir comportamientos, presumiendo de esta forma que se utilice como estímulo para modelar el comportamiento de los individuos. La orientación psicodinámica, recurre a la música para el tratamiento, rehabilitación, educación y entrenamiento de individuos que poseen desordenes físicos, mentales o emocionales. La música funciona como un elemento intermedio que necesita ser interpretado de forma consciente, para ser utilizado terapéuticamente. La orientación humanística utiliza la música como forma de improvisación creativa como objetivo para alcanzar respuestas musicales que desarrollen potencialidades expresivas y comunicativas que nos son innatas.

La musicoterapia con algunas modificaciones, puede ser también aplicable en otras situaciones clínicas, pues tiene en su principal campo de acción la psicología. Para Fregtman (1989) esta técnica terapéutica posibilita la movilización del flujo energético estancado liberando las emociones, los pensamientos, ideas, valores entre otros, flexibilizando o incluso desbloqueando las caparazones creadas en los individuos, pudiendo de esta forma liberar, expresar, reconocer, reestructurar e incluso se modifican a nivel de contenidos internos, involucrando capacidades sensoriomotoras, perceptivas y cognitivas, creando otras formas de comunicación.

La musicoterapia posee cuatro funciones fundamentales: sirve de estímulo para un mejor desarrollo motor y cognitivo, favorece la expresión de sentimientos, estimula el pensamiento y la reflexión sobre sí mismo, pudiendo llevar a la autorrealización personal y es un medio y, forma de comunicación que estimula las habilidades socio comunicativas y de interacción.

Además de lo que ya se ha descrito, la musicoterapia principalmente en niños autistas tiene otros objetivos como el de aumentar los canales de comunicación, ampliar la interacción con el mundo, intentar el contacto visual y táctil, disminuir la hiperactividad, promover la interacción de actividades antes rechazadas, facilitar la entrada de otros profesionales en el tratamiento y mejorar la calidad de vida del autista y de su familia.

2.1.4. La Musicoterapia en el Proceso Educativo de Niños con TDAH

"En terapia la música es un medio, en un fin." (Bañol, 1993)

El arte presenta una función básica en el área de la psicopedagogía, es decir, una tarea educativa y una vinculada al estudio psicológico de la producción del sonido,

y otra terapéutica que la educación especializada busca introducir a través de la reeducación.

A través de la investigación de la conducta musical de un niño, analizando su comportamiento espontáneo y la separación de sus rutinas, se hace más fácil la introducción de cualquier terapia. En este sentido, es posible utilizar una investigación en la prevención, por la mediación artística, de comportamientos inadaptados en niños con dificultades.

De una forma concreta, los educadores pueden utilizar lo que las personas producen, como un objeto de estudio para descubrir la forma más rápida para el proceso de desarrollo y desarrollo. Esta creatividad puede conducir a una experiencia cultural, posibilitando que ciertas personas excluidas tengan un espacio social, surgiendo así un reconocimiento de diferencias.

Según Bañol (1993), "la musicoterapia en la educación puede ser utilizada para mejorar el nivel de concentración, disminuir el cansancio y el estrés diario ". De esta forma, se entiende que todo lo que es acompañado con música caída grabado con más profundidad en el espíritu, permitiendo superar dificultades físicas, mentales y / o sociales.

Para muchos científicos, la terapia musical se considera como capaz de realizar verdaderas transformaciones en el estado de ánimo. Por ejemplo, el sonido del piano permite combatir la depresión y la melancolía; el del violín la inseguridad; mientras que los metales como la trompeta y el saxofón inspiran valor e impulsividad. Así, se defiende la realización de trabajos con musicoterapia en la escuela para reducir el cansancio fatiga la irritación, así como el mantenimiento de

la atención. Esta práctica puede ser complementada con otra terapia alternativa, a criterio de la sensibilidad y formación del terapeuta.

Los estudios sobre la influencia de la música en el comportamiento humano clasifican de los estilos de música: música sedante y estimulante. El estilo sedante comprende los compases lentos, con armonías simples y ligeras variaciones de la dinámica musical.

Se caracteriza por hacer suave la actividad física y aumentar la capacidad contemplativa del ser humano. El estilo estimulante se caracteriza por tiempos más rápidos, por armonías más complejas y cambios repentinos en la dinámica musical, lo que produce la sensación de aumento del estado de alerta y pre - dispuesta a la actividad motora y, consecuentemente, una mayor activación mental.

Así, Gastón (1968) realizó una encuesta en contexto de clase para verificar el efecto estimulante y sedante de la música. Para el efecto, utilizó la 9ª Sinfonía en Mi Menor, de A. Dvorák (del Nuevo Mundo) como música estimulante, y la Aria de la 4ª Corda de J. S. Bach como sedativa. Estos investigadores investigaron el hecho de que varios niños no prestar la debida atención a lo que se les enseña y, consecuentemente, no tener un buen rendimiento escolar presentando a menudo desajustes sociales. De este modo, se optó por la utilización de la música de fondo con el objetivo de aumentar el tono de los niños en contexto de clase.

Por otro lado, Del Campo (1997) estudió el desarrollo de las áreas corticales con representación sensorial y de la corteza auditiva dominante, y se propuso el contacto "orientado" del niño con la música, particularmente con la participación de tareas motoras, lo que favorece desarrollo de las áreas corticales sensoriales y frontales y promueve una mayor eficiencia en la planificación y ejecución de tareas.

Se concluye, así que a través de la musicoterapia, es posible obtener resultados al nivel de la alteración de comportamiento y del mantenimiento de la atención en niños hiperactivos. Sin embargo, es fundamental reconocer las características de cada niño, sus gustos y su reacción ante diferentes estímulos.

2.1.4.1. La musicoterapia en el proceso de inclusión

"El papel de la musicoterapia en las escuelas es la utilización fundamental de la música para alcanzar el progreso de los alumnos en las áreas académicas, sociales, motoras o del lenguaje. La musicoterapia para niños especiales se ocupa de comportamientos inadecuados o incapacidades y funciones, como un servicio integrado, un servicio de apoyo que ayuda al niño discapacitado a beneficiarse de la educación especial "(Alley, 1979, cit. Bruscia, 2000)

La musicoterapia es la utilización de la música y / o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía), por un musicoterapeuta calificado, con un cliente o grupo, en un proceso sistematizado para facilitar y promover la comunicación, la relación social, el aprendizaje, la movilización, la expresión, y la organización de procesos psíquicos u otros objetivos terapéuticos relevantes para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales. La musicoterapia pretende desarrollar el potencial y / o restaurar funciones del individuo para que alcance una mejor integración y consecuentemente una mejor calidad de vida, a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento (Federación Mundial de Musicoterapia, 1996). La musicoterapia tiene como principales objetivos, promover el bienestar, gestionar el estrés, aliviar el dolor, expresar sentimientos, mejorar la capacidad de memoria y consecuentemente la de aprendizaje, la adquisición de técnicas de

comunicación, promover la coordinación, promover la rehabilitación física y promover comportamientos sociales.

Para estos niños, la música es así la primera técnica de aproximación, ya que es el encuadramiento no verbal que permite a estos niños establecer canales de comunicación. Para que el trabajo con estos niños sea favorable es necesario crear estímulos que produzcan anamnesis del período embrionario que el niño se encuentra. Para Benezon (1981), el estado embrionario en que se encuentra estos niños se caracteriza por los comportamientos que ella tiene en defensa contra los miedos del mundo que la rodea y que para ella es desconocida. Los estudios demuestran que se vuelve beneficioso el recurso a estímulos musicales en el sentido de motivar a los niños autistas, ya que ésta produce respuestas efectivas, permitiendo que se involucren en actividades de socialización y desarrollo del lenguaje. La música puede también proporcionar un ambiente favorable al desarrollo de la curiosidad y del espíritu exploratorio, características fundamentales en el proceso de inclusión.

Por su carácter lúdico de la música y de su libre expresión, no presentan presiones y son una forma de aliviar y relajar al niño, contribuyendo al involucramiento social, despertando nociones de respeto y consideración por el otro y favoreciendo la cooperación y la comunicación (Padilha, 2008). Además, sirven como estímulo a la realización de movimientos específicos, contribuyen en la organización del pensamiento y abren espacio para otros aprendizajes.

2.1.4.2. El educador o profesor como musicoterapeuta

La música, el sonido, el ritmo, la melodía y la armonía son recursos terapéuticos muy antiguos. Desde Pitágoras a Platón que la música viene siendo cada vez más

incorporada a las prácticas alternativas y terapéuticas. Los musicoterapeutas creen que la técnica puede ayudar en el equilibrio y la salud física, mental, emocional y energética.

Cada ser humano es único tiene una experiencia física, emocional, mental y cognitiva, propia e individual. Su interacción con el universo sonoro envolvente, interna y externamente, amplía las posibilidades de expresarse, promoviendo un estado de mayor equilibrio consigo mismo y, consecuentemente, con el otro. La música y sus elementos constitutivos son altamente expresivos y cargados de significados individuales y colectivos. Siendo inherente al ser humano, el lenguaje rítmico-sonoro-musical es capaz de estimular y despertar emociones, reacciones, sensaciones y sentimientos.

La música ayuda en la expansión de las percepciones, proporcionando el contacto con áreas del psiquismo prácticamente olvidadas por la negación del sí mismo. Actúa desbloqueando y facilitando la emersión de contenidos psíquicos profundos, propiciando la expresión y la comunicación de los propios deseos y necesidades.

Terapeuticamente, la música hace que el niño exprese sus ansiedades, tensiones, deseos y alegrías. Entra en contacto directo con las emociones y sentimientos interiorizados que, muchas veces, están bloqueados por la inhibición, la ansiedad y la falta de estímulo.

El papel del musicoterapeuta es proporcionar un camino tranquilo para que el niño elabore sus limitaciones y descubra dentro de sí el ser sensible y traumático que es, ya que la técnica ayuda a equilibrar los ritmos interno y externo del SER.

El musicoterapeuta actúa evaluando el bienestar emocional, la salud física, el comportamiento social, las habilidades comunicativas y las funciones cognitivas a través de respuestas musicales, planifica estrategias individuales o colectivas, basadas en las necesidades del niño y utiliza como instrumento la improvisación, audición musical recta , composición de canciones, análisis lírico, música e imágenes.

El proceso de la musicoterapia puede desarrollarse de acuerdo con varios métodos. Algunos son recitados, cuando el musicoterapeuta toca música para el niño. Este tipo de estrategia normalmente se limita a niños con grandes dificultades motrices o en sólo una parte del tratamiento, con objetivos específicos. En la mayoría de los casos la musicoterapia es activa, o sea, el propio niño toca los instrumentos musicales, canta, baila o realiza otras actividades junto con el terapeuta.

La forma en que el musicoterapeuta interactúa con los niños depende de los objetivos del trabajo y de los métodos que utiliza. En algunos casos el tiempo dedicado a la terapia es grabado y el terapeuta realiza improvisaciones o composiciones sobre los temas presentados por el niño. Algunos musicoterapeutas intentan interpretar musicalmente la música producida durante la sesión. Otros prefieren métodos que utilizan sólo la improvisación sin la necesidad de interpretación. Los objetivos de la producción durante una sesión de musicoterapia son no musicales, por lo que no es necesario que el niño posea algún entrenamiento musical para que pueda participar de este tratamiento.

La actividad del educador o profesor como musicoterapeuta, puede sobrepasar las fronteras de la intervención clínica, posicionándose en proyectos de promoción

y mantenimiento de bienestar dirigidos a niños sanos o con necesidades educativas especiales. Recurriendo sólo a un sonido, a un ritmo, elegir una música conocida o preferida del niño, proporcionará momentos de interacción y comunicación. El educador o profesor, mientras que el dinamizador de la actividad pedagógica en el aula puede también diseñar espacios donde el niño tenga la posibilidad de desarrollar su música. Todo depende de la voluntad del niño y de los objetivos del docente.

2.2. TÉRMINOS BÁSICOS

- **Déficit de atención:** Los síntomas de falta de atención son probablemente los más difíciles de percibir en edades infantiles. Sin embargo, es posible que sea uno de los principales motivos de consulta entre los adultos con TDAH.
- **Hiperactividad:** Es todo comportamiento que se caracteriza por la actividad excesiva y fuera de lo normal. Se trata de un trastorno de la conducta infantil que lleva al niño a no poder quedarse quieto.
- **Impulsividad:** Es un estilo cognitivo, término usado en psicología. Es la predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias.
- **Intervención educativa:** Es un programa específico o un grupo de pasos para ayudar a un niño a mejorar en un área que necesite.
- **Musicoterapia:** Según La Federación Mundial de Musicoterapia, se refiere al uso de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía, armonía) realizado por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.
- **Proceso educativo:** Se basa en la transmisión de valores y saberes. Si esquematizamos el proceso de la manera más simple, encontraremos a una persona (que puede ser un docente, una autoridad, un padre de familia, etc.) que se encarga de transmitir dichos conocimientos a otra u otras.

- **Profesor:** Llamado docente o enseñante, es quien se dedica profesionalmente a la enseñanza, bien con carácter general, bien especializado en una determinada área de conocimiento, asignatura, disciplina académica, ciencia o arte.
- **TDAH:** Es un trastorno común que afecta la capacidad para permanecer concentrado, el autocontrol y otras habilidades importantes para la vida diaria. Es causado por diferencias en la anatomía y las conexiones del cerebro y frecuentemente lo presentan miembros de una misma familia.

III. MÉTODO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio fue del tipo descriptivo, corte transversal y diseño no experimental. Descriptivo porque se representó los hechos y fenómenos tal cual se observan; de corte transversal porque estudió las variables en un determinado espacio de tiempo y diseño no experimental porque es un estudio observacional que describió lo que existe en la realidad.

Este estudio será de tipo descriptivo, la cual permitió la descripción del conocimiento que tienen los profesores sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH del colegio “Nova Ingenieros School SAC”.

Así también, el método que se empleó en este estudio fue el hipotético deductivo, con un tratamiento de los datos y un enfoque cuantitativo.

El presente estudio correspondió a los diseños no experimental por que no se manipulan las variables, más aún, se realizó una observación directa de las variables de cómo estas se presentan en la realidad problemática.

Así también fue de corte transversal porque se realizó la recolección de los datos en un determinado momento de la realidad problemática, mediante un cuestionario a manera de encuestas anónimas.

3.2. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

La presente investigación se realizó en el colegio “Nova Ingenieros School SAC”, durante el período de Abril a diciembre del año 2018, para la obtención del título de licenciado en Tecnología Médica en la especialidad de Terapia de Lenguaje.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA/MEDICIÓN
CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES	Nivel de conocimientos relacionados a los niños con TDAH	Preguntas de la encuesta (anexo 2) Items del 1 al 10	Escala de Likers: - Conuerdo totalmente - Conuerdo - No conuerdo ni es desacuerdo - En desacuerdo - En desacuerdo totalmente
	Musicoterapia como estrategia de enseñanza	Preguntas de la encuesta (anexo 2) Items del 11 al 18	Escala de Likers: - Conuerdo totalmente - Conuerdo - No conuerdo ni es desacuerdo - En desacuerdo - En desacuerdo totalmente
	Actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativa	Preguntas de la encuesta (anexo 2) Items de 19 y 25	Escala de Likers: - Conuerdo totalmente - Conuerdo - No conuerdo ni es desacuerdo - En desacuerdo - En desacuerdo totalmente

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población.

