



**Universidad Pedagógica Nacional**

---

---

**Unidad Ajusco**

**Área Académica No. 5 “Teoría Pedagógica y Formación  
Docente”**

**La atención de USAER para el caso de Karen, una niña que  
presenta TDAH**

**Tesis**

**Que para obtener el grado de:  
Licenciada en Pedagogía**

**Presenta  
Vania Berenice Del Llano Granados**

**Asesora  
Mtra. Virginia Álvarez Tenorio**

**México D. F., junio 2012**

## **AGRADECIMIENTOS**

Por fin llego la culminación de un sueño después de haber recorrido un largo camino, lleno de retos pero también de muchos éxitos, el principal, la vida misma que hoy me permite compartirlo con la gente que amo y que ha sido si apoyo y fortaleza del día a día.

Gracias a mis PAPÁS por su amor, respaldo compañía y sobre todo la paciencia que han tenido, por siempre estar presentes, por las pláticas, los consejos y los regaños, sin duda este logro es principalmente para ustedes.

A Luis, Alejandro, Iván y Ulises, por ser mis ejemplos, de todos y cada uno tengo mucho que aprender, son mi inspiración de superación.

A mis cuñadas, por ser las compañeras de vida de mis hermanos, también por ser las mamás de mis hermosos sobrinos (Uriel, Alix, America, Diego y el pequeño Dalí) son un motivo más para sonreír y seguir adelante.

A los LAE (Joe, Gisbert, Mangel, Alfonso y Wally) por seguir siendo parte de mi vida después de tantos años, por todas las aventuras, las locuras, los buenos y los malos momentos que hemos vivido juntos y los que faltan.

A mis amigas Claudia, Aurea, Janet, Dalia y Eliza, porque no importa la distancia, sé que siempre están presentes. Muchas gracias por su amistad.

También extendo el agradecimiento a las personas que he conocido en el final de este trayecto, quienes me han brindado su apoyo, confianza y cariño.

**A mi asesora Virginia Álvarez, por ser parte fundamental de este proyecto y sobre todo por el trabajo y esfuerzo realizado, al igual que al Profesor Arturo Álvarez por los consejos y las enseñanzas.**

**GRACIAS A DIOS, por dejarme seguir siendo parte de este mundo y llegar a la culminación de un gran sueño.**

**Y muy en especial el agradecimiento y dedicación a O.S.G.C por todo lo vivido juntos, sé que me cuidas y siempre caminaras a mi lado.**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1.</b>	
<b>LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA</b>	<b>3</b>
1.1. Del trato de las personas con discapacidad a la educación especial	3
1.2. Integración Educativa en México	11
1.3. Servicios de Apoyo para la Integración Educativa	19
<b>Capítulo 2.</b>	
<b>TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)</b>	<b>26</b>
2.1. Definición	27
2.2. Etiología	31
2.3. Diagnóstico y evaluación	43
2.4. Tratamiento e Intervención	50
<b>Capítulo 3.</b>	
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE USAER PARA ATENDER LAS NEE DE UNA NIÑA CON TDAH. EL CASO DE KAREN</b>	<b>59</b>
3.1. Metodología	59
3.2. Selección y definición del caso	60
3.3. Elaboración de una lista de preguntas	62
3.4. Localización de las fuentes de datos	63
3.5. Análisis e interpretación	65
3.6. Informe final	79
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>82</b>
<b>FUENTES INFORMATIVAS</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>90</b>

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años es común escuchar a los profesores de las escuelas regulares asegurar que en su grupo hay niños que tienen Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), etiqueta que imponen a los alumnos por sólo mostrar desatención o inquietud. Esto ha desencadenado una tendencia a supuestamente diagnosticar sin hacerlo propiamente por parte de especialistas, por lo que resulta pertinente preguntar: ¿a cuántos niños, en realidad, se les ha realizado un diagnóstico? y ¿qué tipo de apoyos se ofrecen por parte de los servicios de Educación Especial (EE) en las escuelas regular para atender sus necesidades educativas especiales?

Para dar respuesta a estas interrogantes el presente trabajo tiene como finalidad explicar el caso de una niña que es atendida por una Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) por presentar TDAH. El caso resulta interesante porque al abordarlo como estudio de caso, fue necesario explicar las condiciones, limitantes y problemas diversos que se enfrentaron para acceder a una USAER y emplear algunas técnicas que permitieran acopiar y sistematizar información diversa sobre cómo procedió el personal docente de la escuela regular y el personal de los servicios de apoyo para atender las necesidades educativas de la alumna. El marco con el que se analiza e interpreta este proceder parte de los principios y conceptos del programa de integración educativa, enfoque pedagógico que propugna por la igualdad, equidad y calidad en los servicios educativos para desarrollar las potencialidades cognitivas y humanas de los niños que asisten, presenten o no alguna desventaja física, sensorial, intelectual o social.

Es así que la presente tesis se estructura en tres capítulos, el primero denominado “La integración educativa”, en donde se reseñan algunos datos de la EE para ampliar y comprender de mejor manera el surgimiento de la misma, así como conocer su incorporación en el establecimiento de la Integración Educativa (IE), enfoque pedagógico que se concretó en una política social y educativa que

propugna por el respeto a las diferencias, el cumplimiento de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y la atención a través de una educación de calidad, que atienda a niños que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE) con o sin alguna discapacidad para desarrollar sus potencialidades, lograr autonomía y tener una vida normal como cualquier otra persona.

En el segundo capítulo, nombrado “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” se presenta la caracterización, definición, etiología, diagnóstico y evaluación, así como el tratamiento que prescribe el especialista como puede ser el neurólogo o el psiquiatra infantil y la intervención que programan los profesionales como son: el psicólogo, el pedagogo y el maestro de educación especial. Esto con la finalidad de que el lector tenga una panorámica de las desventajas y dificultades que presenta una persona con TDAH, así como las opciones que puede tener en términos de su intervención. Aspectos por demás importantes a ser considerados por los profesionales de los servicios de apoyo para saber cómo proceder en el plan de intervención del alumno que oriente a su integración educativa y social.

En el tercer capítulo, titulado “Programa de intervención de USAER para atender las NEE de una niña con TDAH. El caso de Karen” se explica el proceder metodológico, así como las técnicas e instrumentos empleados para recabar la información y analizarla con base en los aspectos señalados en los capítulos anteriores, así como la evaluación psicopedagógica realizada por el centro de apoyo para detectar las NEE y determinar las estrategias y recursos que requiere la alumna.

# CAPÍTULO 1

## INTEGRACIÓN EDUCATIVA

Actualmente la EE como práctica profesional orientada a atender las NEE de los alumnos que presentan alguna discapacidad sea física, sensorial o intelectual, es conocida por un amplio sector de la sociedad, sin embargo su proceso para instituirse como tal resulta una incógnita para muchos de los profesionales que atienden a esta población en los centros educativos, razón por la cual en este primer capítulo abordaremos tres apartados, cada uno de los cuales servirá de base para explicar cómo en épocas pasadas se ha pensado a la discapacidad hasta conformar una postura educativa que se instituyó como una alternativa para la población infantil que presentara alguna discapacidad e incluso discapacidad múltiple y severa.

Así la EE además de ser una opción educativa, representó el antecedente para lo que posteriormente surgió como demanda social y cambio en la manera de pensar a la discapacidad, llamada IE la que se concretó de manera específica en nuestro país como un proyecto educativo que ha contado con servicios de apoyo para responder a los requerimientos particulares de los alumnos con o sin discapacidad.

### **1.1. Del trato de las personas con discapacidad a la educación especial**

En el trayecto histórico de la humanidad, la diferencia física, psicológica e incluso cultural no siempre ha sido aceptada y tampoco pensada como una condición que enriquece a los miembros de una sociedad; ejemplos de esto pueden ser varios, como en la Grecia antigua en donde se pensaba que la discapacidad era anormalidad y por consiguiente se suponía que era una enfermedad. De manera similar en la antigua Roma, a los recién nacidos que presentaran alguna discapacidad o deformidad física se les arrojaba desde un monte o se les abandonaba. Al paso del tiempo esta situación no cambió mucho, ya que en la Edad Media se pensaba que las personas con alguna discapacidad

estaban enfermas o eran poseídas por el demonio. Sin embargo por los preceptos cristianos prevaleció la idea de que eran personas que necesitaban de la asistencia, razón por la cual se crearon los primeros espacios en los que se les brindaba comida y un lugar para vivir. Estos recintos siempre se encontraban apartados y, con el tiempo, derivaron en asilos, orfanatos y hospitales. (Jiménez y Vila, 1999: 85-86)

Sin lugar a duda, las organizaciones de tipo religioso durante el siglo XVI permitieron para esta población no sólo asistencia, sino enseñanzas diversas que les posibilitaron desarrollar algunas habilidades, como leer y escribir, en este rubro destaca el trabajo realizado por Pedro Ponce de León, quien se dedicó a ofrecer educación a niños sordos. (Aranda, 2008:1)

Para el siglo XVIII se fundan en París tanto la primera escuela de sordos como la de ciegos, proclamando con los resultados de estas experiencias educativas, que era posible llegar a una institucionalización a partir de estos esfuerzos.

A finales del siglo siguiente, en 1898, en Estados Unidos, Graham Bell declara que los niños con discapacidades deben educarse en escuelas especiales ubicadas en sus comunidades, (Aranda, 2008:2). Así en el siglo XX las escuelas de educación especial representaron la oportunidad y posibilidad para que estos niños fueran atendidos en centros con personal y equipos especiales, reportando las siguientes ventajas:

- La adaptación de los edificios (...)
- La elaboración de materiales didácticos (...)
- La conformación de equipos docentes especializados según el trastorno (...)
- El abordaje de casos de manera interdisciplinaria (...)
- El respeto al ritmo de enseñanza y aprendizaje (...)
- La protección de los niños con discapacidad frente a los abusos de los otros niños y
- Una mayor comprensión e identificación entre los padres de familia, al compartir problemáticas similares. (Toledo, *apud.*, García *et al.*, 2000:27)



En el caso particular de México, la EE podría comprender según Sevilla dos épocas, una denominada asistencial y filantrópica que comprendería desde el periodo precolombino hasta la independencia y la segunda, conocida como estatal, cubriendo desde la independencia hasta finales de los años ochenta hasta la actualidad, (*Apud.*, Sánchez *et al.*, 2003:200).

Considerando otros aspectos y con base en una amplia revisión de documentos oficiales emitidos por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Dirección General de Educación Especial (DGEE) establecen que la historia de la EE en nuestro país comprende cinco etapas:

La primera, a partir de 1867 y hasta 1932. Desde la fundación de la Escuela Nacional de Sordomudos (1867) y Ciegos (1870) hasta la creación, en 1929, por la SEP del Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar primer intento de institucionalizar la EE (...)

La segunda, de 1933 a 1958, se caracteriza por la proliferación de escuelas especiales como el Instituto Mexicano Pedagógico, la Clínica de la Conducta y de Ortolalia y el Instituto Nacional de Psicopedagogía, así como la creación de la Escuela Normal de Especialización, institución ocupada, básicamente de la formación de maestros especialistas para ciegos y sordomudos.

La tercera etapa de 1959 a 1966, coincide con la fundación de las escuelas Primaria de perfeccionamiento para niños con problemas de aprendizaje, en Córdoba, Veracruz; y de la mixta para adolescentes, separándose la de adolescentes mujeres en 1963.

La cuarta etapa de 1967 a 1994, se circunscribe a la existencia de la EE a partir de un decreto presidencial que da origen a los proyectos: grupos integrados de atención a niños y jóvenes sobresalientes (CAS) y grupos IPALE-PALEM, modelos de atención educativa en medios rurales y el Programa Nacional de Integración.

La quinta etapa, la actual, está caracterizada por una disgregación de las políticas de EE acordes con la federalización, y una confusión general en cuanto a los límites y alcances de la EE, coloreada por los muchos intentos de integración a diferentes niveles y perspectivas, (Sánchez *et al.*, 2003:199-200).