La población estará constituida por todos los profesores del nivel primario de aquellos niños que asisten para atención de terapias de lenguaje en el colegio “Nova Ingenieros School SAC”, durante el período de Abril a diciembre de 2018.

Muestra.

La muestra será el total de la población por ser una población pequeña siendo constituida por 32 profesores de 32 niños con TDAH que acuden al colegio “Nova Ingenieros School SAC” y que cursan el nivel primario de educación básica regular.

Unidades de análisis.

La unidad de análisis es un profesor de un niño con TDAH que acuden al colegio “Nova Ingenieros School SAC” y que cursa el nivel primario de educación básica regular.

Criterios de selección

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia.

- Criterios de Inclusión

- Todos los profesores de los niños que acuden al colegio “Nova Ingenieros School SAC” diagnósticos con TDAH.
- Niños que cursan el nivel primario de educación básica regular.

- **Criterios de Exclusión**

- Niños con indicios de deficiencia mental, disturbios neurológicos y/o psíquicos.

3.5. INSTRUMENTOS.

El conjunto de datos recogidos se obtuvo a través de un cuestionario el cual fue recogido para su posterior tratamiento cuantitativo.

En un primer momento se identificó la muestra de los profesores teniendo en cuenta algunos elementos como el género, la edad, la formación académica, nivel de enseñanza, años de servicio, si tuvo antecedentes previos con niños con TDAH y cómo ha considerado esta experiencia.

El cuestionario aplicado en el presente estudio fue traducido y adaptado de la tesis de Patricia Silva Fernandez, realizada el 2012, en la Universidad Católica Portuguesa. Y se divide en dos grupos (Anexo 2). El primero, nos remite a los datos demográficos de la muestra, el segundo, a un conjunto de ítems, que a manera de preguntas encuesta en los que las respuestas del sujeto se evalúan según la escala de Likert, totalizando un total de treinta y tres ítems de tipo cuestión cerrada. El sujeto que está siendo evaluado puede manifestar su grado de concordancia desde el desacuerdo totalmente (nivel 1), hasta el acuerdo totalmente (nivel 5).

Cabe destacar que el cuestionario aplicado es anónimo, con un lenguaje accesible, dirigido y claro a todos los encuestados y fueron aplicados los meses de Octubre y Noviembre de 2018.

3.6. PROCEDIMIENTOS.

Plan para la recolección de información:

He aplicado la técnica de la observación según Hernández, Fernández y Baptista (2010) que es el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías. La técnica de la observación me permitió recoger toda la información necesaria durante toda la aplicación de las evaluaciones realizadas propuestas en la presente tesis a los profesores de aquellos niños que acuden al colegio “Nova Ingenieros School SAC” con diagnóstico de TDAH, luego se realizó el vaciado final de los datos obtenidos en la hoja de registro de información, para su posterior análisis en el ítem de resultados.

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

Una vez realizados, los cuestionarios recogidos fueron sometidos al tratamiento informático, recurriendo al programa SPSS versión 20.0 para Windows. Este permitió la producción de gráficos en el sentido de posibilitar la visualización de los porcentajes que se derivan del proceso de tratamiento de datos. El análisis estadístico fue esencialmente de carácter descriptivo, atendiendo a la preocupación de obtener informaciones representativas a partir de los resultados obtenidos, además de contar con el apoyo visual de fotos y esquemas.

IV. RESULTADOS

4.1. Característica de la muestra.

Como ya se ha referido anteriormente, los cuestionarios fueron respondidos por 32 profesores de aquellos niños que acuden al “Nova Ingenieros School SAC”. Para caracterizar mejor la muestra que este estudio recoge informaciones acerca del género, edad, tiempo de servicio, grados y títulos, y situación profesional de todos los profesores sujetos de estudio.

4.1.1. Género

Tabla 2. Distribución por género

Género	Número de evaluados	Porcentaje (%)
Masculino	6	18,8
Femenino	26	81,2
Total	32	100

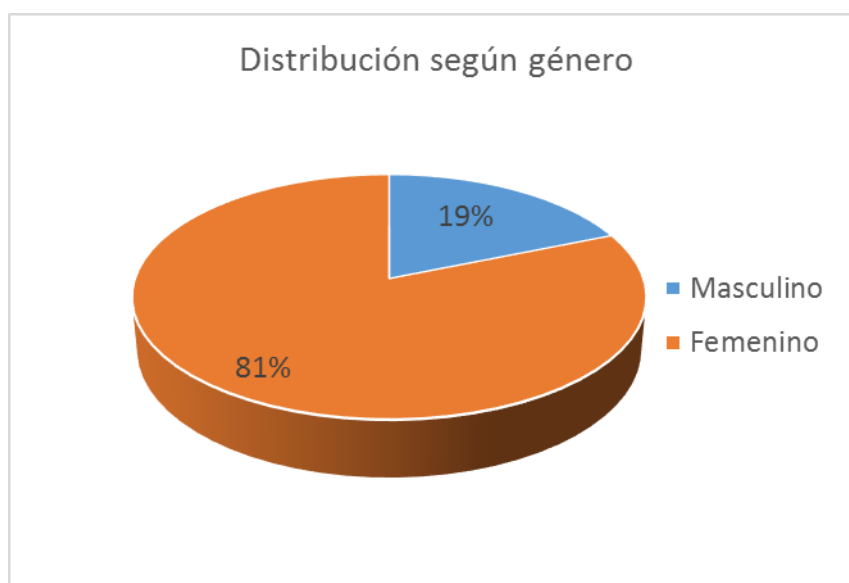


Figura 1. Género de la muestra.

Interpretación: En la distribución del número de profesores según el género, se destaca la predominancia del género femenino, en relación al género masculino, siendo que los resultados con permite concluir que el 81,2 del que son del género femenino y a penas 18,8% de los profesores son del género masculino.

4.1.2. Edad

Tabla 3. Distribución por edad

Edad	21-31	32-41	42-52	Más de 52	Total
No. De profesores	0	11	18	3	32
Porcentaje (%)	0	34,4	56,3	9,4	100

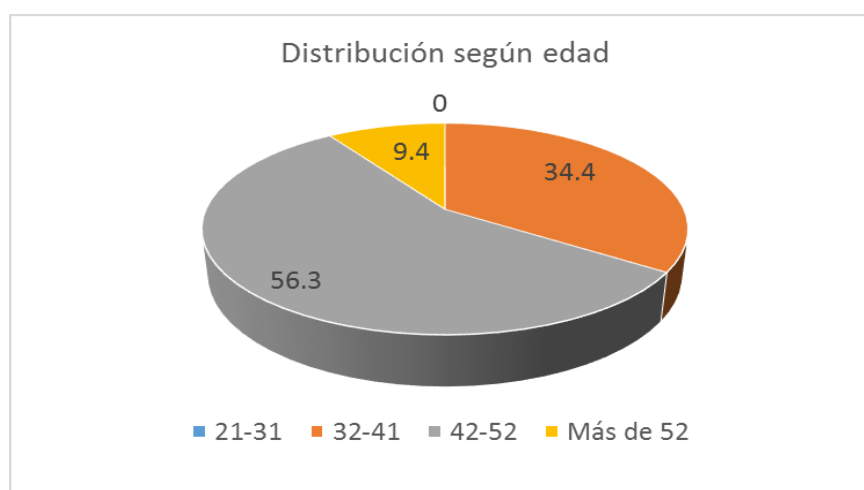


Figura 2. Edad de la muestra.

Interpretación: En lo que se refiere a la caracterización de la muestra en cuanto a la edad, el 56,2% de los profesores encuestados, se sitúan en el rango de edad entre los cuarenta y dos y los cincuenta y dos años. A continuación, se presenta el escalón de edad situado entre los treinta y dos, y los cuarenta y un año, constituyendo el 34,4% de los profesores de la muestra. Los profesores de más de cincuenta y dos años ocupan el tercer lugar, correspondiendo al 9,4% de los profesores de la muestra.

4.1.3. Grados y títulos.

Tabla 4. Distribución de Grados y títulos.

Grados y títulos	No. De profesores	Porcentaje (%)
Bachiller	1	3,13
Solo licenciatura	23	71,1
Maestría	3	9,34
Doctorado	1	3,13
Pos grado	2	6,25
Especialización	3	9,34

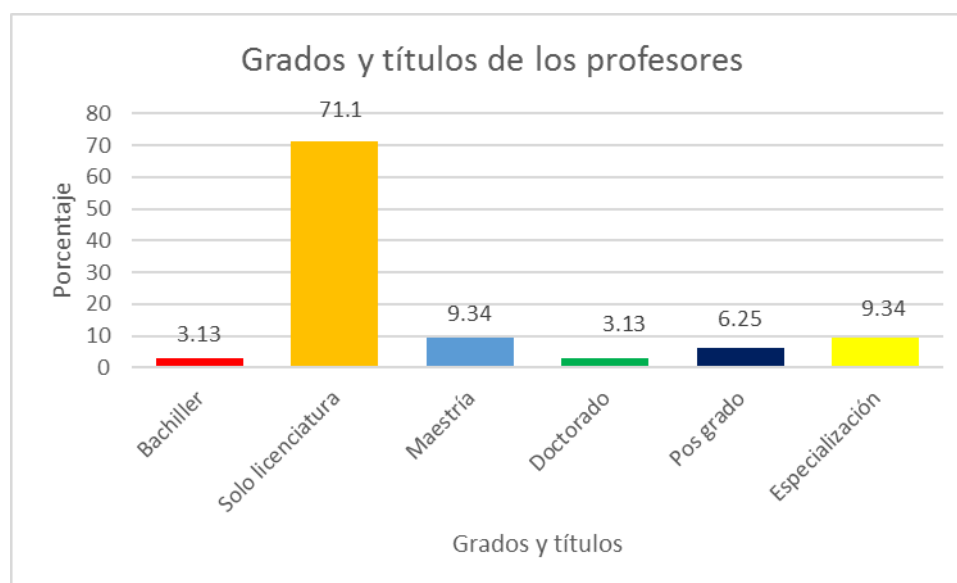


Figura 3. Grados y títulos de los profesores que conforman la muestra.

Interpretación: De manera relativa, en los grados y títulos que tienen los profesores, se verifica que el 71,1% de los profesores del estudio, poseen solo licenciatura; con un 9,34% poseen maestría y especialización; un 6,25 poseen posgrado, mientras que un 3,13 poseen doctorado y solamente bachiller.

4.1.4. Tiempo de servicio.

Tabla 5. Distribución por tiempo de servicio de los profesores de la muestra.

Tiempo de Servicio (años)	No. de profesores	Porcentaje (%)
0 – 5	0	0
6 – 10	1	3,13
11 – 15	4	12,5
16 – 20	8	25,0
21 – 25	16	50,0
26 – 30	1	3,13
31 – 35	0	0
35 a más	0	0

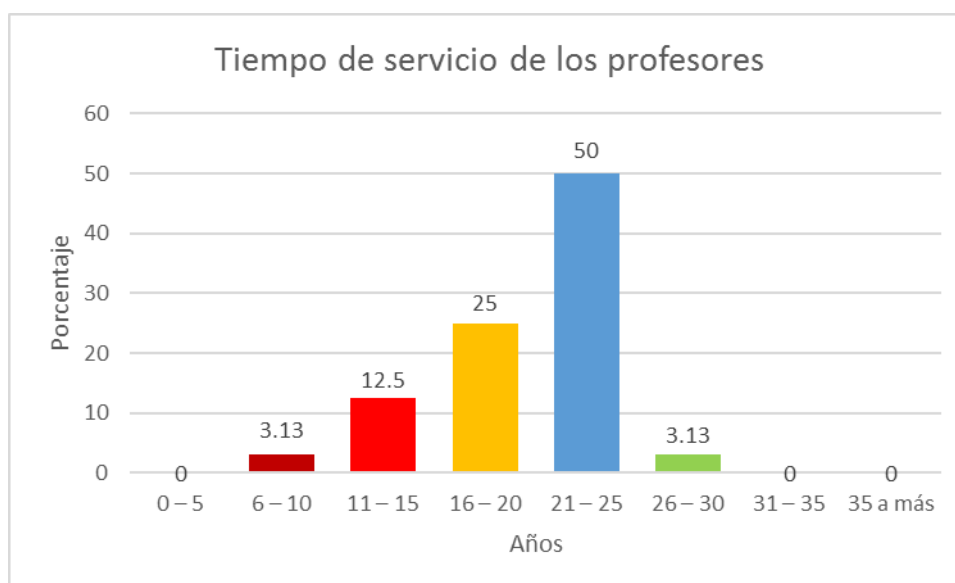


Figura 4. Tiempo de servicio de los profesores que conforman la muestra.

Interpretación: En relación al tiempo de servicio, 16 de los profesores tienen entre 21 y 25 años, 8 profesores entre 16 y 20 años, 4 profesores entre 11 y 15 años y solo 1 de ellos tienen entre 6 y 10 años, del mismo modo otro profesor tiene entre 26 a 30 años. Se

concluye entonces que el 50% de los profesores tienen entre 21 a 30 años, seguido de un 25% que tienen entre 16 a 20 años. Los profesores con menor representatividad tienen entre 26 a 30 años (3,13%) y entre 6 a 10 años (3,13%).

4.1.5. Formación en áreas de Necesidades educativas especiales.

Tabla 6. Distribución en la formación en el área de NNE en los profesores de la muestra.

Formación	No. de profesores	Porcentaje (%)
Sí	7	21,88
No	25	78,13

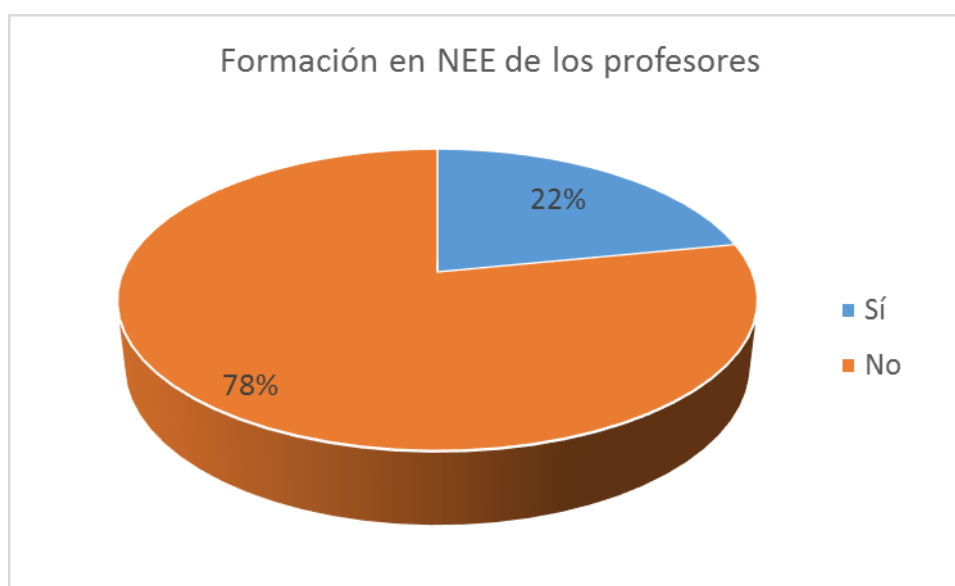


Figura 5. Formación en áreas de NEE de los profesores que conforman la muestra.

Interpretación: En lo que compete a la formación específica para trabajar con niños con necesidades educativas especiales, se verifica que 25 profesores no tienen formación en educación especial y 7 profesores tienen formación en educación especial. Por lo tanto, en esta muestra de 32 profesores, son en menor número los que poseen formación específica para trabajar con niños con NEE, correspondiendo a un 21,9% (7 de los profesores evaluados).