La historia de la EE en México no resulta diferente a lo que sucedió en otros países, ya que antes que los Estados Nación se encargaran de la atención a las personas con discapacidad, fueron la Iglesia y grupos o asociaciones de beneficencia quienes brindaron asistencia y educación a este sector de la población.

De manera sintética, mencionaremos algunos hechos que retomamos de Sánchez *et al.* (2003) y que consideramos, resultan significativos para dar cuenta del proceso que ha presentado la EE en nuestro país.

A partir de la Reforma, es decir en el primer tercio del siglo XIX, el Estado mexicano creó la Secretaría de Relaciones encargándose de todo lo relativo a la educación. De esta manera la asistencia a los niños y jóvenes que presentaban alguna discapacidad se consideró como un problema de salud que tendría que ser atendido por profesionales que se responsabilizaron de su rehabilitación y educación.

En esta línea de acción política, en 1890 se convocó al Congreso Nacional de Instrucción Pública en la que se planteó como propósito el ofrecer educación laica, gratuita y obligatoria a nivel nacional, considerando por primera vez a las escuelas de EE es decir la de ciegos y sordos, ya que con ellos se inició el proceso de apoyo, así como las que enseñaban algún oficio y los reformatorios para menores delincuentes.

En 1908 la Ley de Educación Primaria para el Distrito Federal consideró en su artículo 16 que el Ejecutivo establecería escuelas especiales para niños con problemas en su desarrollo físico, mental o moral, ofreciendo educación con la finalidad de normalizar su desarrollo para que después se incorporaran a las escuelas regulares. Aún y cuando este precepto propugnó por la incorporación de esta población, por desgracia no se llevó a la práctica ya que se suscitó el movimiento armado de la Revolución. No obstante las acciones que se impulsaron durante esa época sobre la instrucción y educación hacia las personas con alguna discapacidad no descartaba la concepción rehabilitadora. Asimismo, en 1917, algunas instituciones de carácter penitenciario, como las Escuelas Penales y Correccionales de la Cd. de México, al tener entre sus reclusos algunos jóvenes con discapacidad intelectual, asumieron la orientación de rehabilitación.

Otra orientación asumida en algunas instituciones que trabajaban con personas discapacitadas, fue la psicométrica que usaba instrumentos diseñados para proporcionar información cuantitativa sobre algunos aspectos como:

La inteligencia, intereses o aspectos de la personalidad. Éstos los aplicaba para valorar de manera estandarizada los niveles obtenidos.

Como ejemplos de esto se pueden citar al Dr. Santamarina quien en 1924 en Veracruz adaptó diversas pruebas psicométricas para seleccionar a niños con discapacidad intelectual y otras deficiencias a quienes denominó como anormales y para quienes sugería una educación en clases anexas especiales bajo el cuidado de maestros especiales. Asimismo en 1925 el Dr. Bodet a cargo de la sección de Psicotecnia y Probación del Gobierno del Distrito Federal usó la escala de inteligencia Binet-Simon-Terman para detectar problemas de aptitud en las personas.

Antes de que la EE se institucionalizara a nivel nacional, en 1925 se creó el Departamento de Psicopedagogía e Higiene, organizado por el Dr. Aguirre en tres áreas: la de Previsión Social dedicada a investigar las causas del retardo mental en los escolares, así como las bases para su mejoramiento social; Orientación Profesional ocupada del análisis de las propuestas de formación de profesiones y oficios y finalmente las Escuelas Especiales, que incorporadas al departamento de la SEP, seleccionaban a los niños que presentaban alguna anomalía tanto física como mental para ser atendidos y ofrecerles una educación acorde a sus “necesidades”.

La higiene escolar fue otra de las perspectivas con las que se procedió en el servicio de EE porque desde la base médica de la normalidad en el desarrollo físico y mental, se procedía a detectar y seleccionar a los alumnos con alguna anomalía para sacarlos del aula regular y darles tratamiento educativo para posteriormente integrarlos a un grupo de educación regular.

Para enfatizar la relación entre el campo de la salud y la EE, en 1932 se ubican dos escuelas especiales como anexo de las policlínicas No. 1 y 2 en las que el Dr. Santamarina realizó estudios médicos, pedagógicos, psicológicos y sociales, los que le posibilitaron establecer dos categorías para la selección de los

escolares: los anormales por causas sociales y los anormales por causas biológicas o físicas.

De esta manera, la anormalidad se torna un problema complejo, dado que lo anormal sea físico o social, no sólo tiene que ver con lo intrínseco del individuo sino que empiezan a establecerse correlaciones con los ambientes, sea el familiar o social, sin embargo la etiqueta de anormal continúa significando enfermedad, sea moral, social o biológica.

En esta línea de la detección, clasificación e intervención, surgieron propuestas de grupos de capacitación y experimentación pedagógica, llevando en 1934 el inicio de la estructura de un plan de trabajo conjunto entre el departamento de psicopedagogía y el de enseñanza primaria para capacitar a los maestros en el área de EE.

Es en este contexto cuando el Dr. Solís plantea ante la SEP, la necesidad de institucionalizar la EE, considerando para 1935 en la Ley Orgánica de Educación en su apartado referente a la protección de los deficientes mentales y menores infractores, en su capítulo XVI, artículo 105, en donde se establece:

...para satisfacer las necesidades educacionales del país, el Estado atenderá los siguientes tipos especiales de educación: I. Para retrasados mentales; II. Para anormales físicos o mentales y III. Para menores en estado de peligro social o infractores de leyes penales, y IV. Para adultos delincuentes. (*Apud.*, Sánchez *et al.*, 2003:207)

Para realizar investigación sobre la debilidad mental y trastornos emocionales, así como la formación y orientación de parte de médicos especialistas hacia los padres y maestros, en 1935 se fundó el Instituto Médico Pedagógico. Así en la continuidad de realizar estudios e investigación para conocer la realidad educativa de México de la EE, en 1936 se creó el Instituto Nacional de Psicopedagogía.

Para 1943 se abrió la Escuela de Especialización de Maestros con carácter experimental para promover la formación de profesores especialistas quienes se ocuparían de atender a los niños con NEE; en 1946 se propuso una Escuela de Especialización de Maestros en EE, reformándose la Ley Orgánica de Educación; en 1945 se inauguró la formación de maestros en la especialidad de ciegos y sordos; en 1946 se fundó la Clínica del lenguaje; en 1947 inició sus funciones el primer Jardín de Niños para deficientes mentales; en 1948 se promovió la formación de profesores especialistas en débiles visuales; en 1952 se creó la Clínica de Ortolalia, en 1953 se fundó la escuela sin rejas para niños y jóvenes con problemas emocionales y deficiencia mental; en 1953 se creó la Dirección General de Rehabilitación dependiendo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; en 1955 se inició la especialización en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor; en 1957 se inició el Centro de Rehabilitación para el tratamiento de trastornos de audición y lenguaje; en 1958 se inició la licenciatura en educación de ciegos y débiles visuales financiada por las Naciones Unidas; en 1960 se crearon en el Distrito Federal las escuelas primarias de perfeccionamiento y en ese mismo año se creó la Oficina de Coordinación de EE dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigación Científica.

Finalmente en diciembre de 1970 se creó la DGEE mediante decreto presidencial, estableciéndose que dependería de la Subsecretaría de Educación Básica, "...con el objetivo de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos y la formación de maestros especialistas, por lo que la Escuela Normal de Especialización pasa a depender de esa dirección." (Morales, 1999:154)

La EE durante el periodo de 1970 a 1988 vivió cambios importantes, a los que Morales califica como transformaciones y que refieren al cambio de concepción o modelo de atención, es decir del médico-terapéutico al propiamente educativo, al crecimiento de este tipo de servicios y su inserción en las escuelas primarias regulares para atender a los alumnos que presentaran discapacidad y problemas de aprendizaje. (1999:158)

Algunos de estos cambios fueron: la creación de especialidades en Problemas de Aprendizaje y la Corrección de Trastornos en el Lenguaje de la Escuela Normal de Especialización; la puesta en práctica de los planes experimentales Saltillo y Nuevo León, antecedentes de los Grupos Integrados; la organización de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE); la incorporación de los objetivos de la EE en los del Sistema Educativo Nacional, que se establecen en el artículo 15 de la Ley Federal de Educación, en 1973; dichos Grupos Integrados tenían por objetivo abatir la reprobación, el fracaso escolar y el funcionamiento de las primeras Coordinaciones de EE en las entidades federativas. Por ello, es importante indicar que en 1976 las escuelas públicas brindaron en el primer grado el servicio de Grupos Integrados como estrategia de integración institucional, lo cual se fortaleció con la creación en 1979 de los Centros Psicopedagógicos (CPP).

Estos servicios propiciaron un modelo educativo que se centró en los procesos cognoscitivos, escolares, sociales y psicológicos. Asimismo se pueden señalar la atención a niños con capacidades y aptitudes sobresalientes en las escuelas primarias del DF, en 1986 y los Grupos Periféricos que tuvieron como objetivo llevar el servicio de los CPP a los centros escolares de educación básica en el país en 1988. (Morales, 1999:158-159)

Con base en lo antes expuesto, las escuelas de EE representaron la posibilidad para que los niños con alguna discapacidad, trastorno en el desarrollo y problemas en el aprendizaje fueran atendidos; este tipo de escuelas reportaron las siguientes ventajas:

- La adaptación de los edificios (...)
- La elaboración de materiales didácticos (...)
- La conformación de equipos docentes especializados según el trastorno.
- El abordaje de casos de manera interdisciplinaria (...)
- El respeto al ritmo de enseñanza y aprendizaje (...)
- La protección de los niños con discapacidad frente a los abusos de otros niños.
- Una mayor comprensión e identificación entre los padres de familia, al compartir problemáticas similares. (*Apud.*, García *et al.*, 2000:27)

A pesar de todos estos beneficios, algunos sectores de la sociedad retomaron las críticas que en países de Europa se hicieron sobre la EE, porque consideraban que separaba a los alumnos de sus contextos familiares y sociales, los privaba de su integración y no les preparaba realmente para enfrentar la vida.

Estas críticas se acentuaron en la medida en que cobraba mayor aceptación y relevancia la nueva concepción de la integración educativa, pues proclamaba: "...la participación de las personas con necesidades de educación especial en todas las actividades de la comunidad educativa, con miras a lograr su desarrollo y normalización en su hábitat natural." (Frola, 2004:19)

## **1.2. El programa para la Integración Educativa**

Como se anotó en el apartado anterior, la concepción de EE, se centraba básicamente en la discapacidad o limitación del alumno sin relacionarla con el medio familiar, escolar y social, condición que supuestamente no le permitiría llevar una vida "normal".

A partir de este precepto, en la década de los años sesenta del siglo pasado en Dinamarca, Bank-Mikelsen propuso el concepto de normalización como idea que posibilitó la reflexión y comprensión de que las personas que presentan alguna discapacidad tienen el derecho de llevar una vida tan normal como la de cualquier otra. Nirje retomó el concepto, expresando que refiere al ritmo de vida que cualquier persona establece para realizar sus diversas actividades y Wolfensberger lo orientó hacia el uso de medios para mantener características y conductas afines a las normas culturales del medio donde viva la persona. (García *et al.*, 2000:29)

Gracias al desarrollo y difusión del concepto de normalización, prosperó y se manifestó como una corriente de pensamiento en la que la discapacidad se relaciona con el medio social, la evaluación se centra en los procesos, el desarrollo no es pensado como un determinante del aprendizaje, se reconoce la

diversidad en las escuelas, se relaciona al fracaso escolar con aspectos sociales y pedagógicos, se pronuncia por el desarrollo de la sensibilización social y propone la desaparición de los servicios de educación especial por no lograr la integración de sus alumnos. (Marchesi y Martín *apud.*, García *et al.*, 2000:30-31)

El último tercio del siglo pasado Suecia y Dinamarca fueron los primeros países en proclamarse a favor de una educación integradora, siguiéndole otros como Inglaterra, Francia, Italia, Estados Unidos y Canadá, estableciendo un marco legislativo para normar esta práctica educativa. A este grupo de naciones en 1980 se unieron España y algunos países del sur de América como respuesta a la promoción que la UNESCO (por sus siglas en inglés) realizó del decreto Educación para todos.

Otros programas y acuerdos que se establecieron para promover a la integración educativa fueron: el Programa de Acción Mundial para los Impedidos de la UNESCO (1981), la Convención de la Organización Internacional del Trabajo sobre Rehabilitación Vocacional y Empleo para Personas con Discapacidad (1983), la Declaración Universal de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos Humanos (1987), la Declaración Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje (1990), la Declaración de Managua (1993), las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad (1993) y la Declaración de Salamanca (1994).

La IE como enfoque o programa, tiene como propósito ofrecer las condiciones que permitan que los niños con NEE con o sin discapacidad asistan a las escuelas regulares para convivir, aprender y acceder a la misma propuesta curricular que los niños regulares, propiciando así la igualdad de oportunidades y la posibilidad de una vida mejor.

Este particular enfoque normalizador que orienta la práctica de la IE en las escuelas regulares, se conforma de un entramado de bases filosóficas, principios



que orientan la operación y conceptos que le imprimen un particular sentido y significación, que para un mejor entendimiento se retoma lo expuesto por García *et al.*, (2000).

Las bases filosóficas que fundamentan esta orientación son: el respeto a las diferencias de las personas (significa que todos somos diferentes lo cual debe considerarse como un aspecto enriquecedor para la sociedad), derechos humanos e igualdad de oportunidades para las personas que presentan alguna discapacidad y escuela para todos (implica garantizar el acceso a todas las personas a propuestas educativas de calidad).

Estas bases se apoyan de los principios que guían la operación de los servicios educativos, que son los siguientes:

- La **normalización** que significa proporcionar los servicios de habilitación, rehabilitación y ayudas técnicas para lograr una buena calidad de vida, el disfrute de los derechos humanos y la oportunidad para desarrollar capacidades.
- La **sectorización** que remite a descentralizar los servicios educativos para ofertarlos lo más cerca posible al lugar en donde viven los usuarios.
- La **individualización** de la enseñanza, que consiste en reconocer la heterogeneidad y diversidad en los alumnos en lo referente a maneras de actuar, intereses y formas de aprender para diversificar la enseñanza y responder a los requerimientos particulares.
- La **integración educativa** que implica no marginar a las personas que presentan alguna discapacidad sea física, sensorial, psicológica o social, sino por el contrario se les deben ofrecer los apoyos para potenciar sus capacidades y así lograr que su integración sea dinámica y participativa. (García *et al.*, 2000:43-44)

A su vez las nociones que conforman la red conceptual son:

- La discapacidad no es pensada como una limitación que se anteponga a la condición de la persona, sino como la potencialidad o fortaleza que debe resaltarse y habilitar.
- Las NEE no sólo refieren a las dificultades que de manera particular puede presentar un alumno en su aprendizaje, sino también las que pueden derivar de su interacción con el medio familiar, escolar y social. Éstas pueden ser temporales o permanentes dependiendo del grado de la dificultad y del tiempo en que se requiera el o los apoyos.
- Integración educativa que representa el derecho que tiene cualquier alumno que presenta NEE con o sin discapacidad, de asistir a la escuela regular lo más cercana a su domicilio y recibir la orientación y estrategias necesarias para acceder a la propuesta curricular regular, convivir con sus compañeros y potenciar sus capacidades.

No obstante su fundamento filosófico, principios y nociones de operación, la IE puede entenderse de diferentes maneras, por ejemplo:

- Para las *políticas educativas*, (...) comprende un conjunto de medidas emprendidas por los gobiernos para que los niños que han sido atendidos tradicionalmente por el subsistema de educación especial puedan escolarizarse en el sistema regular.
- Para la *forma de entender el mundo* (...) la integración busca hacer realidad la igualdad de oportunidades para los niños con discapacidad, proporcionándoles ambientes cada vez más normalizados.
- Para los *centros escolares*, (...) requiere su reorganización interna y fortalecimiento, con el fin de que las escuelas sean más activas, convirtiéndose así en promotoras de iniciativas, en centros que aspiran a mejorar la calidad de la educación (...) que han de buscar los recursos necesarios para poder atender a todos los niños, tengan o no necesidades educativas especiales.
- Para la *práctica educativa cotidiana*, la integración es el esfuerzo de maestros, alumnos, padres de familia y autoridades, por mejorar el aprendizaje de todos los niños. (García *et al.*, 2000:54-55)

Con lo anterior se puede estimar que de manera global la IE es una propuesta educativa que pretende la equidad y calidad en el servicio para ofrecerla a todos los niños, independientemente de su condición física, sensorial,

intelectual, cultural y social. En este sentido la IE es la base para lograr una cultura de la inclusión e integración social.

En el caso específico de nuestro país, es en 1992 que la IE se propone como enfoque pedagógico, lo que lleva a que se inicie la reforma de la Educación Básica. Sin embargo es hasta 1993 cuando se inicia de manera formal mediante la firma del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica y Normal que institucionaliza la federalización de este nivel educativo.

Como parte de las acciones de este acuerdo, se realizaron reformas jurídicas constitucionales, con la modificación al artículo 3º constitucional en donde se establece como derecho el recibir educación primaria y secundaria, asentando así:

...todo individuo tiene derecho a recibir educación, el Estado-Federación, Estados y Municipios impartirán educación preescolar, primaria y secundaria, ésta tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y la justicia.

(...) además debe contribuir al desarrollo integral del individuo, favorecer el desarrollo de las facultades para adquirir conocimientos, estimular el conocimiento y práctica de la democracia, infundir el valor de la justicia, fomentar actitudes que estimulen la investigación e innovación científica y tecnológica, ser democrática sin hostilidades ni exclusivismos. (Artículo 3º Constitucional de la Ley General de Educación, SEP, 1993)

Asimismo en el artículo 41 la Ley General de Educación, se indica que:

*La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social.*

*Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos específicos.*

*Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación. (SEP/DGEE, 1994b:2-3)*

El contenido de este artículo causó múltiples interpretaciones y polémica, sin embargo la SEP propuso los siguientes cambios:

- Transformación de las escuelas de educación especial en Centros de Atención Múltiple. (...) para que recibieran a niños y niñas con cualquier tipo de discapacidad. También se propuso que los grupos se organizaran por los niveles de edad de los alumnos (...) [y] que siguieran el currículo regular (...)
- Establecimiento de las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular. El personal de los servicios complementarios de educación especial (Centros Psicopedagógicos, Grupos Integrados y Niños con Características y Aptitudes Sobresalientes) paso a formar parte de las [USAER] (...)
- Creación de Unidades de Orientación al Público, que después fueron sustituidas por los Centros de Información y Recursos para la Educación Especial- (García, apud., García, 2009:123-124)

Para la Subsecretaría de Educación Básica y Normal (SEByN) fue importante saber cómo respondía el país a la IE, por lo cual formó un equipo técnico que realizó una investigación, cuyo objetivo fue determinar si la integración era impulsada o no y cuáles eran sus alcances. Al respecto García *et al.*, señalan que los resultados mostraron que en la mayoría del país imperaba la confusión y por lo tanto escaseaban las acciones para poner en operación la IE. (García *et al.*, apud., García, 2009:125) Ante esto la misma subsecretaría con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) en 1996 inició el Proyecto Nacional de Integración Educativa con el propósito de ponerla en práctica y evaluar las acciones realizadas. Como parte de este proyecto, el equipo de trabajo definió los principios que orientarían su acción:

1. La integración educativa constituye una estrategia que permite aumentar la calidad de la educación que reciben [todos los niños].
2. La principal responsable de la integración es la educación regular.
3. La educación especial debe asumirse no como una educación distinta o paralela a la educación regular, sino como un apoyo (...)
4. La integración educativa debe iniciarse con el ofrecimiento de información verídica y completa a las escuelas, a las familias y a los alumnos (...)
5. Solamente si la comunidad educativa de las escuelas está de acuerdo, se iniciarían acciones para la conversión [en escuela integradora].
6. La promoción de la integración educativa [significa] apoyar a las escuelas y docentes con información, materiales, cursos de actualización y apoyos del personal de educación especial.
7. El personal de educación es quien debe asistir a las escuelas y salones regulares para apoyar a los maestros, a las familiar y a los niños con necesidades educativas especiales.
8. Los niños con necesidades educativas especiales deben estudiar todo el tiempo o la mayor parte en los salones regulares, junto con sus compañeros sin

- necesidades educativas especiales y deben estudiar lo mismo que los demás (...) con las adecuaciones que requieran.
9. En el caso de las evaluaciones sumativas, los alumnos con necesidades educativas especiales deben ser evaluados de acuerdo con las adecuaciones curriculares (...) y con los apoyos que requieran para este proceso de evaluación.
  10. Todas las acciones encaminadas a satisfacer estos principios debían confluir en (...) reforzar el trabajo de integración educativa en las aulas, reconociendo las características más distintivas del medio educativo nacional en el nivel básico, particularmente en lo referente a su normatividad, su organización, sus recursos y su operatividad. (García *et al.*, *apud.*, García, 2009:125-126)

Para 1997 se inició el Proyecto Nacional de Integración Educativa que tuvo como propósito que en las escuelas regulares se tuvieran las condiciones para ofrecer una educación de calidad a todos los alumnos, es decir presentaran o no NEE. Para cumplir con este proyecto se aplicaron cuatro programas: de actualización, de materiales didácticos, de seguimiento de los niños con necesidades educativas especiales y el de experiencias controladas. (García, 2009:128-129)

El proyecto se inició en los estados de Colima, San Luis Potosí y Tabasco, participando 46 escuelas (36 primarias y 10 escuelas preescolares). A éste se integraron más escuelas en la medida en que se avanzaba año con año, concretándose en el 2002 con la participación de varios estados del país. A continuación se presentan algunas tablas que muestran los datos:

**ESCUELAS PARTICIPANTES**

Nivel/ ciclo	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Inicial	0	1	3	4	23
Preescolar	10	21	42	99	121
Primaria	36	88	181	324	479
Secundaria	0	0	2	11	19
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>110</b>	<b>228</b>	<b>438</b>	<b>642</b>

(SEP *apud.*, García, 2009: 131)

Como se observa el nivel educativo que presentó mayor número de escuelas participantes fue el de primaria, cuyo incremento fue del 1330%, continuando en proporción, el nivel educativo de preescolar, cuyo aumento fue del 1210%, estos porcentajes resultan significativos en términos de la continua participación de centros escolares, sin embargo los niveles de inicial y secundaria presentaron menor número de cooperación.

**SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PARTICIPANTES**

Nivel/ ciclo	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
USAER	20	52	134	202	328
CAM	0	6	4	15	22
CAPEP	1	1	11	25	23
Otro	2	2	2	3	8
TOTAL	23	85	151	245	381

(SEP *apud.*, García, 2009: 132)

En lo referente a los servicios de EE podemos señalar que la participación mayor fue de las USAER (un total de 328) mientras que en el caso de los CAPEP presentan un incremento en 2001 (25) y un decremento para 2002 (23). Finalmente los CAM muestran un incremento para 1999 (6) y un decremento para 2000 (4) para continuar en aumento progresivo y lograr una participación en 2002 de 22 centros.

**PERSONAL CAPACITADO DE LAS ESCUELAS Y DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PARTICIPANTES**

Nivel/ ciclo	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	TOTAL
Personal de Educación Regular	564	1,294	2,339	2,958	4,251	11,416
Personal de Educación Especial	183	556	1,091	1,814	2,451	6,095
Invitados Especiales	43	283	584	562	495	1,967
TOTAL	800	2,133	4,014	5,334	7,197	19,478

SEP *apud.*, García, 2009: 132

Respecto al personal capacitado de escuelas regulares y servicios de EE, podemos indicar que el mayor número lo obtuvo Educación Regular y con respecto a éste, el de EE sólo fue del 53%

**ALUMNOS INTEGRADOS**

Alumnos/as	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
TOTAL	159	565	1,279	2,045	2,827

SEP *apud.*, García, 2009: 133

Como conclusión, se puede advertir que el total de alumnos integrados hasta el 2002 fue de 2, 827 equivalente a un porcentaje del 1777% con respecto al número de 159, correspondiente al periodo 1997-1998.