4.1.6. Trabajo con niños con TDAH.

Tabla 7. Tuvo experiencia trabajando con niños con TDHA.

Trabajó con niños con TDHA	No. de profesores	Porcentaje (%)
Sí	26	81,25
No	6	18,75

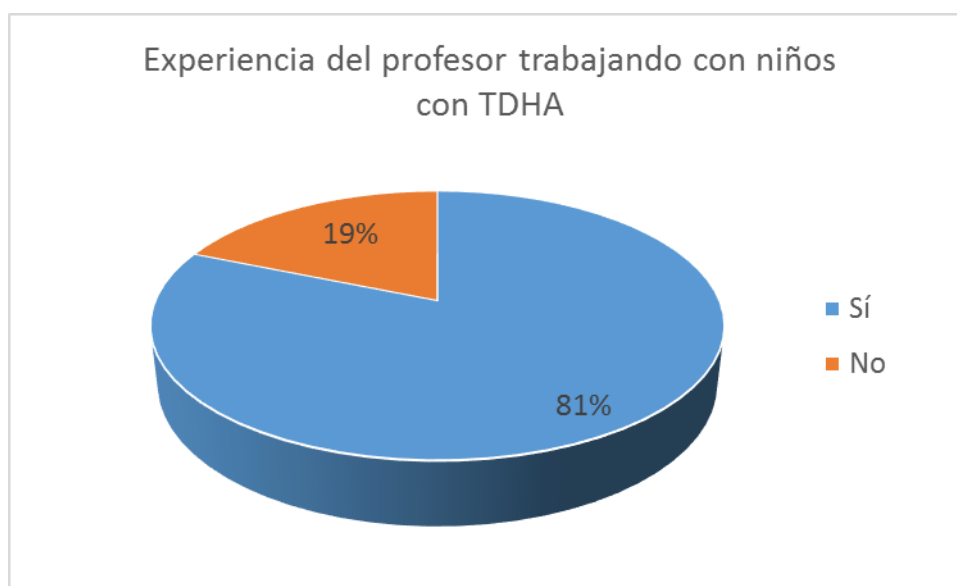


Figura 6. Experiencia del profesor trabajando con niños con TDHA.

Interpretación: En la muestra de 32 profesores, se verifica que la mayor parte ya tuvo experiencia o trabajó directamente con niños con TDAH, un 81,3% de los profesores evaluados (26 profesores). Los restantes 18,8% (6 profesores) respondieron que nunca trabajaron directamente con niños con TDAH.

4.2. Clasificación del conocimiento sobre TDAH.

Tabla 8. Distribución sobre la Clasificación del conocimiento sobre TDAH.

Conocimiento	Nulo	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Muy bueno
No. de profesores	3	23	5	1	0
Porcentaje (%)	3,38	71,88	15,63	3,13	0

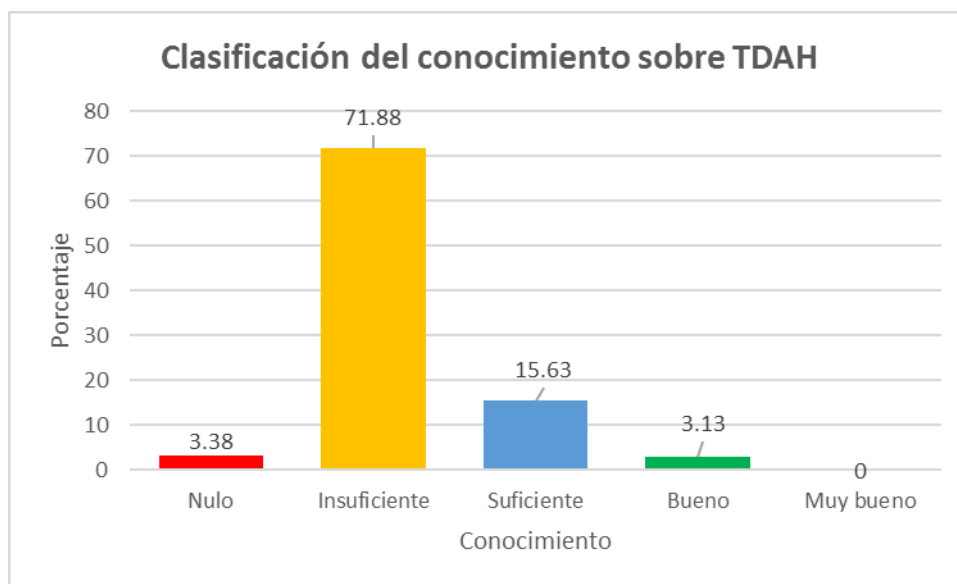


Figura 7. Clasificación del conocimiento de los profesores sobre TDAH.

Interpretación: En cuanto a las preguntas sobre la clasificación del conocimiento sobre TDAH, un 71,9% consideraron este conocimiento como insuficiente; 15,3% consideraron suficiente el conocimiento; 3,4% nulo y 3,1% clasificó este conocimiento como bueno. Por lo tanto se concluye que la mayoría de la muestra, correspondiente a 23 profesores, considera que el conocimiento que posee sobre el TDAH es insuficiente.

4.3. Conocimientos relacionados a los niños con TDAH

Pregunta No. 1 – El niño con TDAH revela un patrón persistente de falta de atención y exceso de actividad.

Tabla 9. El niño con TDAH revela un patrón persistente de falta de atención y exceso de actividad.

	Concuerso totalmente	Concuerso parcialmente	No concuerso ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	12	16	3	1	0
Porcentaje (%)	37,5	50	9,34	3,13	0

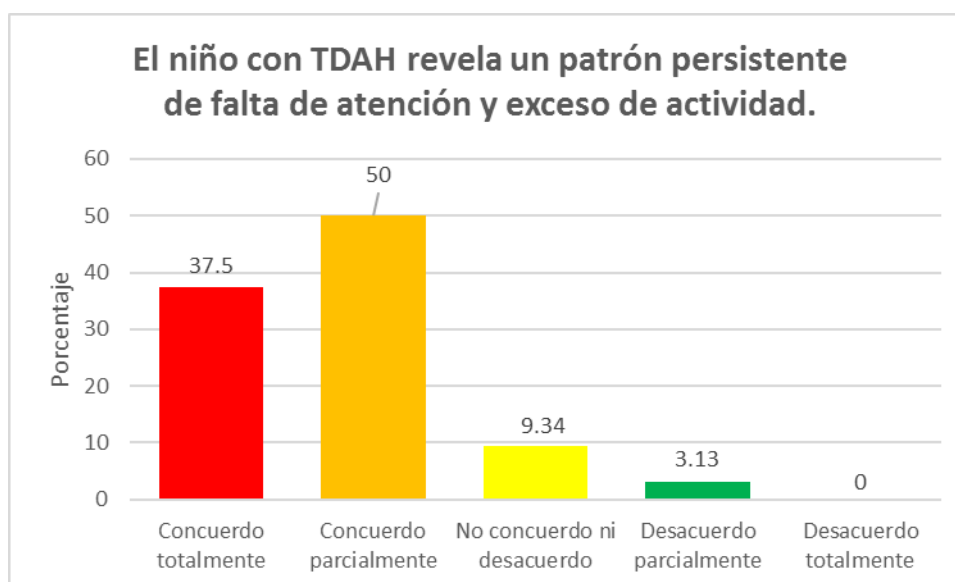


Figura 8. El niño con TDAH revela un patrón persistente de falta de atención y exceso de actividad.

Interpretación: Cuando se examinan los resultados obtenidos de esta pregunta, se puede concluir que el 50% de la muestra concuerda parcialmente que los niños con TDAH revelan falta de atención y exceso de actividad, 37,5% concuerda totalmente y apenas un 9,34% no concuerda ni desacuerdo, y un 3,1% desacuerda parcialmente.

Pregunta No. 2 – El niño con TDAH no revela dificultades en el cumplimiento de reglas e instrucciones.

Tabla 10. El niño con TDAH no revela dificultades en el cumplimiento de reglas e instrucciones.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	3	2	2	17	8
Porcentaje (%)	9,38	6,25	6,25	53,16	25

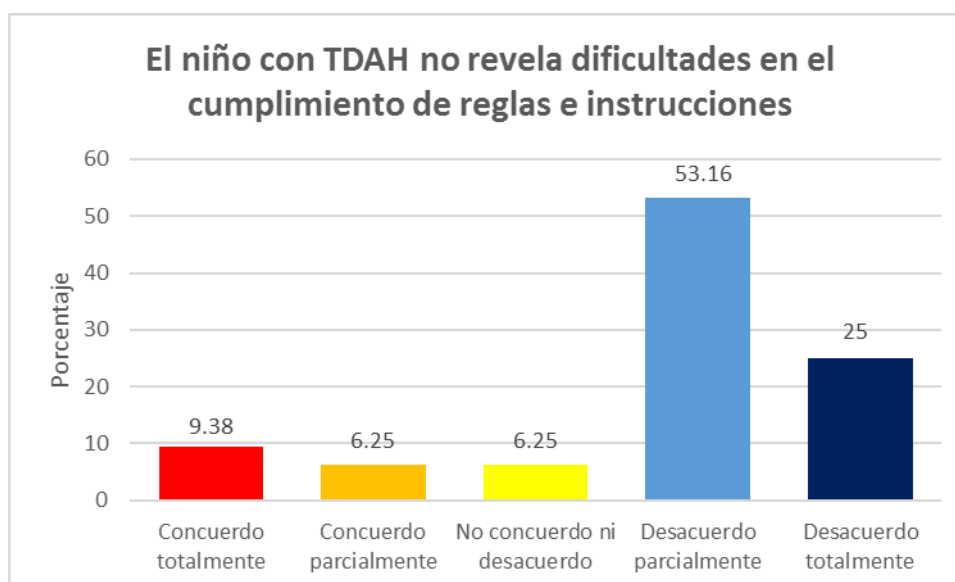


Figura 9. El niño con TDAH no revela dificultades en el cumplimiento de reglas e instrucciones.

Interpretación: Verificando los valores obtenidos en relación a esta afirmación, se constata que el 53,2% desacuerda parcialmente; 25% desacuerda totalmente; 6,3% no concuerda ni desacuerda; 6,3% concuerda con afirmación y 9,4% concuerda totalmente. Analizando estos resultados, 78,16% de los proesores encuestados (25 profesores de los 32 evaluados) concuerda que los niños con TDAH revelan dificultades en el cumplimiento de reglas y de instrucciones.

Pregunta No. 3 – El niño con TDAH se distrae más fácilmente en la realización de tareas repetitivas o que exigen elevados niveles de atención.

Tabla 11. El niño con TDAH se distrae más fácilmente en la realización de tareas repetitivas o que exigen elevados niveles de atención.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	14	16	2	0	1
Porcentaje (%)	43,75	50	6,25	0	3,13

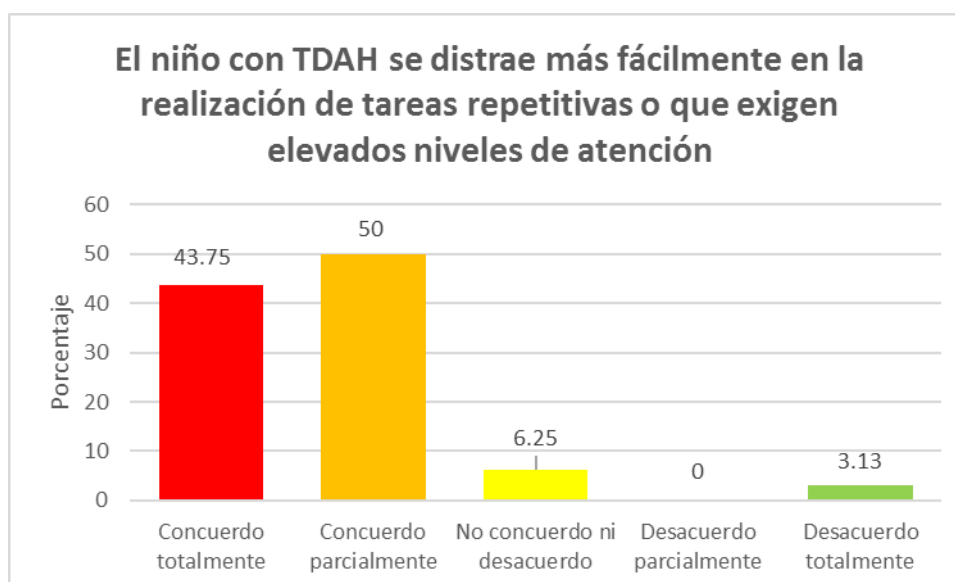


Figura 10. El niño con TDAH se distrae más fácilmente en la realización de tareas repetitivas o que exigen elevados niveles de atención.

Interpretación: Analizando las respuestas dadas por los encuestados, se verifica que 93,8% considera que el niño con TDAH se distrae más fácilmente en la realización de tareas repetitivas o que exigen elevados niveles de atención, teniendo 43,8% concuerdan totalmente y 50% concuerdan con la afirmación. Los restantes 6,3% de la muestra no concuerdan ni discordan y 3,1% discuerdan totalmente la afirmación.

Pregunta No. 4 – El niño con TDAH realiza las actividades propuestas de forma más lenta que sus compañeros de clase.

Tabla 12. El niño con TDAH realiza las actividades propuestas de forma más lenta que sus compañeros de clase.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	3	8	9	12	1
Porcentaje (%)	9,38	25	28,12	37,5	3,13

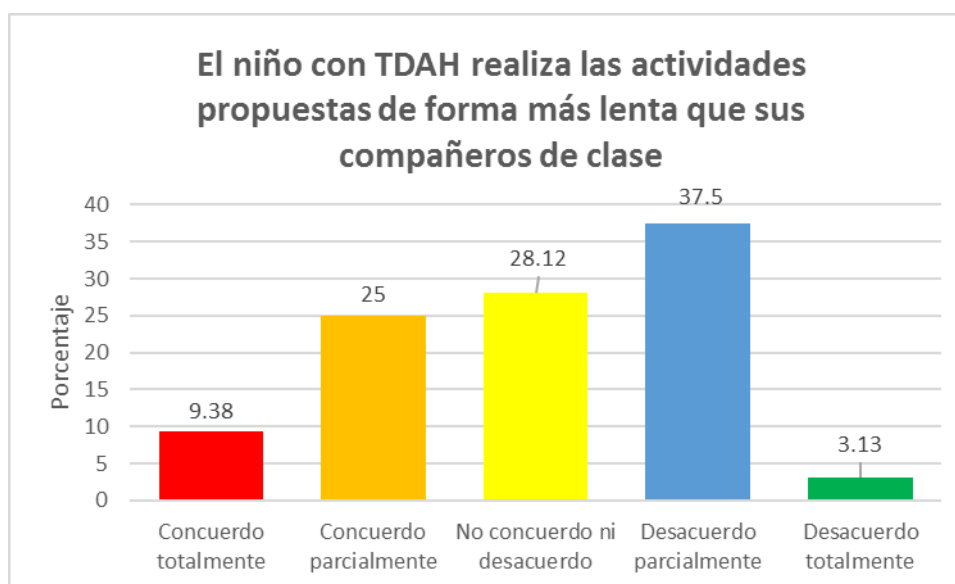


Figura 11. El niño con TDAH realiza las actividades propuestas de forma más lenta que sus compañeros de clase.

Interpretación: En lo que se refiere a esta afirmación, la mayoría de los docentes de la muestra, desacuerda de la afirmación (37,5%) y el 3,1% desacuerda totalmente. De los profesores encuestados el 28,1% no concuerda ni desacuerda de la afirmación; el 25% concuerda y sólo el 9,4% concuerda totalmente con la afirmación que el niño con TDAH realiza las actividades de forma más lenta cuando es comparada con los compañeros de la clase.

Pregunta No. 5 – El niño con TDAH no revela dificultades de organización.

Tabla 13 . El niño con TDAH no revela dificultades de organización.

	Concuerso totalmente	Concuerso parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	2	2	2	19	7
Porcentaje (%)	6,25	6,25	6,25	59,38	21,88

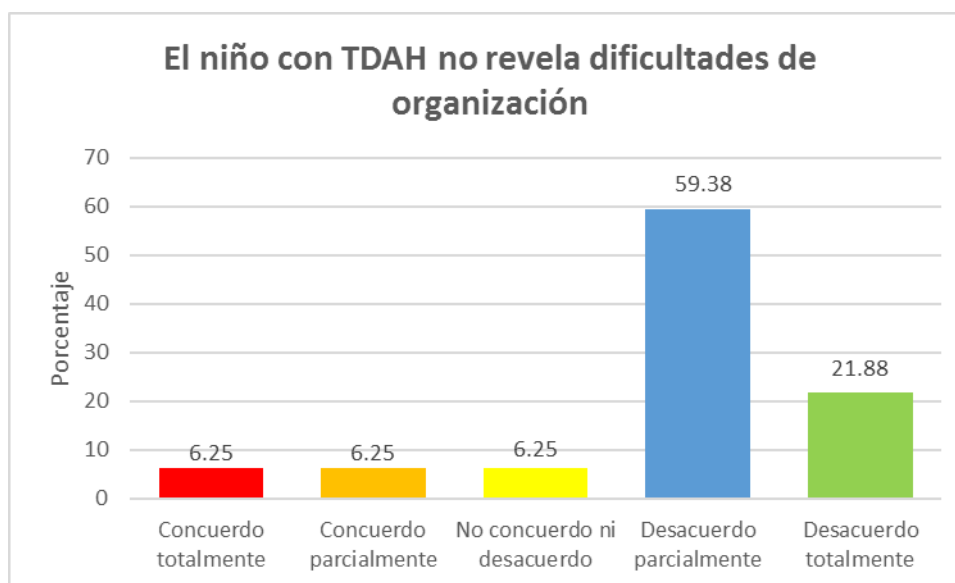


Figura 12. El niño con TDAH no revela dificultades de organización.

Interpretación: Verificando los resultados obtenidos para la afirmación expuesta, el 59,4% esta en desacuerdo parcialmente; El 21,9% en desacuerdo totalmente; el 6,25% no está de acuerdo ni desacuerdo, así como os que concuerdan totalmente y parcialmente. Los resultados obtenidos revelan que el 81,3% de los docentes de la muestra considera que los niños con TDHA revelan dificultades de organización.

Pregunta No. 6 – El niño con TDAH presenta respuestas rápidas y precipitadas a las preguntas que le son colocadas.

Tabla 14. El niño con TDAH presenta respuestas rápidas y precipitadas a las preguntas que le son colocadas.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	7	17	5	2	1
Porcentaje (%)	21,88	53,13	15,63	6,25	3,13

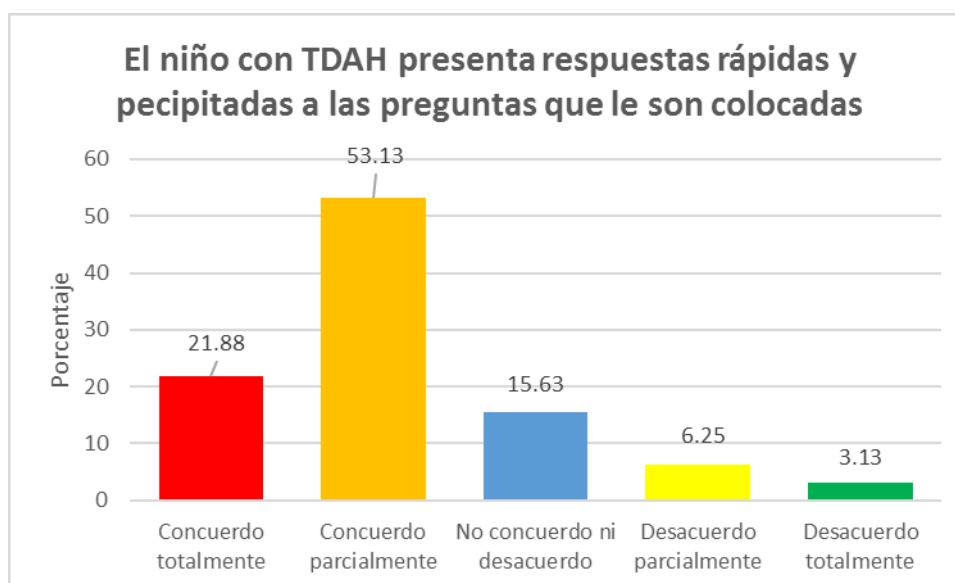


Figura 13. El niño con TDAH presenta respuestas rápidas y precipitadas a las preguntas que le son colocadas.

Interpretación: Al examinar los resultados recogidos en la afirmación planteada, se observa que el 75% tiene una posición favorable, siendo el 53,1% que concuerda parcialmente y el 21,9% concuerda totalmente con la cuestión expuesta; el 15,6% de la muestra no tiene opinión, escogiendo la opción ni estoy de acuerdo ni discrepo como afirmación y sólo el 9,4% está en desacuerdo de la misma.

Pregunta No. 7 – El niño con TDAH aprende de forma semejante al de sus compañeros de la clase.

Tabla 15. El niño con TDAH aprende de forma semejante al de sus compañeros de la clase.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	1	3	7	18	3
Porcentaje (%)	3.13	9,38	21.88	56,25	9,38

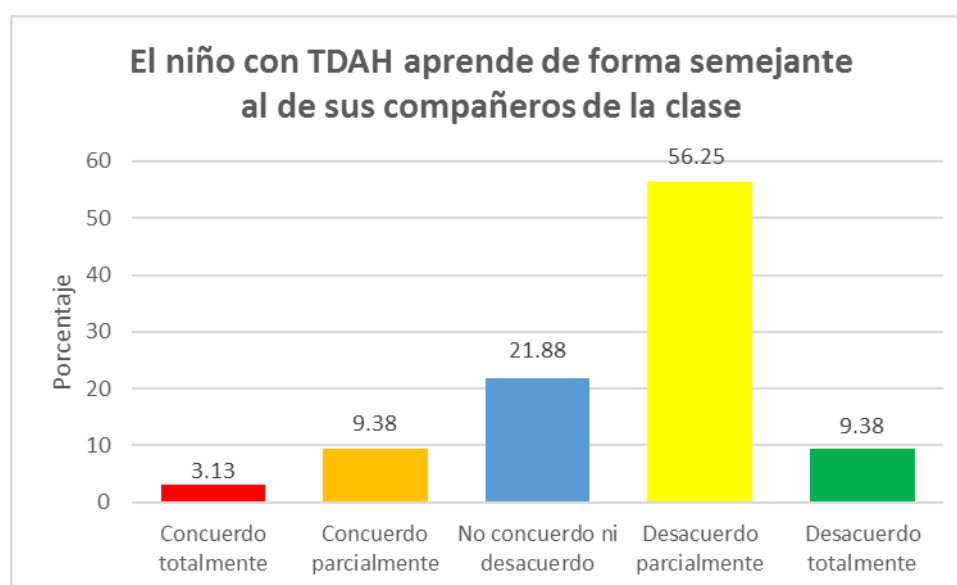


Figura 14. El niño con TDAH aprende de forma semejante al de sus compañeros de la clase.

Interpretación: En los resultados obtenidos, el 65,6% discrepa de la afirmación de que el niño con PHDA aprende de forma semejante a sus compañeros de la clase, teniendo 18 profesores en desacuerdo parcialmente y 3 profesores en desacuerdo totalmente, el 21,9% de los profesores encuestados no concuerda ni desacuerda en relación a esta afirmación; el 9,4% concuerda parcialmente y sólo 3,1% concuerda totalmente con lo expuesto.

Pregunta No. 8 – Las conductas de los niños con TDAH influyen desfavorablemente otros niños de la clase.

Tabla 16. Las conductas de los niños con TDAH influyen desfavorablemente otros niños de la clase.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	1	16	10	4	1
Porcentaje (%)	3.13	50	31,25	12,5	3.13

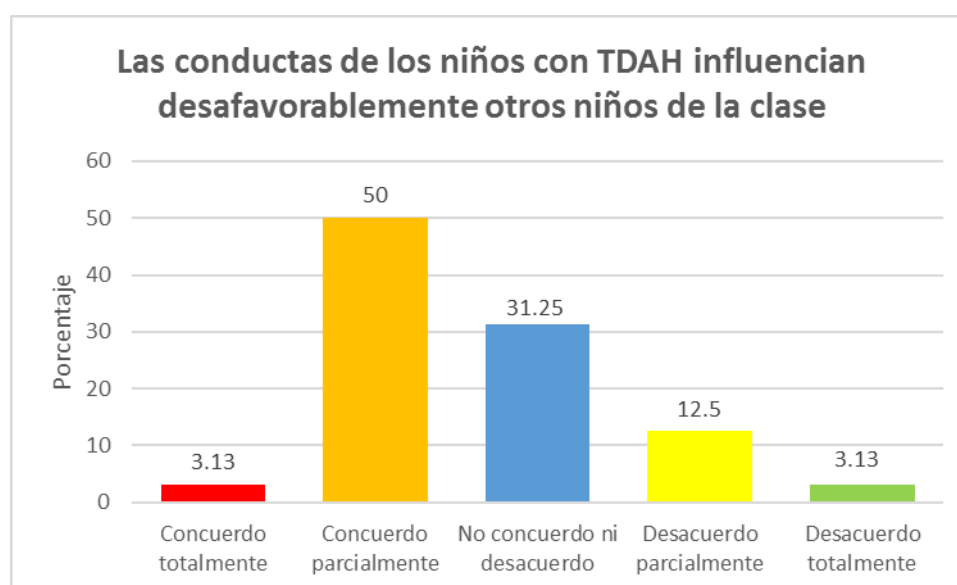


Figura 15. Las conductas de los niños con TDAH influyen desfavorablemente otros niños de la clase.

Interpretación: Examinando las respuestas dadas por la muestra a la afirmación, se observa que el 50% concuerda parcialmente (16 profesores) y el 3,1% concuerda totalmente. El 31,3% no concuerda ni discrepa, no teniendo opinión sobre la afirmación; el 12,5% discrepa y el 3,1% discrepa totalmente con la cuestión planteada. De esta forma, la mayoría de los encuestados (53,1%) considera que los niños con TDAH influyen desfavorablemente a otros niños de la clase.

Pregunta No. 9 – El rechazo de los compañeros lleva al niño con TDAH a encararse a sí mismo y al mundo como negativos.

Tabla 17. El rechazo de los pares lleva al niño con TDAH a encararse a sí mismo y al mundo como negativos.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	4	17	8	2	1
Porcentaje (%)	12,5	53,13	25	6,25	3.13

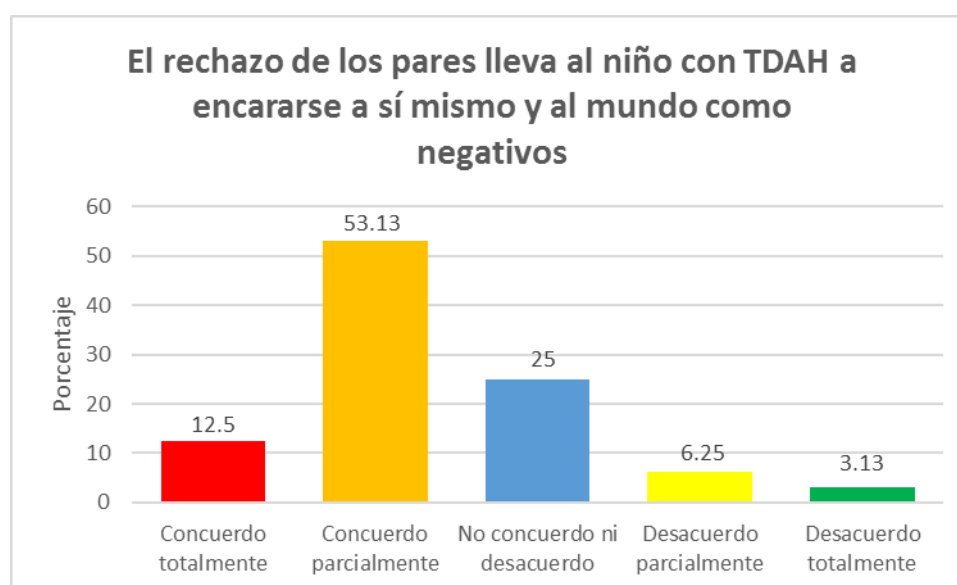


Figura 16. El rechazo de los pares lleva al niño con TDAH a encararse a sí mismo y al mundo como negativos.

Interpretación: La mayoría de los profesores encuestados, sesenta y tres que corresponden al 65,6% de la muestra, considera que el rechazo de los compañeros hace que el niño con TDAH se encare a sí mismo y al mundo como negativos. 8 de los profesores encuestados respondió que no concuerda ni discrepa con la afirmación y sólo 3 profesores no concuerdan con lo expuesto, siendo que el 6,3% está en desacuerdo parcialmente y 3,1% está en desacuerdo totalmente.

Pregunta No. 10 – El niño con TDAH no puede ser tratado a través de medicación.

Tabla 18. El niño con TDAH no puede ser tratado a través de medicación.

	Concuerso totalmente	Concuerso parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	1	2	5	14	10
Porcentaje (%)	3,13	6,25	15,62	43,75	31,25

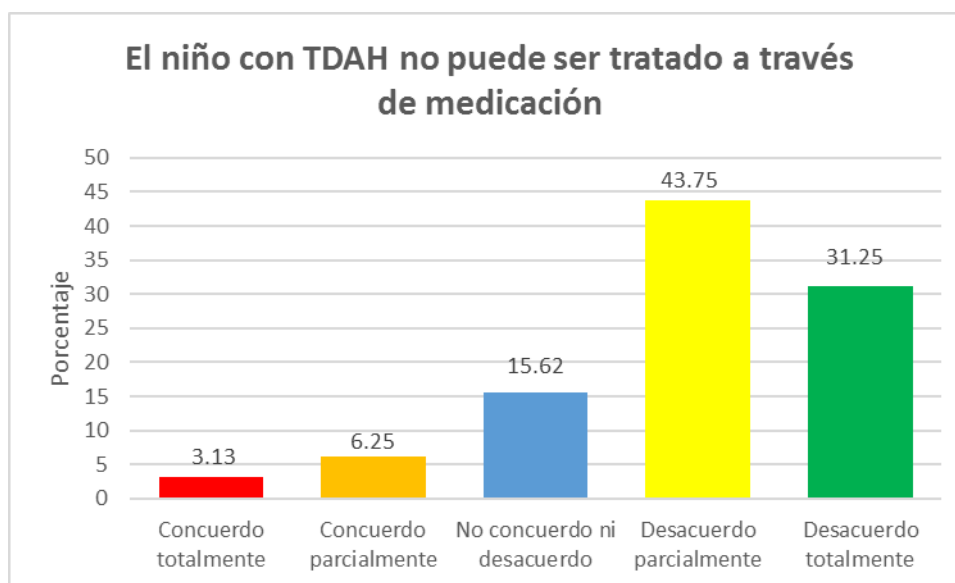


Figura 17. El niño con TDAH no puede ser tratado a través de medicación.