Para junio del 2001 se anunció que el Proyecto Nacional de Integración Educativa, pasaría a ser el Programa Nacional para el Fortalecimiento de la Educación Especial y la Integración Educativa (PNFEEIE), acción que se concretó en 2002. Este programa contó con recursos tanto federales como estatales para su operación, pretendiendo que los servicios de EE atendieran prioritariamente a los niños con NEE asociadas a discapacidad, para que:

Aprendan en la misma escuela y aula que los demás alumnos.

Reciban todo el apoyo que requieran a través de la realización de adecuaciones curriculares.

Cuenten con el apoyo y la orientación necesaria por parte de educación especial, al igual que sus familiares y el maestro de grupo.

Reciban una propuesta adecuada por parte de la escuela de educación regular, que deberá asumir este compromiso de manera conjunta. (SEP, *apud.*, García y Escalante, 2008:74-75)

### **1.3. Servicios de Apoyo para la Integración Educativa**

Los servicios que ofrece la SEP para hacer posible la IE en nuestro país son:

- Los de apoyo.-Instituciones que colaboran con las escuelas regulares de educación básica para integrar a los alumnos con NEE, las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP).
- Servicios escolarizados. Entidades de EE que tienen la responsabilidad de atender de manera particular y escolarizada a los alumnos que presentan alguna discapacidad severa o múltiple, los denominados Centros de Atención Múltiple (CAM).
- Servicios de orientación. Organismos que proporcionan información y asesoría a los profesores de aula regular, de EE, a padres de familia y a la comunidad en general sobre las opciones educativas y estrategias de atención para los niños y jóvenes con NEE, éstos son los Centros de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIIE) y las Unidades de Orientación al Público (UOP).

El Centro de Atención Psicopedagógica Para Educación Preescolar CAPEP atienden a los niños que asisten a las escuelas del subsistema de educación preescolar oficial que presentan: signos de inmadurez, alteraciones leves en el desarrollo, problemas de lenguaje, de conducta, de atención, de coordinación motora gruesa y fina.

Centros que cuenta con un equipo de profesionales integrado por: psicólogos, médicos, trabajadores sociales y licenciados en educación especial, quienes realizan evaluación psicopedagógica para detectar la problemática que presenten los niños y determinar el tipo de apoyos para brindar una intervención adecuada o el área de especialización si resulta necesaria la canalización al área correspondiente. Asimismo este equipo de profesionales proporciona orientación a los padres de familia sobre la problemática detectada en el niño, las estrategias de atención, los apoyos necesarios y cómo deberán colaborar para que la intervención sea efectiva.

El apoyo psicopedagógico que se pueden brindar son:

- Estimulación Múltiple. Apoyo a preescolares que presentan alteraciones en su desarrollo. La atención se proporciona en grupos de 20 niños como máximo, los cuales están bajo la responsabilidad de un docente especializado en problemas de aprendizaje. El niño asiste al CAPEP sólo ciertos días y horas a la semana, en el horario del jardín de niños. El especialista de esta área, mensualmente proporciona a los padres de familia orientaciones psicopedagógicas, cuyo objetivo es darles a conocer los avances logrados por sus hijos, la forma en que pueden estimularlos dentro del hogar y la manera de disminuir los problemas de conducta que el niño puede presentar en casa.
- Lenguaje. Se atienden a los niños que presentan alteraciones tanto leves como múltiples en la articulación de fonemas, en la comprensión y comunicación, así como problemas de tartamudez.
- Psicomotricidad. Atención a niños que presentan alteraciones diversas en su



esquema corporal, torpeza motora, equilibrio inestable, lateralidad no definida y alteración en coordinación ojo-mano.

- Atención Psicológica. El área de atención psicológica está encargada de atender a los niños que presenten problemas emocionales y de relación social a través de psicoterapias de tipo individual, grupal o familiar
- Trabajo social. Responsable de realizar visitas a los jardines de niños y a los hogares de los educandos a fin de establecer la relación entre el niño, el centro, el hogar y la comunidad. Otra de las acciones que tiene a cargo esta área es establecer el enlace entre el CAPEP e instituciones del sector salud para atender problemas de salud que ameriten una atención mayor.

Así también el Centro de Atención Múltiple (CAM) es una alternativa educativa para los niños y jóvenes que presentan discapacidad múltiple y que por estas razones no pueden ser integrados en las escuelas regulares. Su objetivo es proporcionarles educación inicial, asimismo desarrollarles competencias para el trabajo que les permitan lograr su plena integración laboral y social.

Específicamente está dirigida a niños y jóvenes que desde los 45 días de nacidos hasta los 24 años de edad requieren de apoyos específicos para lograr su IE y laboral. Este tipo de centros proporciona servicios de:

- Atención educativa escolarizada.
- Capacitación Laboral.
- Trabajo con Padres.
- Técnicas específicas para la movilidad y desplazamiento o la adquisición de sistemas alternativos de comunicación.

Esta atención especializada cuenta con el trabajo de psicólogos, trabajadores sociales, maestros de apoyo, educación física y música.

Por último, la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), que es en donde se centra la atención a los niños que cursan educación primaria, trabajando en conjunto los profesores de aula regular y de apoyo, son definidas como:

La instancia técnico-operativa y administrativa de la Educación Especial que tiene como propósito impulsar y colaborar en el proceso de mejora y transformación de los contextos escolares de la Educación Básica Regular, proporcionando apoyos teóricos y metodológicos que garanticen una atención de calidad a la población y particularmente a aquellos alumnos que presenten necesidades educativas especiales con o sin discapacidad y con aptitudes sobresalientes, favoreciendo el proceso de integración educativa al incluir orientación a maestros y padres de familia. (SEP/DEE, 2003: 60)

El servicio de las USAER consiste en apoyar el trabajo escolar de los alumnos con NEE, y orientar al personal de las escuelas regulares y a los padres de familia para coadyuvar en su IE y social. De manera específica, podemos señalar que este tipo de servicio se ofrece en dos modalidades:

1. *La atención a alumnos:* solicitud del servicio complementario, la canalización, intervención psicopedagógica, evaluación inicial, planeación de la intervención, evaluación continua y seguimiento (...)
2. *La orientación a padres y personal de la escuela,* cuyo objetivo es proporcionar los elementos técnicos y operativos que les permitan participar en la atención a los alumnos, considerando además las necesidades que expresen tanto maestros como padres de familia y los aspectos que se identifiquen como necesarios de reflexionar con ellos en la perspectiva de dar respuesta a las necesidades educativas especiales de los alumnos. (Sánchez *et al.*, 2003:230)

De esta manera cada USAER fortalece el trabajo de la escuela regular al brindar la atención a los requerimientos específicos y personales de cada alumno. Es un trabajo profesional que deben compartir tanto los especialistas de estas unidades como los profesores de las escuelas para que de manera conjunta propongan las estrategias psicopedagógicas necesarias para apoyar a cada uno de los alumnos en su acceso a la propuesta curricular básica.

Cada USAER se conforma por un director, una secretaria y un equipo técnico, integrado por un psicólogo, un maestro de lenguaje y un trabajador social.

A este equipo puede incorporarse otro tipo de especialista según sean las NEE que los alumnos presenten.

Una USAER debe dar atención a cinco escuelas de educación primaria o educación secundaria como máximo y en cada una de ellas se debe acondicionar un salón, oficina u otro tipo de espacio para que funcione como aula de apoyo. En ésta se debe contar con diversos recursos para realizar la intervención psicopedagógica para los alumnos que presenten NEE y que requieran de atención individual.

En alguna de las cinco escuelas, el director de la USAER podrá establecer su sede para coordinar el trabajo psicopedagógico y la orientación que se brinde en cada uno de los centros escolares.

El personal de USAER se organiza en función de lo siguiente:

- En cada escuela habrá por lo menos dos maestros de apoyo, aunque pueden ser más, dependiendo del número de alumnos por atender y el tipo de NEE.
- El director de la USAER coordinará el servicio de apoyo educativo a los alumnos, así como la orientación tanto al personal de la escuela y a los padres de familia en las cinco escuelas.
- La secretaria asistirá tanto al director como a los maestros de apoyo en todo lo concerniente al trabajo de índole administrativo y de gestión.
- El equipo de apoyo técnico participará en cada una de las cinco escuelas en la atención de los alumnos con NEE.

La intervención psicopedagógica que realiza el maestro de apoyo y los especialistas de la USAER se desarrolla en dos modalidades:

- En el aula regular para favorecer el aprendizaje grupal.

- En el aula de apoyo en donde la atención será específica y particular, dependiendo del tipo de NEE que presente el alumno.

La organización y operación de los servicios de apoyo han sido un factor importante para que los alumnos con requerimientos especiales que cursen educación básica, reciban los apoyos necesarios, las condiciones propicias y un trato adecuado para que mediante los ajustes necesarios en la propuesta curricular sea posible su integración educativa.

Con respecto al número de servicios de apoyo y la población atendida, en los años de 2000 y 2006, se presenta el siguiente cuadro:

CONCEPTO	2000	2006
Población	431,477	384,393
Con discapacidad	95,702	121,345
Sin discapacidad	329,702	259,704
Centros		
CAM	1197	1402
CAPEP	27	9
USAER	2180	3055

SEP, *apud.*, CONADIS, 2009:83

De las cifras registradas por concepto en la relación de los años 2000 y 2006 se puede destacar lo siguiente:

El total de población atendida presentó una decremento del 10.92%, concepto que estuvo integrado por lo siguiente: personas con discapacidad; sin discapacidad que contempló a personas con problemas de conducta, aprendizaje, lenguaje, autismo e intervención temprana y finalmente a personas con deficiencia mental, trastornos visuales, de audición, impedimentos motores y aptitudes sobresalientes.

El total de la población atendida con discapacidad presentó un aumento equivalente al 12.67% a diferencia del total de la población sin discapacidad que registró una reducción del 21.24%. Esto lleva a la reflexión de que aumentó el número de personas atendidas con discapacidad, disminuyendo el número de personas sin discapacidad, que puede deberse entre muchas razones a errores en la detección de estas problemáticas en la población escolar. Este descenso está en relación con la reducción de población total atendida que se presentó en el 2006.

Con respecto al número de centros que corresponden a los servicios de apoyo, la relación en los años de registro es de aumento para los CAM y las USAER. Para los primeros, su incremento representó el 17.12% y para las segundas fue del 40.13%, en cambio los CAPEP presentaron un decremento del 33.33%.

Los datos antes expuestos son sin duda algunos indicadores con los cuales podemos estimar que la demanda potencial de atención por parte de estos servicios de apoyo irá en aumento y en proporción directa con el aumento de población en este país, lo que puede arrojar un significativo incremento en el porcentaje de niños que presenten alguna discapacidad. Ante este panorama altamente demandante de un servicio educativo de calidad para este sector de la población, el subsistema educativo de educación básica enfrenta y continuará enfrentando en próximos años un déficit para dar cobertura total. Sobre esta situación, García indica que esta condición no es exclusiva de México, ya que toda Latinoamérica enfrenta el problema de no contar con suficientes especialistas, razón por demás importante para capacitar y asesorar tanto a los profesores de aula regular como a los especialistas a través de estrategias como la optimización de los Centros de Recursos Regionales, las consultas, la participación en foros a través de internet, el trabajo colegiado y la búsqueda de recursos en la comunidad. (2009: 157)

## CAPÍTULO 2

### TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) afecta la cognición y la conducta de quien lo presenta, se caracteriza por la inatención, impulsividad e hiperactividad que conlleva a problemas en la concentración, memoria, ansiedad e, incluso, en la afectividad.