Interpretación: Al observar los valores obtenidos en relación a esta pregunta, se constata que el 43,8%, correspondiente a 14 docentes que están en desacuerdo parcialmente, el 31,3%, lo que corresponde a 10 profesores quienes están en desacuerdo totalmente; el 15,6% no concuerda ni discrepa, y sólo 3 profesores, correspondiendo al 9,4% de los encuestados concuerda con la afirmación. Se concluye, así, que la mayoría de los encuestados considera que este trastorno puede ser tratado con medicación.

4.4. Resultados referentes a la musicoterapia como estrategia de enseñanza.

Pregunta No. 11 – La música es una lenguaje universal que permite expresar emociones, sentimientos y pensamientos.

Tabla 19. La música es una lenguaje universal que permite expresar emociones, sentimientos y pensamientos.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	22	10	0	0	0
Porcentaje (%)	68,75	31,25	0	0	0

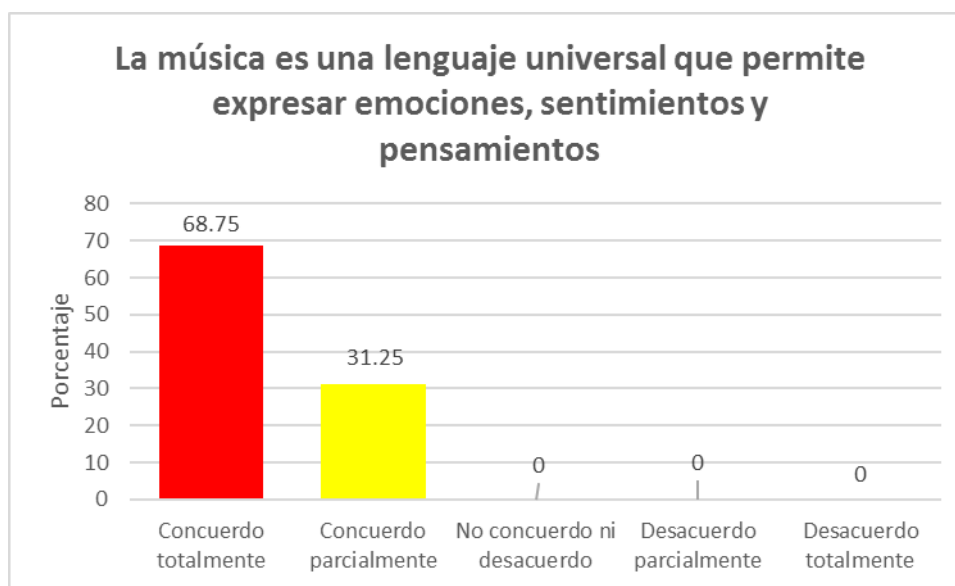


Figura 18. La música es una lenguaje universal que permite expresar emociones, sentimientos y pensamientos.

Interpretación: Analizando las respuestas dadas por los encuestados, se verifica que el 100% considera la música un lenguaje universal, con un 68,8% quienes concuerdan totalmente y un 31,2% quienes concuerdan parcialmente con la afirmación.

Pregunta No. 12 – La música promueve el desarrollo cognitivo y social.

Tabla 20. La música promueve el desarrollo cognitivo y social.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	15	14	3	0	0
Porcentaje (%)	46,88	43,75	9,38	0	0

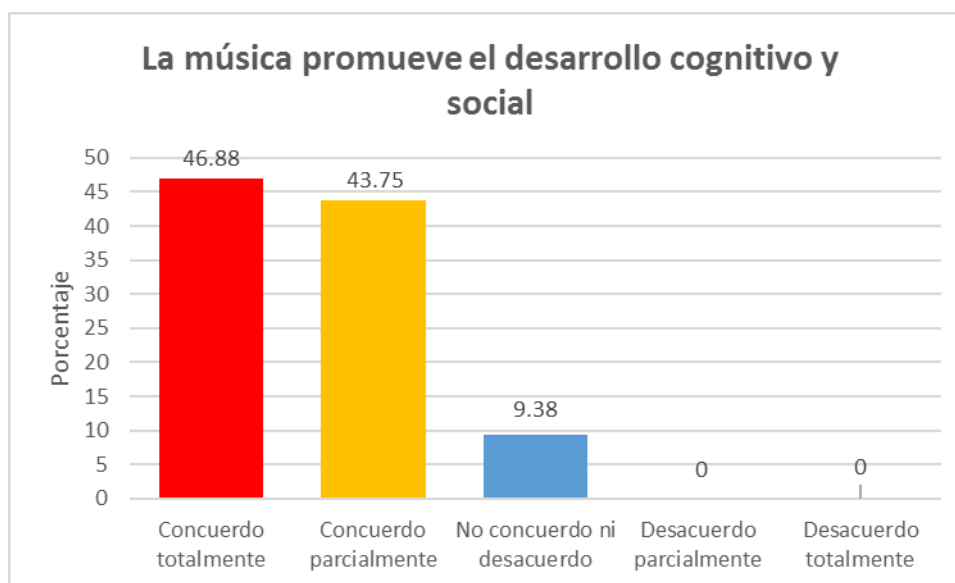


Figura 19. La música promueve el desarrollo cognitivo y social.

Interpretación: En lo que se refiere a esta afirmación, la mayoría de los docentes de la muestra, considera que la musicoterapia promueve el desarrollo cognitivo y social, teniendo el 46,9% que concuerda totalmente con la afirmación y el 43,8% quienes concuerdan parcialmente con la afirmación. De la restante muestra, el 9,38% no concuerda ni discrepa con lo expuesto.

Pregunta No. 13 – La música minimiza las dificultades de relacionamiento.

Tabla 21. La música minimiza las dificultades de relacionamiento.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	8	17	6	1	0
Porcentaje (%)	25	53,13	18,75	3,13	0

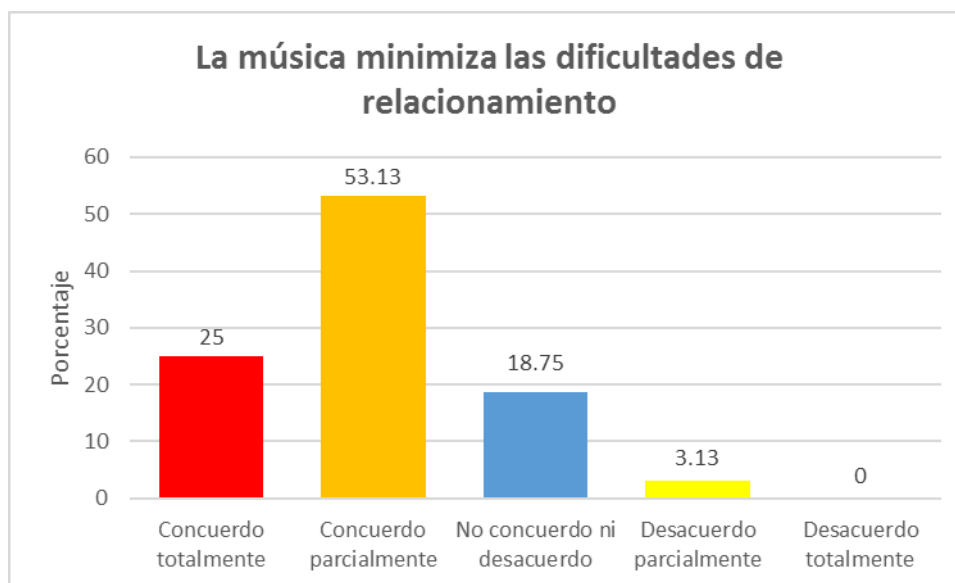


Figura 20. La música minimiza las dificultades de relacionamiento.

Interpretación: Observando los resultados obtenidos, el 53,1% concuerdan parcialmente con la afirmación de que la musicoterapia minimiza las dificultades de relación y el 25% concuerda totalmente. El 18,8% de los encuestados no está de acuerdo ni en desacuerdo, y con un 3,1% están en desacuerdo parcialmente sobre lo anterior.

Pregunta No. 14 – La música no facilita la comunicación individual y la integración social.

Tabla 22. La música no facilita la comunicación individual y la integración social.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	0	1	1	18	11
Porcentaje (%)	0	3,13	3,13	56,25	34,38

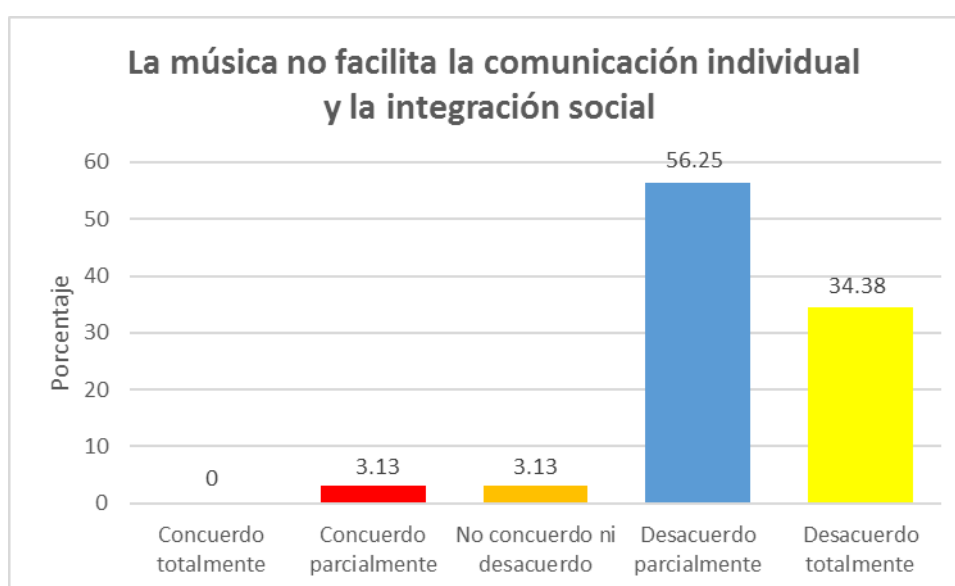


Figura 21. La música no facilita la comunicación individual y la integración social.

Interpretación: Verificando los resultados obtenidos para la afirmación expuesta, el 3,1% no concuerda ni desacuerda, el 56,3% discrepa parcialmente y el 34,4% discrepa totalmente. De los docentes encuestados el 3,1% tiene una opinión favorable a la afirmación.

Pregunta No. 15 – La música conduce al autoconocimiento.

Tabla 23. La música conduce al autoconocimiento.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	7	16	8	1	0
Porcentaje (%)	21.88	50	25	3,13	0

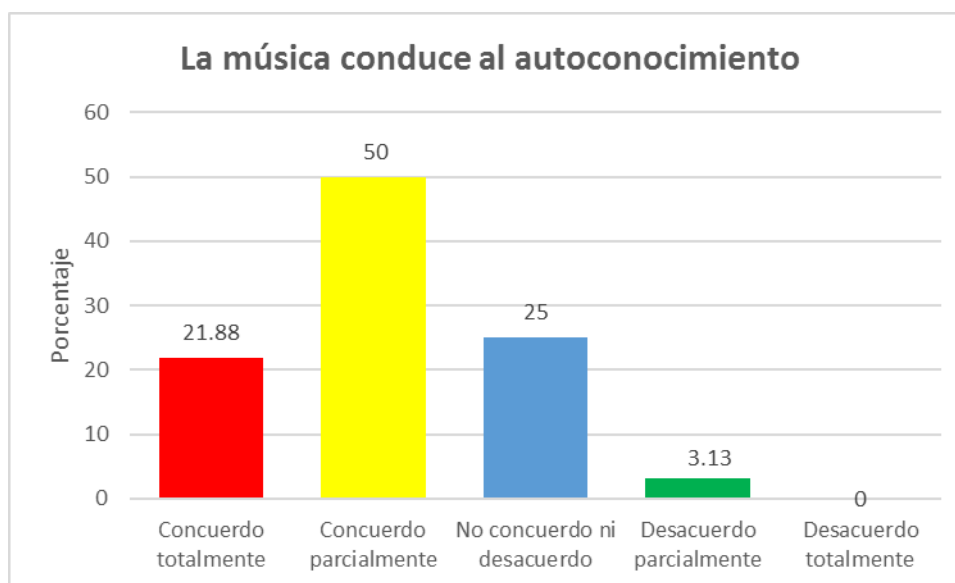


Figura 22. La música conduce al autoconocimiento.

Interpretación: Al examinar los resultados recogidos en la afirmación planteada, se observa que el 71,9% tiene una posición favorable, siendo el 50% está de acuerdo parcialmente y el 21,9% de acuerdo totalmente con la cuestión expuesta. El 25% de la muestra no tiene opinión, habiendo elegido la opción ni estoy de acuerdo ni discrepando como respuesta y sólo el 3,1% discrepa de la misma.

Pregunta No. 16 – Al contacto con la música el niño no reacciona de forma desfavorable.

Tabla 24. Al contacto con la música el niño no reacciona de forma desfavorable.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	5	16	8	3	0
Porcentaje (%)	15,63	50	25	9,38	0

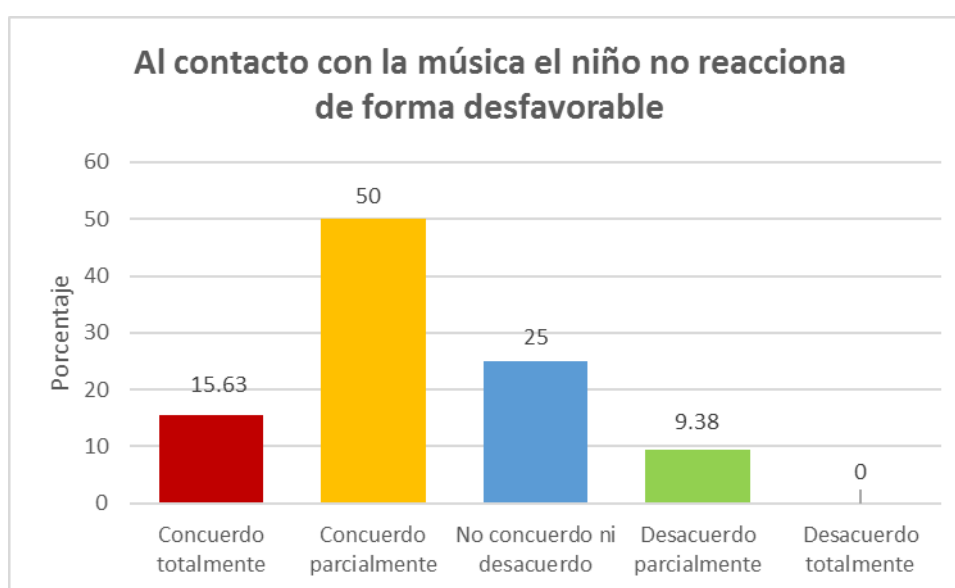


Figura 23. Al contacto con la música el niño no reacciona de forma desfavorable.