Existe el supuesto de que la sintomatología de este trastorno suele desaparecer con la edad, sin embargo esto no es así, ya que se presenta de manera diferente en niños y adultos, además esto se piensa porque algunos adultos quienes no fueron diagnosticados adecuada y oportunamente pudieron desarrollar algunas estrategias para enfrentar muchas tareas y acciones que requerían de la atención, concentración y control de la impulsividad, disfrazando con esto algunas manifestaciones de dicho trastorno. Con base en esto es que se piensa que el TDAH sólo lo presentan los niños, situación que conlleva a que con facilidad también se presuponga que cualquier inquietud o distracción que presente algún escolar sea estimado como suficiente para determinar que presenta TDAH.

No obstante, debemos apuntar que por algunos estudios como el realizado por Polanczyk *et al.*, en el año de 2007, dieron como resultado una prevalencia mundial significativa de 5.2% de niños con este trastorno, (*Apud.*, Parellada, 2009:31) razón por demás importante para que los profesionales que laboran en las escuelas regulares y en los servicios de apoyo cuenten con la información suficiente sobre la sintomatología, diagnóstico, tratamiento; así como la detección de NEE e intervención psicopedagógica de niños que presenten este trastorno y así saber cómo proceder con ellos, orientar a sus padres y canalizarlos a instituciones que pueda auxiliar en el diagnóstico neurológico.

Con la intención de ofrecer al lector un panorama general sobre los aspectos antes señalados y en relación al caso que se explicará en el capítulo 3,

el presente capítulo se conforma de cuatro apartados: definición, etiología, diagnóstico y tratamiento.

## 2.1 Definición

Los primeros antecedentes del estudio del TDAH se remontan a principios del siglo XX, cuando, en Inglaterra, George Still y Alfred Tredgold realizaron investigaciones científicas acerca de la conducta de un grupo de niños, en los que identificaron un tipo de comportamiento que se asemejaba a lo que actualmente conocemos como TDAH.

En la primera mitad de ese siglo se les consideraba como “...niños con disfunción cerebral mínima, [definida como] *el cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal, que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos, asociados a diversas anormalidades del sistema nervioso central.*” (Gesell, 1985:198).

La definición del TDAH como disfunción cerebral surgieron diferentes maneras de pensarlo y referirlo, una de éstas fue el de síndrome, entendiéndolo como “... un conjunto de características o síntomas que definen una enfermedad y, por extensión, una psicopatología.” (Santillana, 1983:248). Posteriormente se le nombró como trastorno, definiéndolo como “... alteración, perturbación/condición que se produce cuando un grupo de fenómenos no presenta relaciones inteligibles entre sí.” (Océano, 1997:937). En este sentido Van Wielink precisa que es un trastorno porque:

...es un conjunto de síntomas que tienen una causa (etiología) común y que siguen una evolución (curso, pronóstico) igual. No se usa la palabra enfermedad ya que ésta denota la existencia de una cierta lesión en algún órgano-que en este caso sería el cerebro, lo cual no es correcto. Es decir el TDAH es una alteración en lo que consideramos como el comportamiento “normal” de un niño, adolescente o adulto. (2004:15)

En Estados Unidos de América, el interés en este trastorno surgió después de la epidemia de encefalitis ocurrida entre 1917 y 1918, descubriendo algunos

médicos que los niños sobrevivientes, presentaban secuelas significativas tanto en su conducta como en su capacidad cognoscitiva.

A finales de los años sesenta del siglo pasado, como un aporte de la Psicología, se propuso retomar un modelo de comportamiento centrado en el enfoque descriptivo de los trastornos mentales y/o conductuales a manera de diagnóstico sin considerar alguna causa orgánica. Como consecuencia de esto comenzaron a delimitarse grupos específicos para cada trastorno infantil, así como el grado de primacía que cada uno de ellos tenía, surgiendo así diferentes clasificaciones de los trastornos mentales, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), ambas consensadas por diversos grupos de especialistas tanto en Europa como en América. (Parellada, 2009:20)

El auge de los estudios sobre las alteraciones atencionales permitió el paso de una concepción de trastorno con base en la sobreactividad o hiperactividad a otra, cuyo síntoma principal es el déficit atencional. En la tercera revisión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), en 1980, se habló ya del Trastorno por Déficit de Atención (TDA), atribución originada por las investigaciones de Douglas y Peters, quienes señalaron que el trastorno está centrado en la falta de atención o distracción. El mismo DSM-III definió 2 tipos de Trastorno por Déficit Atencional: TDA con hiperactividad (H) y TDA sin H.

Posteriormente en el DSM-IV ante la necesidad de distinguir entre los subgrupos de problemas hasta entonces relacionados con la disfunción cerebral mínima, la Academia Americana de Psiquiatría (APA) los dividió en tres trastornos diferenciados en cuanto a su posible etiología y características: los trastornos del aprendizaje, los trastornos de la conducta y la hiperactividad. Asimismo resaltó la importancia e influencia de los problemas atencionales en dichos trastornos.



A continuación se muestra una tabla en la que se sintetizan las principales maneras de referir y por consiguiente de entender al TDAH, padecimiento que se presenta en la infancia y puede extenderse hasta la adultez.

Año	Antecedentes Históricos del TDA-H.
1930	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño cerebral mínimo</li> <li>• Disfunción cerebral mínima</li> <li>• Síndrome del niño hiperactivo</li> </ul>
1968	DSM-II: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción Hiperquinética</li> </ul>
1980	DSM-III: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorden del déficit de atención</li> <li>• TDA con hiperactividad</li> <li>• TDA sin hiperactividad</li> </ul>
1987	DSM-III-R: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H)</li> <li>• Trastorno por déficit de atención no diferenciado (cuando no existe hiperactividad).</li> </ul>
1994	DSM-IV: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subtipo predominante con inatención.</li> <li>• Subtipo predominante hiperactivo/impulsivo.</li> <li>• Subtipo combinado.</li> <li>• Variante residual.</li> </ul>

(Elías, 2006; 19)

Como se puede observar, a partir de 1980 es cuando se diferencia el trastorno con o sin hiperactividad, para después proponer subtipos cuya tipología será de acuerdo a la sintomatología que presente cada caso.

En lo que respecta a algunas de las definiciones sobre el TDAH, podemos señalar las siguientes:

El *déficit de atención* implica poca disposición para hacer caso y dirigir la actividad a un fin útil (esto quiere decir, que no es capaz de mantener la atención a las indicaciones y con facilidad pierde el sentido de la información y no sabe qué hacer, entonces, busca otra actividad diferente a lo que se le pidió). (Baum, 2004; 15).

El *déficit de atención* se refiere al hecho de que los periodos en los que puede mantenerse la atención tienen una duración insuficiente, lo cual le impide al niño realizar actividades académicas en forma efectiva. (Van-Weilink, 2004:15).

En las anteriores definiciones se hace énfasis en la escasa e insuficiente atención que presenta la persona, lo que le lleva a tener dificultades en saber qué hacer, y en comprender la información y se disperse.

Este déficit se presenta sobre todo en la infancia, aunque por investigaciones recientes se sabe que puede prevalecer hasta la etapa adulta. Sin embargo, como la incidencia es alta en niños, comúnmente a los que lo presentan se les refiere como "...niños desorganizados, distraídos, poco cuidados, se olvidan de hacer la tarea; presentan dificultades para atender las clases; pierden su concentración en tareas rutinarias, etc." (Bonet, Soriano y Solano, 2007:19)

No obstante que el TDAH representa dificultades para quien lo padece, también puede significar un problema para quienes interactúan con estas personas, máxime cuando no se tiene la información sobre la sintomatología y por consiguiente no se sabe cómo proceder con este tipo de niños, resulta importante considerar:

...que el Trastorno por Déficit de Atención TDA es una dificultad escondida, no tiene marca física que lo registre, los niños con TDA se identifican fácilmente cuando interactúan con otros de su misma edad en áreas organizadas y/o productivas, pues se evidencia la dificultad para focalizar y mantener la atención, que de acuerdo con la edad y madurez de un individuo, se considera apropiada. (Rosello, 1998:7)

El TDAH puede presentar variantes y asimismo puede mostrar por añadidura alguna otra alteración, lo que se conoce como comorbilidad, por lo que resulta importante tener presente que:

Esa división del TDA-H en dos variantes principales, según se presente o no la hiperactividad, ha dado lugar a una revaloración de la naturaleza básica de la relación existente entre estos cuadros clínicos y algunos otros, como serían la depresión, los trastornos afectivos y los problemas de aprendizaje. (Elías, 2006:19).

Lo anterior tiene que ver con el uso de clasificaciones de enfermedades que se basan en criterios diagnósticos con denominaciones diferentes, que constituye nomenclaturas variantes para referir al TDAH. Una de estas clasificaciones fue la antes mencionada DSM de la APA, otra es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La CIE en 1967 incluyó la categoría de síndrome hiperquinético de la infancia, para 1978 usó la de síndrome hiperquinético infantil o trastorno de

inestabilidad en la infancia, lo cual indica que era un trastorno cuyas características principales eran la falta de atención y la distracción. Esta última comprendía dos tipos, con y sin hiperactividad, los señala como síntomas habituales la impulsividad, agresión, desinhibición, pobreza organizativa, labilidad emocional y sobreactividad motora. (Parellada, 2009:23)

Por lo antes establecido y a manera de cierre de este apartado resulta pertinente lo que refieren Rickell y Brown:

El TDAH ha tenido una historia accidentada que ha permitido que gran parte del mito y las ideas erróneas guíen el diagnóstico y el manejo del trastorno. Este trastorno se ha conocido también como “Síndrome del cerebro dañado”, “disfunción mínima del cerebro”, “trastorno impulsivo hiperactivo”, y “trastorno de déficit de atención”. En general, los cambios en la terminología han reflejado nuestro creciente entendimiento relacionado con la etiología, la identificación y el manejo apropiado del trastorno en años recientes. (2008:1-2)

## **2.2 Etiología**

No hay causas precisas que permitan determinar el origen de este trastorno, por lo que son varios los factores que intervienen y se concatenan, desencadenando la sintomatología característica del TDAH. De ahí que Trillo diga:

Las causas del TDAH no se conocen, la profusa investigación en este sentido parece confirmar cada vez más que el trastorno pueda deberse a la combinación de una vulnerabilidad a nivel neurológico con una serie de factores ambientales que favorecerán la aparición de sus comportamientos típicos. Por ejemplo, un niño que, bien por un retraso en su maduración cerebral, o como resultado de un sufrimiento de parto, tuviera mínimamente comprometido su funcionamiento neurológico, y estuviera por tanto predispuesto a la aparición de los síntomas que hemos descrito, los desarrollaría de forma más contundente en un ambiente familiar o escolar en exceso estimulante, ansioso o demasiado punitivo (1994:61)

Existe una vasta bibliografía sobre este tipo de trastorno, los estudios realizados sobre su etiología coinciden en señalar que los factores hereditarios, factores externos o ambientales y las combinaciones de éstos, los que pueden propiciar el desarrollo de este trastorno.

Uno de los principales factores son los genéticos, que se consideran de mayor incidencia porque implican una predisposición, es decir: "...sabemos que el TDAH tiende a aparecer en determinadas familias. Un niño con TDAH a menudo tiene un progenitor, hermano, abuelo u otros parientes con historia y conductas escolares similares." (Rief, 1999:22)

Al respecto, puede decirse que cuando se entrevista a padres de niños con este trastorno y se les pregunta sobre el comportamiento de sus hijos, es común que ellos respondan que otro de sus hijos también lo manifiesta o que ellos en su etapa infantil también lo presentaban.