Interpretación: Al analizar los datos obtenidos, se puede verificar que el 65,6% de la muestra considera que el niño no reacciona de forma desfavorable al contactar con la música, siendo que el 50% concuerda parcialmente con la afirmación y el 15,6% concuerda totalmente con la misma. El 25% del total de la muestra no concuerda ni desacuerdo y el 9,4% discrepa de la afirmación.

Pregunta No. 17 - La musicoterapia no implica placer.

Tabla 25. La musicoterapia no implica placer.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	1	2	5	14	10
Porcentaje (%)	3,13	6,25	15,63	43,75	31,25

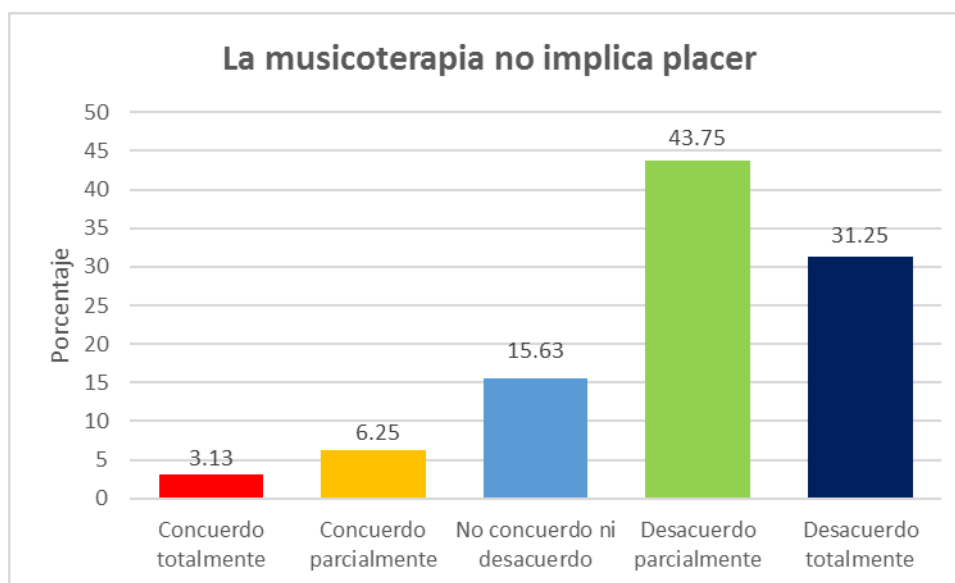


Figura 24. La musicoterapia no implica placer.

Interpretación: Verificando los resultados obtenidos para la afirmación expuesta, el 15,6% no concuerda ni está de acuerdo, el 43,8% discrepa parcialmente y el 31,3% discrepa totalmente. De los docentes evaluados el 9,4% tiene opinión favorable a la afirmación, siendo el 6,3% de acuerdo parcialmente y el 3,1% de acuerdo totalmente. Los resultados obtenidos revelan que el 75% de los docentes de la muestra tienen una posición contraria a la cuestión mencionada.

Pregunta No. 18 - La musicoterapia fomenta el desarrollo de la imaginación, autonomía y creatividad en el niño.

Tabla 26. La musicoterapia fomenta el desarrollo de la imaginación, autonomía y creatividad en el niño.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	12	16	4	0	0
Porcentaje (%)	37,5	50	12,5	0	0

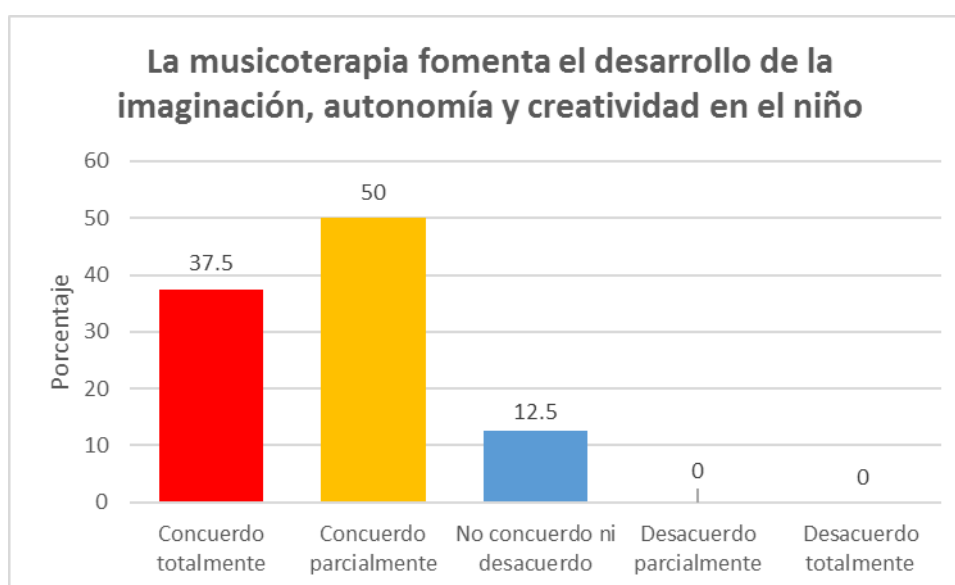


Figura 25. La musicoterapia fomenta el desarrollo de la imaginación, autonomía y creatividad en el niño.

Interpretación: Al verificar los resultados obtenidos en esta cuestión, el 12,5% no concuerda ni desacuerda, el 50% concuerda parcialmente y el 37,5% concuerda totalmente con la misma. La perspectiva positiva de los docentes en relación a esta afirmación es del 87,5%, correspondiente a 28 profesores de una muestra de 32 evaluados.

Pregunta No. 19 - La musicoterapia, como terapia, permite que el niño se conozca mejor a sí mismo.

Tabla 27. La musicoterapia, como terapia, permite que el niño se conozca mejor a sí mismo.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	7	20	5	0	0
Porcentaje (%)	21,88	62,5	15,63	0	0

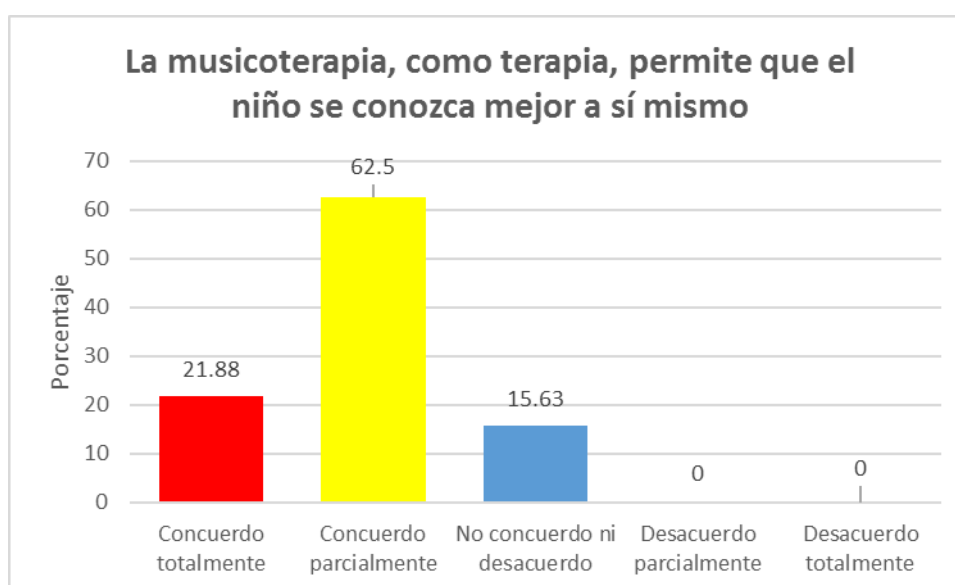


Figura 26. La musicoterapia, como terapia, permite que el niño se conozca mejor a sí mismo.

Interpretación: Cuando se examinan los resultados obtenidos de esta afirmación, se puede concluir que el 84,4% de la muestra considera que la musicoterapia contribuye al autoconocimiento del niño. De este valor el 62,5% concuerda parcialmente y el 21,9% concuerda totalmente con esta afirmación. El restante porcentaje, el 15,6%, no concuerda ni está en desacuerdo con lo anterior. En esta afirmación se puede verificar que los encuestados no tienen discordancia con la misma.

4.5. Resultados referentes a la actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativa.

Pregunta No. 20 - La musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración del niño con TDAH.

Tabla 28. La musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración del niño con TDAH.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	6	21	5	0	0
Porcentaje (%)	18,75	65,63	15,63	0	0

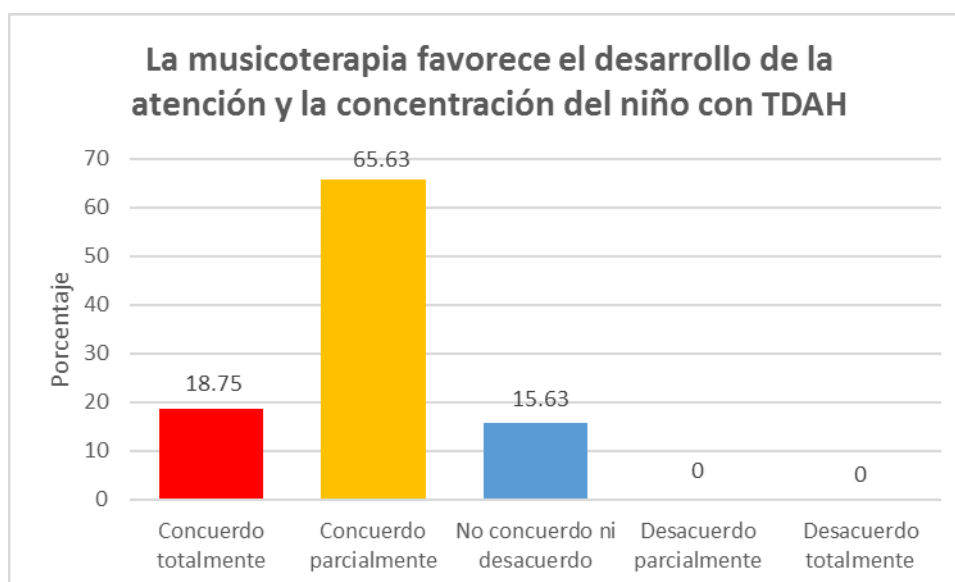


Figura 27. La musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración del niño con TDAH.

Interpretación: En cuanto al análisis de los resultados obtenidos de esta afirmación, se puede concluir que el 84,4% de la muestra considera que la musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y de la concentración del niño con TDAH. De este valor el 65,6% concuerda parcialmente y el 18,8% concuerda totalmente con esta afirmación. El restante porcentaje, el 15,6%, no concuerda ni está en desacuerdo con lo expuesto. En esta afirmación se puede verificar que los encuestados no tienen discordancia con la misma.

Pregunta No. 21 - La musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración del niño con TDAH.

Tabla 29. La musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración del niño con TDAH.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	4	20	7	0	0
Porcentaje (%)	12,5	62,5	21,88	0	0

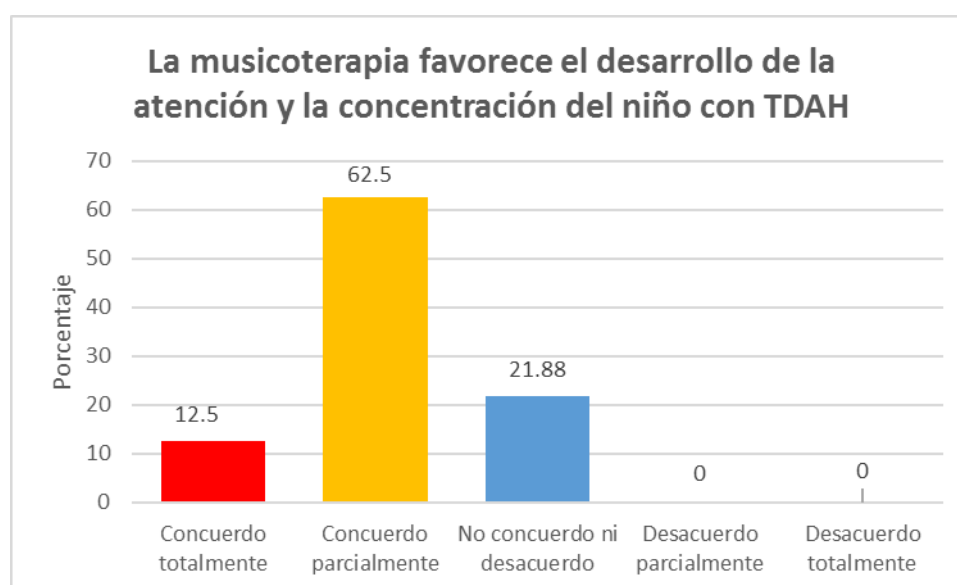


Figura 28. La musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración del niño con TDAH.

Interpretación: Al verificar los resultados obtenidos en esta cuestión, el 21,9% no concuerda ni desacuerdo, el 62,5% concuerda parcialmente y el 12,5% concuerda totalmente con la misma. La perspectiva positiva de los docentes en relación a esta afirmación es del 75%, correspondiente a 24 profesores de una muestra de 32 evaluados.

Pregunta No. 22 - La musicoterapia no contribuye a la disminución de la impulsividad.

Tabla 30. La musicoterapia no contribuye a la disminución de la impulsividad.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	0	2	9	16	5
Porcentaje (%)	0	6,25	28,13	50	15,63

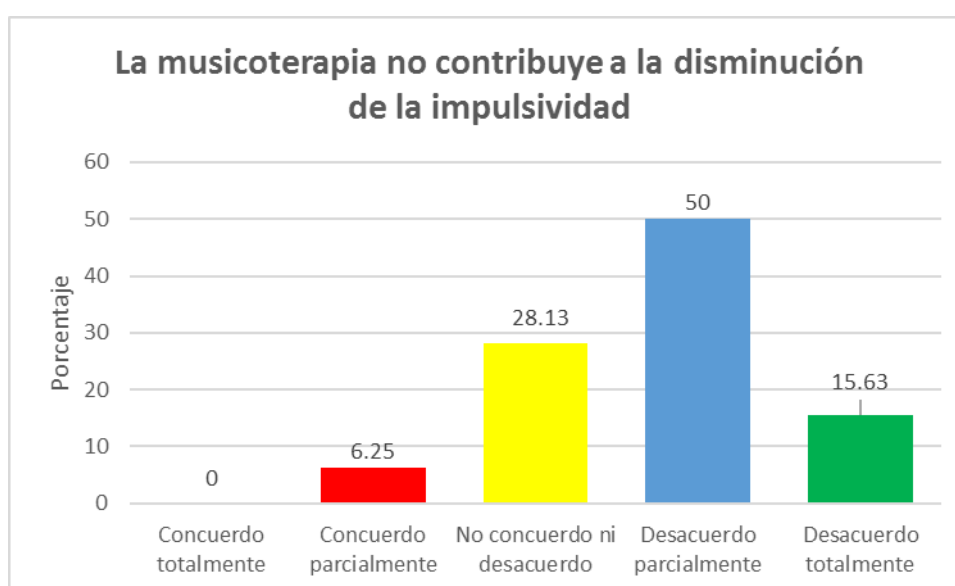


Figura 29. La musicoterapia no contribuye a la disminución de la impulsividad.

Interpretación: En lo que se refiere a esta cuestión, sólo el 6,3% de los docentes encuestados concuerda con la afirmación. En la muestra el 28,1% no concuerda ni discrepa de la afirmación, el 50% discrepa parcialmente de la misma y el 15,76% discrepa totalmente. Analizando estos valores el 65,6% considera que la musicoterapia contribuye a la disminución de la impulsividad.