Por lo que:

...la hipótesis más aceptada es que la mayor parte de los cuadros de TDAH tienen un origen genético. A favor de esta postura son los datos epidemiológicos que muestran que el riesgo de que el hermano de un afectado padezca el síndrome aumenta de 5 a 7 veces en relación con la población normal, también las estadísticas nos indican que un progenitor con TDAH tiene hasta un 50% de probabilidad de tener un hijo con las mismas características. (Janin, 2004:205)

De esta manera el factor genético resulta un indicador importante a considerar y corroborar en el diagnóstico de dicho trastorno. Condición que lleva a que Jimenéz plantee:

La contribución hereditaria a este trastorno parece corroborarse por numerosos estudios genéticos en animales y por la mayor tasa de características hiperactivas en los familiares de primer grado de los sujetos con hiperactividad, prevaleciendo trastornos de ansiedad, dificultades de aprendizaje y conducta antisocial en los familiares de niños hiperactivos. (1995:146)

En investigaciones de corte genético se ha encontrado la incidencia de algunos genes que funcionan como transmisores o receptores de la dopamina, causante o detonante del TDAH, en este sentido Moyano especifica:

Basados en el conocimiento acerca del papel de los neurotransmisores en el síndrome de hiperactividad y del déficit de atención, los estudios han limitado su búsqueda a aquellos genes involucrados con los neurotransmisores. Así han identificado por lo menos dos genes con la dopamina, el principal neurotransmisor

involucrado en la génesis del ADHD (TDAH). Estos genes son el DAT1, o gen transportador de dopamina, y un gen receptor de dopamina. (2004:27)

Pese a que estudios de este tipo coinciden en señalar que hay una predisposición genética a presentar TDAH, aún no se puede asegurar que necesariamente sea el principal determinante.

Otro de los factores de posibles influencias son los biológicos que refieren a las alteraciones de tipo fisiológico sobre todo a nivel neurológico que padecen las personas que presentan TDAH, por lo que Rief especifica:

Muchos médicos describen el TDAH como una disfunción neurológica en el área del cerebro que controla los impulsos y contribuye a filtrar los estímulos sensoriales y a enfocar la atención. Estos profesionales sostienen que puede haber un desequilibrio o una falta de la dopamina, que trasmite los mensajes neurosensoriales. (1999:21).

Asimismo, Mendoza indica que una deficiencia en los neurotransmisores (dopamina y norepinefrina) puede ser una de las causas de dicho trastorno, porque:

...las personas con déficit de atención presentan un mecanismo deficiente de los neurotransmisores que inhiben o detienen la transmisión de los impulsos nerviosos (a nivel de la sinapsis neuronal), que evitan que lleguen a la corteza cerebral alta y sean integrados y con esto percibidos. (2003:15)

Los factores biológicos/fisiológicos remiten a una alteración en el cerebro, que puede ser provocada por diversos agentes, sin embargo dista mucho de ser una explicación que ayude a entender este complicado trastorno, razón por la cual ha predominado este tipo de argumentación en el desarrollo de su estudio.

Los factores neurológicos han sido los que con mayor frecuencia se han propuesto para la explicación de este trastorno, afirmando que un daño estructural en el cerebro era el responsable de las dificultades de control de la atención y la conducta; considerándolo un tipo de "lesión cerebral mínima" o "disfunción cerebral mínima". (Jiménez, 1995:147)

Al respecto, Quirós (2003) y Mendoza (2003) coinciden en mencionar la existencia de síntomas primarios y secundarios, los primarios se refieren a aquellos comportamientos característicos que denotan que los niños presentan

TDAH como pueden ser la falta de concentración, atención e impulsividad, sin embargo, estos autores hacen hincapié en los síntomas secundarios que remiten a las dificultades que presentan estos niños en cuanto a sus emociones, su manejo y autorregulación, condiciones por demás difíciles de detectar porque no son tan evidentes en los niños.

Otros factores determinantes pueden ser los ambientales, que presentan diversos agentes en el medio físico, que pueden contaminar y por lo tanto lesionar algunas de las funciones del organismo humano y que por falta de información no se les percibe como una amenaza para la salud y mucho menos como causa posible del TDAH. Sobre esto Rief detalla lo siguiente:

No se tiene un conocimiento preciso sobre las posibles causas que generan este trastorno, aún cuando médicos e investigadores realizan trabajos diversos en busca de los posibles factores causales como: Complicaciones o traumas en el embarazo o parto. Envenenamiento por plomo. La dieta: las alergias alimentarias vinculadas a los síntomas (...) y Exposición prenatal a alcohol y drogas: Estos niños suelen presentar un daño neurológico sostenido, y muchas conductas del TDAH. (1999:22).

De igual manera Vallés coincide en señalar que la exposición durante la gestación a varios contaminantes puede ser un factor de riesgo para que el producto, al nacer presente este tipo de trastorno.

...algunos factores ambientales como el clima, la contaminación ambiental por plomo, la exposición prolongada a determinadas sustancias tóxicas (pesticidas, tabaco, cosméticos, mercurio, anestesia, etc.), los aditivos de los alimentos, entre otros, durante el periodo de gestación, complicaciones diversas en el embarazo y parto (exposición a factores de riesgo: alcohol, tabaco, hipoxia) se han señalado como influyentes en el trastorno, aunque sus evidencias empíricas y experimentales no se encuentren suficientemente demostrados. (2003;164)

Muchos de los estudios e investigaciones realizadas con el fin de precisar la etiología sobre este trastorno, han arrojado resultados sobre una diversidad de factores que inciden pero que sin que alguno sea el determinante particular, razón por la cual resulta pertinente lo que indican Rickel y Brown:

Algunos investigadores han interpretado todas las disparidades biológicas entre las personas con TDAH en relación con controles de comparación como evidencia de las contribuciones genéticas a este trastorno. Sin embargo, existen datos determinantes

para sugerir que los factores ambientales influyen en el desarrollo neurobiológico y en los procesos de maduración. Por ejemplo, Rietveld, Hudziak, Bartels van Beijsterveldt y Boomsma (2004) han empleado datos provenientes de informes maternos sobre dos niños usando el *Child Behavior Checklist* (CBCL) para demostrar el papel de la herencia en los síntomas del TDAH y para sustentar una etiología genética propuesta. No obstante, resulta difícil determinar hasta qué punto la subjetividad materna o las influencias ambientales compartidas pudieron haber contribuido a dicho resultado. Otros estudios consideran que las características compartidas del TDAH entre los parientes son una evidencia de la base genética, cuando de hecho, los elementos en común pueden ser contribuciones ambientales. Las investigaciones demuestran que las vías al TDAH son más bien complejas y diversas. Es alentador que muchas investigaciones estudien las contribuciones genéticas y ambientales, ya que este enfoque proporcionará la visión más completa del desarrollo del TDAH. (2008:36)

Los especialistas en el estudio del TDAH aseguran que no hay un solo tipo, cada caso es especial, presenta una alteración más constante y/o evidente que otra, entendiendo que en muchos de los casos puede ser de carácter progresivo, por ejemplo, puede predominar la falta de atención pero no la hiperactividad y la impulsividad o darse combinaciones de estos síntomas.

Con el propósito de indicar los tipos existentes, una primera clasificación a exponer es la que propone Van Wielink, quien indica que en este trastorno se pueden identificar tres subtipos, los cuales son:

- **TDAH de tipo combinado.** Donde la hiperactividad y el problema de atención están presentes y ambos son significativos. Estos niños son fáciles de diagnosticar porque llenan todos los criterios del trastorno.
- **TDAH de tipo inatento.** En estos niños predomina la inatención, y por ello se les suele considerar como niños distraídos. (...) Éstos pequeños suelen tener más problemas académicos que de conducta y en este caso hay que hacer un buen diagnóstico diferencial con otras condiciones, por ejemplo, con la depresión infantil o enfermedades orgánicas como el hipotiroidismo.
- **TDAH de tipo hiperactivo.** En estos niños predomina la hiperactividad, y se les denomina “muy inquietos” en ellos son habituales los problemas de conducta en la escuela, en casa y con los amigos. (2003:48-49)

Una segunda clasificación es la realizada por Mendoza quien hace referencia a subtipos:

1. *Déficit de atención con hiperactividad*, se encuentran presentes todos los síntomas: inatención, impulsividad e hiperactividad. Es el que se presenta con mayor frecuencia.
2. *Déficit de atención inatento*, predomina la inatención y no está presente la hiperactividad, por lo general éste es el que se diagnostica más tardíamente.
3. *Déficit de atención con impulsividad*: no está (*sic.*) tan marcada la inatención pero la inquietud y la impulsividad son la causa principal de los problemas. (2003:24)

Como podemos observar, en las dos clasificaciones anteriores, independientemente de referir como tipos o subtipos, éstos remiten a los síntomas característicos del trastorno: inatención, impulsividad e hiperactividad, que de acuerdo con los estudios con casos y a la evolución particular de cada uno, se ha podido detectar la convergencia en la combinación de síntomas y proponer estas clasificaciones. No obstante este señalamiento, Parellada explicita:

En el TDAH, por definición, se presentan de forma coincidente en el mismo individuo impulsividad/hiperactividad e inatención. Estas dos dimensiones comportamentales son consistentes con los estudios de análisis factorial de las respuestas de padres y profesores sobre los síntomas más prevalentes. Además (...) cuentan con una validación externa, ya que su combinación se asocia a una especial trayectoria evolutiva, disfunciones adaptativas más o menos específicas y problemas comórbidos. (2009:45)

Con base en Parellada las dimensiones comportamentales del TDAH son inatención e impulsividad/hiperactividad, lo que otros autores las refieren como síntomas primarios y que a continuación presentaremos una breve descripción.

La inatención "...es una incapacidad para mantener la atención de manera continuada en tareas que no sean altamente motivadoras. Habría también una dificultad para recordar y seguir instrucciones y para resistir las distracciones cuando se están intentando seguir aquéllas." (Parellada, 2009:46)

La inatención es cuando el niño presenta periodos de atención muy cortos y conlleva a no seguir instrucciones, pues las escucha pero no las registra. Constantemente está desorientado y no sabe qué es lo que tiene que hacer, por lo



tanto esta dificultad en atender y seguir instrucciones se incrementa si recibe dos o más órdenes a la vez, por lo que puede manifestar desagrado o resistencia o bloqueo.

En cuanto a la impulsividad "...o déficit de inhibición es otro concepto multidimensional, por lo que es necesario diferenciar de forma cualitativa de qué tipo de impulsividad estamos hablando. Hacer o decir algo antes de pensarlo es una de las características típicas del TDAH. (...) La incapacidad para inhibir los impulsos de los hiperactivos se muestra tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo, y puede manifestarse en todas las áreas de la vida del niño." (Parellada, 2009:52)

Los niños que la presentan, demuestran conducta impaciente, no pueden respetar turnos, tienden a ser bruscos en sus interacciones y excesivamente demandantes; asimismo no pueden esperar a ser atendidos, Interrumpen con frecuencia las actividades y conversaciones de otros. No miden el peligro, pocas veces meditan sobre las consecuencias de sus acciones. Estos síntomas pueden variar y en ocasiones parecen acentuarse. El niño puede mantener la atención, por ejemplo, durante un programa de televisión o una película o mientras arma y desarma un juguete, pero no es lo mismo al hacer la tarea o tener que copiar un texto.

Otras maneras de caracterizarla, son las siguientes:

...un comportamiento incontrolado (la impulsividad permite que el niño con este problema quiera ser el primero en todo, dice las cosas tal y como las siente y piensa, sin dejar que los demás puedan opinar o terminar la idea). [Por lo que se puede decir que]...es una falla para inhibir los impulsos nerviosos, instintivos o reflejos. (Van-Weilink, 2004;42)

Por lo tanto podemos encontrar que "...tiene dos significados distintos que no deben confundirse. El primero se refiere a la conducta incontrolada de los niños imprudentes (...). El segundo se refiere a responder de forma rápida e incorrecta en las tareas que implican resolución de problemas." (Taylor, 1991:98)

Sus principales manifestaciones: pueden saltarse las normas; interrumpen las actividades; responden a las preguntas antes; parecen no escuchar; no guardan su turno; es difícil seguir instrucciones; tiene dificultades para realizar tareas; salta de una actividad a otra sin terminarla, etc. (Bonet, Soriano y Solano, 2007:29)

Describiendo la hiperactividad podemos entender que [Es cuando] las personas [están] en continuo movimiento, incapaces de estar quietos un momento. La necesidad de movimiento puede mostrarse de una manera ruidosa, movimiento continuo, saltando, brincando, gritando, corriendo, con continuos pequeños accidentes, o de una forma más disimulada. (...) A diferencia de niños muy activos, vitales, energéticos, que pueden hacer muy rápido una actividad y al terminar pasar a otra, los niños hiperactivos suelen tener una actividad desorganizada, empezar muchas acciones diferentes que no terminan, juegan a algo, cambian, retoman, inician otra actividad, no se mantienen hasta el final en ninguna de las actividades que inician. (Parellada, 2009:50)

La hiperactividad es un exceso de actividad motora, es una inquietud que impide e imposibilita que los niños puedan permanecer en su lugar por un largo lapso de tiempo, asimismo pueden manifestar un lenguaje excesivo, son demandantes y constantemente quieren hablar con otros.

Algunos otros autores refieren a la hiperactividad como:

...un movimiento excesivo que, connotativamente, no suele tener una propositividad o intencionalidad dirigida a un fin planeado. (Valles, 2006:95). [En quien la padece]...significa una intranquilidad motriz que les impide quedarse quietos (en otras palabras los niños están en constante movimiento y si los espacios y las situaciones lo permiten el niño es dinamita pura en movimiento.) (Baum, 2004:15). [Por lo tanto es]...actividad psicomotora exagerada. (Van-Weilink, 2004:16). [Es decir se manifiesta en niños como]...muy activos; con constante movimiento; incapaces de estar sentados y quietos; tocan todo; su movimiento parece no tener una meta; hablan demasiado; hacen ruidos con la boca, etc. (Bonet, Soriano y Solano, 2007:37)

Como se indicó existe otro tipo de sintomatología conocida como secundaria que refiere a las dificultades emocionales que a la par puede manifestar la persona que presenta TDAH, por lo que en el caso de los niños se manifiestan como: la baja autoestima, depresión, baja motivación hacia la escuela, aburrimiento y frustración ante las tareas académicas, miedo de aprender cosas nuevas, miedo anticipado al fracaso y malas relaciones sociales con sus compañeros de clase.

Dentro de estos síntomas secundarios podemos encontrar lo que se conoce como comorbilidad, que remite "...a la presencia en la misma persona de dos trastornos diferentes." (Parellada, 2009:152). Esta condición representa un grave problema, ya que se ha demostrado que las personas que padecen el TDAH pueden manifestar alguna otra alteración, desórdenes o impedimentos como la

depresión y daños neurológicos, los que pueden preponderar y por lo tanto ocultar la sintomatología.

Por lo antes establecido, la comorbilidad es un aspecto importante a considerar por parte de los especialistas que realizan el diagnóstico del TDAH y la detección de otros trastornos que pueda manifestar la persona, para determinar los instrumentos y técnicas necesarias para lograr una adecuada evaluación, oportuno tratamiento y efectiva intervención.

A continuación se presentan dos visiones acerca de la comorbilidad y los criterios para poder identificarla, la primera es la que pauta Elías, quien indica los tipos de desórdenes y las consideraciones con respecto al TDAH.

Desorden	Consideraciones respecto al TDA-H
Desórdenes de aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los trastornos de aprendizaje generalmente afectan una o más habilidades específicas (matemáticas lectura, etc); manifestaciones secundarias que afectan la conducta y que pueden o no estar presentes.</li> <li>• El TDA-H es un desorden que afecta la conducta global, cuyas manifestaciones pueden observarse en múltiples ambientes, por lo general afectando todas las áreas del desempeño académico en donde se requiere enfocar la atención.</li> <li>• Es más probable que en el niño con TDA-H se afecten relaciones sociales.</li> </ul>
Desorden de oposicionismo desafiante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños con el desorden de oposicionismo desafiante pueden enfocar su atención en tareas y controlar su actividad motora con más éxito que los niños con TDA-H.</li> <li>• Los desórdenes de ansiedad tienden a ser episódicos.</li> <li>• Los niños con desórdenes de ansiedad no suelen perturbar su ambiente (aunque existen excepciones).</li> </ul>
Depresión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La depresión no es un desorden del desarrollo, y casi siempre comienza después de los tres o cuatro años de edad.</li> <li>• La depresión tiende a ser episódica.</li> <li>• Los niños deprimidos generalmente no perturban su ambiente (aunque existen excepciones).</li> </ul>
Retraso mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los individuos con TDA-H no necesariamente muestran deficiencias intelectuales.</li> <li>• Las personas con TDA-H suelen no terminar tareas que requieren atención, aun cuando estén ajustadas para el nivel de función intelectual.</li> </ul>
Desorden bipolar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El desorden bipolar no es un trastorno del desarrollo, y suele comenzar después de los tres o cuatro años de edad.</li> <li>• El desorden bipolar tiende a presentarse por episodios.</li> </ul>
Desorden generalizado del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque los niños con TDA-H pueden tener relaciones sociales difíciles, los niños con desorden generalizado del desarrollo muestran déficit de comunicación e interacción social mucho</li> </ul>

	mayor.
Desorden de abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El abuso de sustancias es poco usual en niños de 6 a 12 años.</li> <li>• Signos y síntomas de abuso de sustancias pueden incluir cambios de humor, pobre desempeño académico, falta de atención, comportamiento riesgoso, dificultades interpersonales y arranques de ira.</li> </ul>
Impedimentos de visión o audición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de atención en tareas de grupo.</li> <li>• Conversación inapropiada.</li> <li>• Redirección</li> <li>• Errores por falta de atención.</li> <li>• Evasión de tareas que requieren de lectura o cuidado en la capacitación de información oral.</li> </ul>
Envenenamiento por plomo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños con TDA-H generalmente no presentan los síntomas de envenenamiento con plomo (letargia, disminución en actividades de juego, anorexia, etc).</li> </ul>
Síndrome alcohol-fetal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de ingestión excesiva por parte de la madre.</li> <li>• Evidencia de anomalías faciales (fisuras palpebrales reducidas, anomalía en la zona premaxilar).</li> <li>• Evidencia de retraso en el crecimiento, incluyendo por lo menos uno de los siguientes elementos: peso bajo al nacer (ajustado por la edad de gestación), desaceleración en aumento de peso en el tiempo (no causado por problemas de nutrición), peso desproporcionadamente bajo con respecto a la estatura.</li> <li>• Evidencia de anomalías del desarrollo del sistema nervioso central (tamaño del cráneo disminuido al nacer, microcefalia u otra anomalía estructural del cerebro, signos neurológicos suaves o duros, como deficiencias en habilidades finas o motoras, pérdida auditiva neurosensorial, paso poco seguro, pobre coordinación ojo-mano).</li> <li>• Evidencia de patrones de comportamiento complicados o anomalías cognitivos inconsistentes con el nivel de desarrollo, que no pueden explicarse por historia de la familia o el ambiente.</li> </ul>

(2006:66-68)

La segunda perspectiva es la de Van-Wielink, quien entiende a la comorbilidad como padecimientos asociados, entre los que destacan:

#### **TRASTORNOS DE DESARROLLO Y APRENDIZAJE**

[Que]son la causa más habitual por la que se envía al niño con el psicólogo, médico o terapeuta (...) el desarrollo puede definirse como la emergencia de nuevas habilidades y reorganización de las previas.

Así todo desarrollo supone un *aprendizaje* que permite el reacomodo de las experiencias vividas. (...) Los *trastornos específicos del desarrollo* pueden dividirse en varias formas. (...) los más importantes son:

- a) Trastorno del lenguaje.
- b) Trastorno del desarrollo en el aprendizaje escolar.
- c) Trastorno del desarrollo psicomotor.
- d) Trastorno mixto.
- e) Trastorno generalizado del desarrollo.

#### **TRASTORNOS DEL LENGUAJE**

Incluyen problemas de la pronunciación, expresión, comprensión, afasias adquiridas y otros.

El *desarrollo del lenguaje* es determinante para la evolución de diversas habilidades mentales superiores, como las funciones ejecutivas. Específicamente, el lenguaje permite que analicemos en una forma fácil y rápida los pensamientos (propios y ajenos) y, por tanto, facilita la consolidación y actualización de diversas habilidades que aparecen en la infancia temprana.

Asimismo, el lenguaje es esencial para el *control de las emociones*; puesto que al asignar un nombre propio a lo que sentimos –como odio, amor, enojo, etc.- podemos identificar, categorizar y comunicar nuestros sentimientos o necesidades emotivas. (...)

Por eso, cuando hay problemas del lenguaje son más comunes los *problemas de conducta* surgidos por el descontrol de las emociones, la falta de modulación del afecto y la ausencia de habilidades de autorregulación (el dominio de sí mismo).

(...) hay niños con TDAH que tienen diversas deficiencias en las aptitudes mentales y, por tanto, presentan trastornos del lenguaje; dado que dichas deficiencias existen desde el nacimiento, están presentes antes del desarrollo completo del lenguaje y suelen obstaculizarlo.

Por ello, cuando un niño tiene TDAH y un trastorno específico del lenguaje, le es aún más difícil compensar (...) tanto el TDAH como los trastornos asociados porque se retrasa en el desenvolvimiento de las habilidades cruciales.

### **TRASTORNO DEL DESARROLLO DURANTE EL APRENDIZAJE ESCOLAR**

Incluye problemas de lectura, ortografía, cálculo., y de tipo mixto. Estos niños tienen problemas en un área específica, por ejemplo, las matemáticas. (...)

### **DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS**

El niño o adulto con TDAH puede o no presentar desórdenes psiquiátricos asociados, sin embargo, en la consulta especializada se ve un porcentaje alto de pacientes con estos desórdenes, ya que las clínicas especializadas se encargan de los casos “difíciles” de TDAH, en los que la comorbilidad psiquiátrica es común (Biderman y Newcorn, 1991)(...) Debido a esto, algunos psiquiatras asumen en forma errónea que *todos* los pacientes con TDAH tienen problemas psiquiátricos o, peor aún, que el TDAH es un “padecimiento psiquiátrico”.(...) sabemos que el TDAH es un trastorno de atención, concentración, hiperactividad y control de impulsos, y no un desorden psiquiátrico.

Sin embargo, detectar problemas psiquiátricos que pueden coexistir con el TDAH es de vital importancia dado que en estos pacientes el tratamiento médico y psicológico será completamente distinto. (...)

### **ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN**

La *ansiedad* es otro síntoma común en sujetos con TDA y, cuando existe, parece atenuar la impulsividad y reducir la respuesta terapéutica hacia los estimulantes (Epstein, Goldberg y Conners, 1997). La presencia de ansiedad u otros desórdenes del talante (o humor) se relaciona, en general, con una historia familiar y personal de estrés y, en particular, con una mayor incidencia de síntomas de los padres. (...)

Por otro lado, dentro de los desórdenes psiquiátricos existe un padecimiento llamado *depresión bipolar* en la que se alternan periodos de gran agitación (manía) con periodos de gran depresión. Los niños que manifiesten signos para ser diagnosticados con TDA y depresión bipolar, constituyen un subgrupo que requiere una atención altamente especializada pues tienen limitaciones psicológicas severas con altos índices de agresión, a la vez que muestran tener un alto riesgo de cometer *suicidio*; por ello, en estos casos los estimulantes no están indicados. (...)

La denominada *depresión mayor* es un padecimiento en el que la depresión se acompaña de periodos en los que hay pérdida de la razón del niño. (...)

## **SINDROME DE TOURETTE**

[Es] un padecimiento hereditario que se presenta desde la infancia y se caracteriza por movimientos anormales (tics) y problemas emocionales o de conducta.

Los *tics* son movimientos ya sean corporales o bucales rápidos, súbitos, convulsivos, repetitivos e involuntarios, que se manifiestan con una intensidad y formas variadas. (...)

Hay que tener en cuenta que la presencia de tics no conforma, necesariamente, el diagnóstico de ST, pues se ha descubierto que cerca de 20% de los niños presentan estos movimientos y sólo una minoría tiene ST.

Además de los tics, se ha encontrado que en el síndrome de Tourette existe una cierta relación con problemas psiquiátricos como el síndrome obsesivo-compulsivo o los comportamientos antisociales.

Todavía no se conoce la causa (fisiopatología) del síndrome de Tourette; sin embargo, se cree que hay una disfunción en varias partes del cerebro, principalmente en los ganglios basales y los lóbulos frontales. (...)