Pregunta No. 23 - La musicoterapia es una estrategia favorable en el proceso educativo de los niños con TDAH.

Tabla 31. La musicoterapia es una estrategia favorable en el proceso educativo de los niños con TDAH.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	6	24	2	0	0
Porcentaje (%)	18,75	75	6,25	0	0

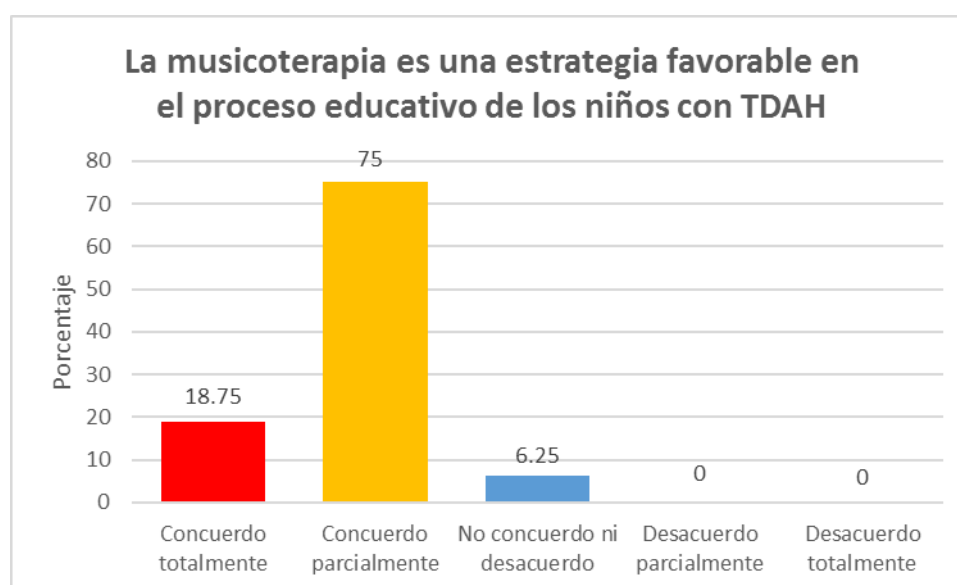


Figura 30. La musicoterapia es una estrategia favorable en el proceso educativo de los niños con TDAH.

Interpretación: En cuanto a las respuestas dadas por los encuestados, se observa que el 93,8% (30 profesores) considera que la música es una estrategia favorable en el proceso educativo de niños con TDAH, con un 75% de acuerdo parcialmente y un 18,8% convenido totalmente con la afirmación . El restante 6,3% de la muestra no concuerda ni discrepa.

Pregunta No. 24 - La musicoterapia es un recurso que favorece la socialización, abriendo camino al desarrollo de nuevos aprendizajes.

Tabla 32. La musicoterapia es un recurso que favorece la socialización, abriendo camino al desarrollo de nuevos aprendizajes.

	Concuero totalmente	Concuero parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	9	18	5	0	0
Porcentaje (%)	28,13	56,25	15,63	0	0

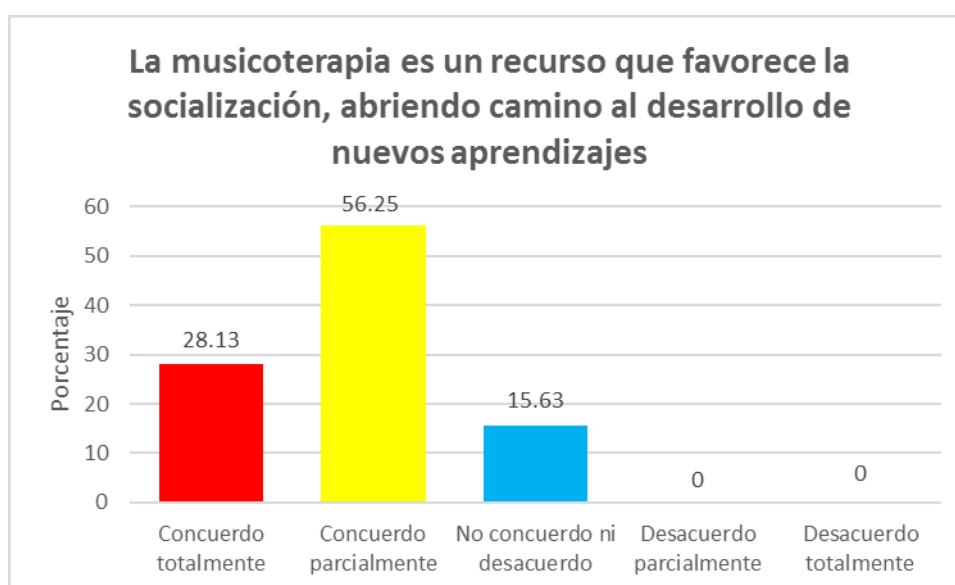


Figura 31. La musicoterapia es un recurso que favorece la socialización, abriendo camino al desarrollo de nuevos aprendizajes.

Interpretación: En lo que concierne a los resultados obtenidos en esta cuestión, el 15,6% no concuerda ni desacuerda, el 56,3% concuerda parcialmente y el 28,1% concuerda totalmente con la misma. La perspectiva positiva de los docentes en relación a esta afirmación es del 84,4%, correspondiente a 27 profesores de una muestra de 32 de los evaluados.

Pregunta No. 25 - Las actividades musicales pueden ser una gran contribución para el desarrollo escolar de alumnos con TDAH.

Tabla 33. Las actividades musicales pueden ser una gran contribución para el desarrollo escolar de alumnos con TDAH.

	Concuerdo totalmente	Concuerdo parcialmente	No concuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo parcialmente	Desacuerdo totalmente
No. de profesores	5	23	3	0	1
Porcentaje (%)	15,63	71.88	9,38	0	3,13

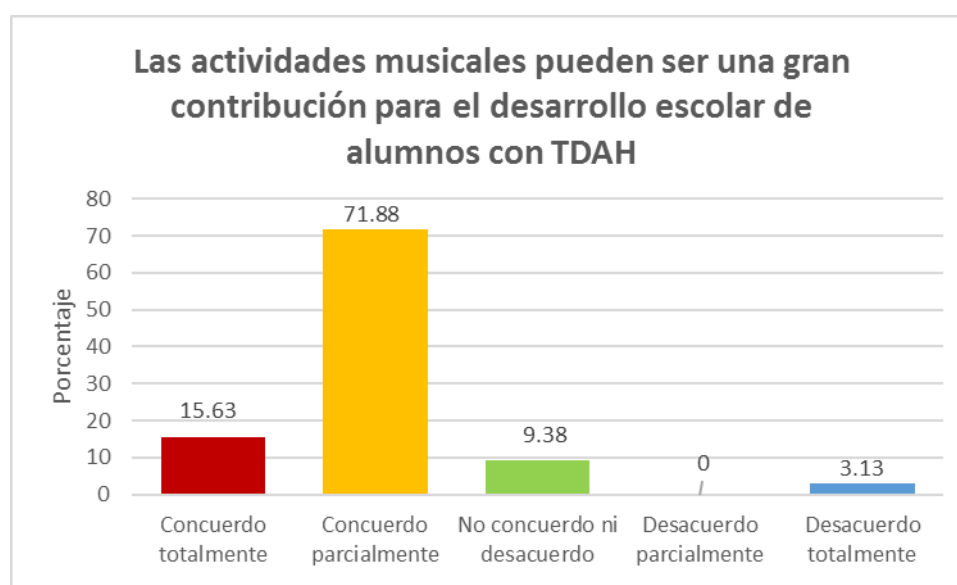


Figura 32. Las actividades musicales pueden ser una gran contribución para el desarrollo escolar de alumnos con TDAH.

Interpretación: En cuanto a los valores obtenidos en relación a esta afirmación, se constata que el 3,1% discrepa totalmente, ninguno está en desacuerdo parcialmente, el 9,4% no concuerda ni desacuerda, el 71,9% concuerda con la afirmación y el 15,6% concuerda totalmente. Al analizar estos resultados, el 87,5% considera que las actividades musicales pueden ser una gran contribución para el desarrollo escolar de niños con TDAH.

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Información personal

Tras la recolección de los datos a través de una encuesta efectuada a 32 profesores, 6 del género masculino y 26 del género femenino, en los que predominan las edades entre los 45 y 52 años. La mayoría de los elementos de la muestra tienen una licenciatura y presenta un tiempo de servicio de 21 a 25 años de servicio, teniendo su mayoría experiencia en trabajar con alumnos con TDAH.

La mayoría de los profesores encuestados no presentan una especialización en Educación Especial, lo que permite al estudio comprender mejor la utilización de la musicoterapia en las escuelas de enseñanza regular.

5.2. Información y contacto con niños con TDAH.

A través del análisis de los resultados obtenidos, fácilmente notamos que la información que los profesores del colegio tienen sobre la TDAH es insuficiente (71,1%), con el 9,1% de los encuestados, este conocimiento nulo y un número poco significativo de encuestados respondiendo que su conocimiento es suficiente (14,4%); sólo el 4,1% lo clasificó como bueno. De la misma forma, más de la mitad de los encuestados (78,4%) ya se contactó o trabajó con niños con esta perturbación, por lo que el número de sujetos que nunca trabajó reducido (20,6%). Cuando se les preguntó acerca de tener formación para trabajar con Educación Especial sólo el 22,7% respondió afirmativamente y el 76,3% negativamente, lo que demuestra una falta de formación en Educación Especial, tanto en la formación inicial, bien en la formación continua.

5.3. El niño con TDHA

Se presentaron diez aspectos sobre las características de los niños con TDAH al nivel de su comportamiento, para que los encuestados los clasifiquen en cuanto a su concordancia, o no, con respecto a los mismos. Concluimos que, en promedio, los encuestados concuerdan con la afirmación positiva de los ítems: El niño con TDAH revela un patrón persistente de falta de atención y exceso de actividad; se distrae más fácilmente en la realización de tareas repetitivas o que exigen altos niveles de atención; presenta respuestas rápidas y precipitadas a las cuestiones que se le plantean; Los comportamientos de niños con TDAH influyen desfavorablemente a otros niños de la clase; El rechazo de los pares lleva al niño con TDAH a encararse a sí misma y al mundo como negativos;

En lo que se refiere a los ítems, en la forma negativa, El niño con TDAH no revela dificultades de organización y no revela dificultades en el cumplimiento de reglas e instrucciones; los encuestados lo evaluaron mayoritariamente en desacuerdo con las afirmaciones.

En relación a la afirmación positiva del ítem: el niño con TDAH aprende de forma semejante a sus compañeros de la clase; los resultados se muestran francamente negativos, y los encuestados muestran desacuerdo.

La afirmación positiva "El niño con TDAH realiza las actividades propuestas de forma más lenta que los compañeros de la clase; fue la que más controversia generó, pues las respuestas no presentan unanimidad, siendo que el porcentaje de concordancia y de desacuerdo es similar y el porcentaje neutro es también significativo.

Por último, podemos decir que, teniendo en cuenta los datos obtenidos, los profesores del colegio, que forman parte de nuestra muestra, por conveniencia, tienen un buen conocimiento acerca de las características conductuales de los niños con TDAH, aunque uno u otro punto hayan generado alguna incertidumbre e incoherencia de respuesta.

5.4. La Musicoterapia

Concluimos que en promedio los encuestados concatan con todas las afirmaciones positivas de los ítems relativos a la musicoterapia.

Los ítems: La música es un lenguaje universal que permite expresar emociones, sentimientos y pensamientos; promueve el desarrollo cognitivo y social; minimiza las dificultades de relación; conduce al autoconocimiento; fomenta el desarrollo de la imaginación, autonomía y creatividad en el niño; como terapia, permite que el niño se conozca mejor a sí misma; fueron los que obtuvieron resultados más positivos, ya que los encuestados evaluaron con "acuerdo" y "estoy totalmente de acuerdo" a gran escala.

En cuanto a los ítems negativos, la musicoterapia no facilita la comunicación individual y la integración social y no implica placer; son unánimemente contestados con discordancia, pues los encuestados nos evaluaron mayoritariamente con "desacuerdo" y "en desacuerdo totalmente".

5.5. La musicoterapia y el niño con TDAH

Concluimos que en promedio los encuestados concatan con todas las afirmaciones positivas de los ítems, presentando resultados de alta concordancia

que alternaron mayoritariamente entre el "totalmente de acuerdo" y "estoy de acuerdo".

El ítem descrito en el cuestionario en forma negativa: la musicoterapia no contribuye a la disminución de la impulsividad "fue evaluado por los encuestados verificándose que no existe unanimidad, ya que las respuestas oscilan entre" desacuerdo "(49%)," en desacuerdo totalmente " (16,7%), "no estoy de acuerdo ni desacuerdo" (27,1%) y "estoy de acuerdo" (7,3%).

Estos valores nos llevan a deducir que los profesores del colegio evaluado, de nuestra muestra, concuerdan que la musicoterapia es una herramienta pedagógica adecuada para los niños con TDAH, que beneficia el desarrollo y el aprendizaje de las mismas.

5.6. Resultados obtenidos e presunciones observadas

En el caso de los niños con TDAH se observan los resultados obtenidos en la cuestión de la problemática inicial de este estudio en que los docentes son de la opinión de que si se conocen la problemática pueden adecuar las estrategias pedagógicas, facilitando la inclusión de los niños con TDAH.

Para Correia (1997), gran parte de los docentes cree en el concepto de inclusión, verificándose que los profesores revelan algunos temores en relación a este proceso de cambio, principalmente por sentir por un lado que les falta la formación necesaria para enseñar a los alumnos con NEE, y por otro, de sentir innumerables dificultades en hacer adaptaciones curriculares. Para este autor, algunos estudios indican que los docentes relatan que las exigencias educativas son mayores cuando tienen alumnos con NEE en sus clases, sintiendo una tensión adicional que, además

de disminuir su habilidad para dar atención a las necesidades académicas y sociales de los alumnos sin NEE, aumenta su frustración y angustia. También los estudios indican que los profesores temen la filosofía de inclusión cuando no se les ofrecen recursos humanos y materiales, tiempo y formación necesarios para implementarla con éxito.

Es en este sentido que el cambio pasa por invertir más en la formación profesional de docentes para que sepan cuál es el camino a seguir, que sepan cómo lidiar con la diversidad, cómo crear instrumentos de adaptación curricular, que conozcan qué medios de comunicación para la divulgación de información y que sepan sensibilizar a la comunidad educativa para la aceptación de la diferencia y de ser diferente.

En la perspectiva de los encuestados, la utilización de la musicoterapia favorece la inclusión de niños con TDAH, siendo en general positiva. A pesar de que existen docentes que no poseen opinión formada en relación a la afirmación planteada, por los valores obtenidos en la recogida de datos (Figura No. 18, 19, 20 y 21), en general, confieren la importancia al recurso de esta terapia en el proceso educativo de niños con TDAH.

Según Padilla (2008), por el carácter lúdico y de libre expresión las actividades de musicoterapia no presentan presiones sobre los niños y son una forma de aliviarla y relajarse, contribuyendo a la participación social. La musicoterapia despierta en los niños nociones de respeto por el otro, favoreciendo la cooperación y la comunicación. De acuerdo con dicho autor, la musicoterapia sirve como estímulo para la realización de movimientos específicos, contribuye a la organización del pensamiento abriendo espacio para nuevos aprendizajes. La

musicoterapia en los niños con TDAH, busca promover su desarrollo y bienestar general.

Para Mársico (1982), las posibilidades de desarrollo auditivo se vuelven cada vez más reducidas, siendo una de las causas el predominio de los estímulos visuales sobre los auditivos y el exceso de ruidos envolventes que se convive frecuentemente. Por eso, es fundamental hacer uso de actividades musicales que exploren el universo sonoro, llevando a los niños a escuchar con atención, analizando, comparando los sonidos y buscando identificar las diferentes fuentes sonoras. Esto desarrollará su capacidad auditiva, ejercitar la atención, la concentración y la capacidad de análisis y selección de sonidos.

Teniendo en cuenta lo que Mársico defiende y el análisis de los resultados obtenidos en la figura No. 27, se observa que una gran mayoría de los encuestados considera que la musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración del niño con TDAH, no hay desacuerdo con esta cuestión. En la perspectiva de los profesores del colegio donde se realizó el estudio, la musicoterapia consigue apelar más a la concentración de los niños con TDAH.

En cuanto al hecho de que los docentes consideren la musicoterapia un instrumento facilitador en el proceso educativo de niños con TDAH, con base en los datos recogidos, se verifica que, a pesar de existir docentes que no manifiestan opinión sobre el tema, existe una mayoría que ve en esta terapia un recurso pertinente. (Figuras No. 18, 19, 20 y 21).

VI. CONCLUSIÓN

El conocimiento de los profesores del colegio “Nova Ingenieros School SAC” sobre la TDAH es insuficiente (71,1%), con el 9,1% de los encuestados, este conocimiento nulo y un número poco significativo de encuestados respondiendo que su conocimiento es suficiente (14,4%); sólo el 4,1% lo clasificó como bueno. De la misma forma, más de la mitad de los encuestados (78,4%) ya se contactó o trabajó con niños con esta perturbación, por lo que el número de sujetos que nunca trabajó reducido (20,6%). Cuando se les preguntó acerca de tener formación para trabajar con Educación Especial sólo el 22,7% respondió afirmativamente y el 76,3% negativamente.

Por lo cual indica que los profesores del colegio “Nova Ingenieros School SAC” a menudo se enfrentan a la presencia de alumnos con TDAH en sus aulas y que, aún así, existen profesores con déficit de conocimiento en este tema, a pesar de verificarse una preocupación en buscar formación en el área de la Educación Especial.

En estos puntos se observan los resultados obtenidos que los docentes conocen las características conductuales por su experiencia y contacto continuo de niños con TDAH, pero aun sabiendo esto, ellos responden a que su conocimiento es insuficiente sobre el TDAH y por consiguiente son de la opinión de que si se conocen la problemática de manera completa pueden adecuar las estrategias pedagógicas, facilitando la inclusión de los niños con TDAH.

Al analizar este estudio, se puede concluir que los profesores, por unanimidad, reconocen en la musicoterapia un potencial apoyo en el trabajo con niños con TDAH, pues permite ayudar a los niños a superar las limitaciones que esta perturbación les provoca. Siendo así, consideramos que la musicoterapia es beneficiosa y que facilita la comprensión y la concentración, impulsando un mejor desempeño escolar por parte del niño en especial del niño con TDAH.

VII. RECOMENDACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones, aunque se ha buscado la distribución y análisis de encuestas para obtener resultados más amplios, la verdad es que no podemos generalizar las conclusiones, no sólo porque la muestra es reducida, contando sólo con la aportación de 32 profesores, pero también debido a las opciones metodológicas hechas. Aunque se siguieron los pasos de la investigación cuantitativa, se podrían haber aplicado algunas cuestiones abiertas que nos permitiría obtener resultados más consistentes y más próximos a la realidad, por lo que se recomienda realizar otros estudios similares en el futuro.

Una vez que el estudio se centró en el conocimiento de profesores del colegio “Nova Ingenieros School SAC”, como línea futura de investigación podría dirigir el universo de la muestra a profesores de otro nivel de enseñanza, especialmente el preescolar o el secundario, que presenten TDAH, haciendo una distribución y análisis de encuestas más amplias, mejorando y adaptando este instrumento de acuerdo con el universo de la muestra pretendida. Otra posibilidad, no menos interesante, sería todavía hacer un estudio de caso más profundos.

Del mismo modo este estudio nos da a los terapeutas de lenguaje una herramienta muy interesante para la aplicación de la musicoterapia dentro de nuestros planes de tratamiento para los niños con TDAH por todos sus beneficios observados en este estudio.

Sería interesante comparar sus elementos como instrumento de terapia en niños con autismo y otras patologías del lenguaje como una estrategia con innumerables potencialidades que permiten crear canales de comunicación fundamentales para la realización de nuevos aprendizajes.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J. P., Marroy, C., Ruquoy, D. & Saint-Georges, P. (2005). *Práticas y Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. Lisboa: Gradiva.
- Antunes, N. L. (2009) *Mal – Entendidos de la Hiperactividad al Síndrome de Asperger. De la Dislexia a las Perturbaciones del Sueño. Las respuestas que atención*. Lisboa, Verso da Kapa.
- (APA), A. P. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadística de Transtornos Mentales - DSM IV TR*. Lisboa: Clemepsi Editores.
- Bañol, F. S. (1993) *Biomúsica*. São Paulo: Icone.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and treatment*; New York, Guilford Press, segunda edición.
- Barreto, S. (2000). *Psicomotricidad: educación y reeducación*. Blumerau: Academica. 2. ed.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria de la Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial: Recuperado el 15 de Febrero de 2018 de: http://books.google.pt/books?id=wuwiin0CK0C&pg=PP1&lpg=PA7&ots=o_cGlaRUi4&dq=Benenzon+Teoria+da+Musicoterapia&lr=&hl=pt-PT
- Brescia, V. P. (2003). *Educación Musical: Bases psicológicas e acción preventiva*. Campinas: Átomo.
- Bruscia, K. E. (2000). *Definiendo musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- D'Almeida, A. V. (1993). *Que es la Música*. Lisboa: Difusão Musical.
- Falardeau, G. (1997) *Los Niños Hiperativos*. Mem Martins: Edições Celop.
- Federação Mundial de Musicoterapia, 1996: [http://: www.musica.com](http://www.musica.com) , consultado el 7 de Febrero de 2018.

- Fonseca, A.C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais. Em *Hiperactividade e Problemas de Atenção em Crianças e Adolescentes. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 19, pp. 165-199.
- García, I. (2001). *Hiperactividad*. Lisboa, MCGraw-Hill.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coleção Nova Era: Educação e Sociedade, Coimbra, Quarteto.
- Organización Mundial de Salud. (2007). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CID- 10)*. Ginebra: OMS.
- Padilha, M. (2008). *A musicoterapia no tratamento de crianças com Espectro de Autismo*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Covilhã, Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior.
- Parker, H. C. (2003) *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade – um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais, dirigida por Luis Miranda Correia. Porto Editora.
- Sosin, D. & Sosin, M. (2006). *Comprender el Desorden por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Porto, Porto Editora.
- Sousa, A. (2005). *Investigaciones en educación*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Wigram, T. (2000). *A Model of Diagnostic Assessment and Analysis of Musical in Music therapy*. Radlett: Harper House Publications.
- World Federation of Music Therapy. (s.d.). Obtenido el 20 de Enero de 2018, en <http://musictherapyworld.net/WFMT/Home.html>
- Vilar, I. O. (2002). *Déficit de Atención con hiperactividad – manual para padres y educadores*. Madrid, Editorial Cepe.

ANEXOS

ANEXO 1**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Consentimiento Informado

Yo, _____, me enteré del estudio en el que estaré incluido y comprendí la explicación que me fue dada acerca de la investigación que se pretende realizar.

Estoy enterado(a) que la participación es voluntaria y con la posibilidad de retirarme del estudio en cualquier momento, sin ningún problema.

Declaro haber aceptado ser parte de este estudio, así como el uso de la información recogida en el ámbito de este trabajo de investigación.

_____, ____ de _____ de 2018

(Firma del Participante)

(Firma de la Investigadora)

ANEXO 2 - INSTRUMENTO**(Traducido y adaptado de Silva F., Patricia; 2012)****DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES****Señale con un X en el cuadrado correspondiente:**

1. Género: Femenino Masculino
2. Edad: de 21 a 31 años de 32 a 41 años de 42 a 52 años
más de 52 años
3. Grados y títulos: Bachiller Licenciatura Maestría
Doctorado Especialidad
4. Profesión: Profesor de 1er grado Profesor de 2do grado
Profesor de 3er grado Profesor de 4to grado
Profesor de 5to grado Profesor de 6to grado
5. Tiempo de servicio: 0-5 6-10 11-15 16-20 20-25
30-35 36 a más
6. Recibió alguna formación específica en el área de Necesidades Educativas Especiales?: Sí No

DATOS DEL ESTUDIO:**Señale con un X en el cuadrado correspondiente:**

- Ha trabajado alguna vez con niños con TDAH?

Sí No

- Cómo clasifica su conocimiento sobre el TDAH?

Nulo Insuficiente Suficiente Bueno Muy bueno

- Considera que la musicoterapia puede contribuir para el desarrollo del aprendizaje de los niños con TDAH?

Sí No

N.º	Preguntas de la encuesta	Concuerdo Totalmente	Concuerdo Ni concuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo totalmente
Conocimientos relacionados a los niños con TDAH					
1.	Revela un patrón persistente de falta de atención y exceso de atención la actividad;				
2.	No revela dificultades en el cumplimiento de reglas e instrucciones;				
3.	Se distingue más fácilmente en la realización de tareas repetitivas o que exigen altos niveles de atención;				
4.	Realiza las actividades propuestas de forma más lenta que los compañeros de la clase;				
5.	No revela dificultades de organización;				
6.	Presenta respuestas rápidas y precipitadas a las cuestiones que se le plantean;				
7.	Aprende de forma similar a sus colegas de la clase;				
8.	Los comportamientos de niños con TDAH influyen desfavorablemente a otros niños de la clase;				
9.	El rechazo de los pares lleva al niño a encararse a sí mismo y al mundo como negativos;				
10.	No se puede tratar a través de la medicación.				
Musicoterapia como estrategia de enseñanza					
11.	La música es un lenguaje universal que permite expresar emociones, sentimientos e pensamientos;				
12.	Promueve el desarrollo cognitivo y social;				
13.	Minimiza las dificultades de relación;				
14.	No facilita la comunicación individual y la integración social;				
15.	Conduce al autoconocimiento;				
16.	Al contacto con la música el niño no reacciona de forma desfavorable;				
17.	No implica placer;				
18.	Fomenta el desarrollo de la imaginación, autonomía y creatividad en el niño.				
Actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativa					
19.	Como terapia permite que el niño se conozca mejor a sí mismo;				
20.	La Musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración da criança com TDAH;				
21.	La Musicoterapia desempeña un papel importante en el desarrollo de la autoestima del niño con TDAH;				
22.	La Musicoterapia no contribuye a la disminución de la impulsividad;				
23.	La música es una estrategia favorable en el proceso educativo de niños con TDAH;				
24.	La musicoterapia es un recurso que favorece la socialización, abriendo camino al desarrollo de nuevos aprendizajes.				
25.	Las actividades musicales pueden ser una gran contribución para el desarrollo escolar de alumnos con TDAH.				

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	Variables y dimensiones	METODOLOGÍA
<p>General</p> <p>¿Cuál es el conocimiento sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p> <p>Específicas</p> <p>Cual es el nivel de conocimiento de los profesores sobre musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p> <p>-¿Cuál es la percepción de los profesores sobre la musicoterapia como estrategia de aprendizaje en el proceso</p>	<p>General</p> <p>Determinar el conocimiento de los profesores sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p> <p>Específicas</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento de los profesores sobre la musicoterapia en el proceso educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p> <p>Determinar la percepción de los profesores sobre la musicoterapia como estrategia de aprendizaje en el proceso educativo de niños con TDAH</p>	<p>Variable de estudio</p> <p>conocimiento de los profesores</p> <p>Dimensiones</p> <p>-D1.nivel de conocimiento de la musicoterapia en el proceso educativo</p> <p>-D2. Musicoterapia como estrategia de enseñanza</p> <p>-D3. Actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativa</p> <p>Indicadores</p> <p>-Indicadores de la dimensión 1:</p> <p>Revela un patrón persistente de falta de atención y exceso de atención la actividad;</p> <p>No revela dificultades en el cumplimiento de reglas e instrucciones;</p> <p>Se distingue más fácilmente en la realización de tareas repetitivas o que exigen altos niveles de atención;</p> <p>Realiza las actividades propuestas de forma más lenta que los compañeros de la</p>	<p>TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO :</p> <p>La investigación será de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental.</p> <p>El método será hipotético deductivo, con un tratamiento de los datos y un enfoque cuantitativo.</p> <p>Población</p> <p>La población estará constituida por todos los profesores del nivel primario de aquellos niños que asisten al colegio “Nova</p>

<p>educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p> <p>-¿Cuál es la actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p> <p>-¿</p>	<p>que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p> <p>Determinar la actitud de los profesores sobre la musicoterapia en la inclusión educativo de niños con TDAH que asisten al colegio “Nova Ingenieros School SAC” durante el periodo de Abril a Diciembre de 2018.?</p>	<p>clase;</p> <p>No revela dificultades de organización;</p> <p>Presenta respuestas rápidas y precipitadas a las cuestiones que se le plantean;</p> <p>Aprende de forma similar a sus colegas de la clase;</p> <p>Los comportamientos de niños con TDAH influyen desfavorablemente a otros niños de la clase;</p> <p>El rechazo de los pares lleva al niño a encararse a sí mismo y al mundo como negativos;</p> <p>No se puede tratar a través de la medicación.</p> <p>- I2. Indicadores de la dimensión 2:</p> <p>La música es un lenguaje universal que permite expresar emociones, sentimientos e pensamientos;</p> <p>Promueve el desarrollo cognitivo y social;</p> <p>Mínimiza las dificultades de relación;</p> <p>No facilita la comunicación individual y la integración social;</p>	<p>Ingenieros School SAC”</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra será el total de la población por ser una población pequeña siendo constituida por 32 profesores de 32 niños con TDAH que acuden al colegio “Nova Ingenieros School SAC”</p>
---	--	--	--

		<p>Conduce al autoconocimiento; Al contacto con la música el niño no reacciona de forma desfavorable; No implica placer; Fomenta el desarrollo de la imaginación, autonomía y creatividad en el niño.</p> <p>-I3. Indicadores de la dimensión 3: Como terapia permite que el niño se conozca mejor a sí mismo; La Musicoterapia favorece el desarrollo de la atención y la concentración da crianza con TDAH; La Musicoterapia desempeña un papel importante en el desarrollo de la autoestima del niño con TDAH; La Musicoterapia no contribuye a la disminución de la impulsividad; La música es una estrategia favorable en el proceso educativo de niños con TDAH; La musicoterapia es un recurso que favorece la socialización, abriendo camino al desarrollo de nuevos aprendizajes.</p>	
--	--	--	--

		<p>Las actividades musicales pueden ser una gran contribución para el desarrollo escolar de alumnos con TDAH.</p> <p>Respectivamente a las dimensiones del estudio.</p> <p>Escala/Medición</p> <p>Escala de Likers:</p> <ul style="list-style-type: none">- Concuerdo totalmente- Concuerdo- No concuerdo ni desacuerdo- En desacuerdo- En desacuerdo totalmente	
--	--	---	--