La importancia del ST (...), radica en que más de la mitad de los niños que llegan al médico con este diagnóstico tienen, además, TDAH, y la mayoría de ellos presentan una propensión especial a problemas serios de aprendizaje.

Antes de medicar a un niño con TDAH y ST hay que realizar un *diagnóstico diferencial* adecuado para saber si el fármaco está bien indicado, ya que los estimulantes utilizados para tratar el TDAH aumentan los tics y entonces, en general, no deben ser usados en el paciente con TDAH y ST. (...)

En todos los casos es fundamental realizar un diagnóstico preciso del problema, que debe incluir la opinión del psiquiatra. Así mismo es importante explicar al niño y a su familia que los tics no se hacen voluntariamente ni el niño está escondiendo “un problema psicológico”: la teoría psicoanalítica de que los tics eran provocados por el subconsciente quedó atrás hace muchos años. Este tipo de explicaciones son esenciales porque la *autoestima* del niño debe ser cuidada con especial atención.

## **COMORBILIDAD EN LA FAMILIA**

En las familias de los niños con TDAH existen diferentes tipos de alteraciones, que se presentan con mayor frecuencia que en las familias de los niños sanos. Comparando diversos grupos de niños con y sin TDAH, se ha demostrado que las madres biológicas de niños con déficit de atención tienen una mayor incidencia de neurosis; asimismo, en la familia de origen son mucho más habituales los desórdenes neuropsiquiátricos y el alcoholismo. (...)

Así cuando se diagnostica un niño con TDAH, de antemano sabemos que uno de los progenitores tendrá el mismo trastorno; y a este respecto se ha reportado una incidencia de TDAH de 15 a 20% para las madres y de 20 a 30% para los padres de niños con TDAH (Faraone y Biederman, 1997), lo cual es muchas veces superior a lo esperado para la población en general. (2004:76-78)

En relación con los padecimientos asociados, Biederman, indica que, en la mayoría de los casos, el TDAH es comórbido, tanto en los que son tratados clínicamente como en los que no llevan este tipo de tratamiento. (*Apud.*, Tomas y Casas, 2004:47)

Ante la complejidad de sintomatología del TDAH comórbido, Bielsa sugiere que debe realizarse un diagnóstico diferencial, por lo que retoma los siete criterios que son: “...una imagen clínica distinta, demografía, factores psicosociales,

biológicos, genéticos y familiares [así como el] curso y respuesta específica al tratamiento. (*Apud.*, Tomas y Casas, 2004:72)

## **2.3 Diagnóstico**

Con base en lo expuesto en los apartados anteriores, realizar una evaluación del trastorno resulta importante para establecer con seguridad un posible diagnóstico, descartar algunas posibles causas, y determinar la presencia o ausencia de otros factores y condiciones. La evaluación implicará un proceso, es decir varias acciones, que requerirán de la participación de los padres y profesores de aula regular, para proporcionar toda la información posible sobre la historia del desarrollo del niño, tanto en casa como en el aula, la manifestación de los síntomas del trastorno y de las condiciones en las que con mayor frecuencia se presentan, asimismo será importante la colaboración de otros profesionales que traten al niño como puede ser el neurólogo, paidopsiquiatra y/o psicólogo, quienes a través de la aplicación de diferentes instrumentos y procedimientos de evaluación clínico-cognitivo podrán aportar indicadores y evidencias que junto con la información obtenida del contexto familiar y escolar, permitirán determinar el trastorno y a su vez prescribir en caso de ser necesario tratamiento médico. Asimismo se podrá planear una intervención psicopedagógica que permita orientar a los profesores y a la familia, sobre las maneras en cómo tratar al niño, las estrategias a emplear para lograr su atención y control de su impulsividad-hiperactividad y acerca de las condiciones y apoyos necesarios para ofrecerle un ambiente que favorezca su integración educativa y social. En este sentido Rickel y Brown señalan:

“Una evaluación de TDAH incluye los siguientes componentes: una entrevista, escalas de medición o listas de control completadas por muchos informantes con el propósito de capturar una perspectiva más amplia en relación con las conductas que puedan asociarse con el TDAH en todos los entornos, una evaluación de los diagnósticos psiquiátricos concurrentes, un historial conductual y médico del niño y una prueba neuropsicológica. Aunque las pruebas neuropsicológicas no identifican el TDAH, resultan útiles para identificar otras comorbilidades, como problemas del aprendizaje específicos. El procedimiento de evaluación debe estar estructurado de acuerdo con la edad del paciente, y el proceso de diagnóstico debe incluir principalmente la evolución de si el paciente cumple o no, con los criterios de acuerdo con la formulación del DSM-IV-TR”. (2008:39)

Es claro que no existe un solo instrumento para el diagnóstico y evaluación de este trastorno, por lo que algunos autores indican que es necesaria la combinación de varias técnicas de evaluación para poder identificar la sintomatología, en este sentido, Quinlan propone que "...deben usarse cuatro categorías de métodos de evaluación: listas de control, entrevistas estructuradas, pruebas psicométricas de funcionamiento cognitivo e instrumentos que miden correlatos específicos del TDAH." (Rickel y Brown, 2008:41)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría los criterios para diagnosticar el TDAH, en el DSM-IV son los siguientes:

Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención que hayan persistido durante por lo menos seis meses en un grado no adaptativo e inconsistente con el nivel madurativo:

*Desatención*

- a) Muchas veces no presta atención al detalle o comete errores por descuido en su tarea escolar, trabajo u otras actividades.
- b) Muchas veces tiene dificultades para sostener su atención en tareas o juegos.
- c) Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Muchas veces no cumple con las consignas y deja incompletas las tareas escolares u obligaciones del trabajo o la casa (sin que se deba a una conducta oposicionista o a la falta de comprensión de las consignas).
- e) Muchas veces tiene dificultades para organizar sus tareas o actividades.
- f) Muchas veces evita, rechaza o le desagradan actividades que requieren esfuerzo mental sostenido (como la tarea escolar o los deberes).
- g) Muchas veces pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (juguetes, deberes, útiles escolares, libros).
- h) Muchas veces se distrae frente a estímulos ajenos a su tarea.
- i) Muchas veces es olvidadizo en sus actividades diarias.

*Hiperactividad*

- a) Muchas veces es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado.
- b) Muchas veces no puede permanecer sentado en clase o en situaciones en donde se espera que lo haga.
- c) Muchas veces corre o trepa en forma descontrolada, en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos esto puede limitarse a una sensación subjetiva de inquietud).
- d) Muchas veces tiene dificultades para jugar de manera callada.
- e) Muchas veces está en actividad constante, como si estuviera impulsado por un motor.
- f) Muchas veces habla en forma excesiva.

*Impulsividad*

- g) Muchas veces responde sin que haya concluido la pregunta.
- h) Muchas veces tiene dificultades para esperar su turno.
- i) Muchas veces interrumpe las actividades o el discurso de los otros.



Otras condiciones que destaca el DSM-IV son:

- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 7 años.
- Los síntomas se manifiestan en diferentes situaciones y lugares (por ejemplo, en el colegio o el trabajo, y en la casa).
- Existe evidencia clara de impedimento clínicamente significativo a nivel social, académico u ocupacional.
- Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro desarrollo psicótico, y tampoco pueden ser explicados por otro desorden mental (desorden afectivo, desórdenes por ansiedad, desorden disociativo, o trastorno de la personalidad). (Quirós *et al*, 2003:29-31)

Otra clasificación propuesta de clasificación que podría ser usada para el diagnóstico de este trastorno es la CIE que propone los siguientes criterios:

### Criterios para el diagnóstico según CIE-10

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperactivo requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos, como el autismo o los trastornos afectivos.

**G1. Déficit de atención.** Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que e hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades, como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente distraible por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

**G2. Hiperactividad.** Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante al menos seis meses, en un grado mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud, con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tienen dificultades para

entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. *Impulsividad*. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en asuntos de los demás (por ejemplo, interrumpe las conversaciones o juegos de otros).
4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los 7 años.

G5. *Carácter generalizado*. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad debe estar presente tanto en el hogar como en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes; la información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente).

G6. Los síntomas G1 o G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maniaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastorno de ansiedad (F41.-).

(Apud. Parellada, 2009:62-63)

Para acopiar la información necesaria en el diagnóstico del TDAH, Elías propone realizar la historia clínica del niño, instrumento que ayudara como herramienta de apoyo para un diagnóstico más certero, que se organiza con los siguientes indicadores:

Historia clínica inicial de niños con sospecha o indicios de TDAH.
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Historia<ol style="list-style-type: none"><li>a) Historia familiar:<ul style="list-style-type: none"><li>• Desórdenes genéticos.</li><li>• Desórdenes neurológicos (incluyendo tics).</li><li>• Desórdenes psiquiátricos.</li><li>• Antecedentes y problemas escolares (antecedentes académicos de los padres, de los hermanos o de otros parientes).</li><li>• Historia laboral de los padres.</li></ul></li><li>b) Embarazo, parto y nacimiento:<ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de actividad fetal.</li><li>• Exposición fetal a toxinas.</li><li>• Prematurez.</li></ul></li><li>c) Perfil neuroconductual en la infancia:<ul style="list-style-type: none"><li>• Cólicos o irritabilidad.</li></ul></li></ol></li></ol>

- Desórdenes en la alimentación.
  - d) Eventos significativos del desarrollo:
    - Corre en cuanto empieza a caminar “corrió tan pronto como camino”.
    - Coordinación motora gruesa y fina.
    - Desarrollo del lenguaje y del habla.
    - Enuresis.
    - Regresión.
  - e) Perfil neuroconductual:
    - Lapsos de atención.
    - Impulsividad.
    - Hiperactividad.
    - Estado emocional (depresión, ansiedad, frustración).
  - f) Conducta:
    - Oposicionante, desafiante, síntomas de desorden de conducta en la escuela:
      - Desempeño en la escuela.
      - Con qué mano escribe.
      - Reportes constantes en la escuela.
      - Tareas y exámenes académicos.
      - Reporte de calificaciones.
      - Años recursados.
      - Acude a escuela privada o pública.
  - g) Socialización:
    - Participación en actividades grupales.
    - Habilidad para hacer amigos y conservarlos.
    - Pasatiempos, deportes, actividades en grupo.
2. Exploración física:
- a) Examen físico general.
  - b) Examen neurológico.
  - c) Examen dismorfológico.
  - d) Exploración del desarrollo de:
    - Lenguaje hablado (conversar con el niño sobre temas que a él le interesen).
    - Memoria (retención de dígitos).
    - Tareas grafomotoras (p. ej.: la prueba de dibujo de Parson [DAP]).
    - Dibujos proyectivos (p. ej.: *Kinetic Family Drawing* [KFD]).

(2006:34- 35)

Como se mencionó anteriormente, existen pruebas psicológicas y escalas de evaluación que aportarán información sobre aspectos cognitivos y que proporcionarán otro tipo de indicadores a considerar en la realización del diagnóstico general y para la evaluación psicopedagógica. Estos instrumentos estandarizados deben ser aplicados por personal experimentado y en las condiciones que se establece en el protocolo.

Algunas de las escalas con información específica del TDAH más utilizadas son: las escalas de Conners para jóvenes (Conners, 1997), que tiene una subescala de hiperactividad, la escala de Brown para el TDAH (Brown Attention Deficit Disorder Scale, Brown, 2001;1996), con versiones de adultos y jóvenes; la escala ADHD Rating Scale IV (DuPaul *et al.*, 1997); el Perfil de Atención de los Niños (Child Attention Profile, Dulcan y Popper, 1991; Barkley, 1999) y la escala SNAP-IV (Swanson, 1992). (Parellada, 2009:86-87)

Asimismo Jané, Ballepí y Dorado, especifican que las escalas para evaluar el TDAH incluyen subescalas que valoran problemas específicos dentro de la generalidad del comportamiento y las pruebas cognitivas se orientarán a evaluar déficit en la atención e impulsividad. Por lo que podemos explicar que:

Las escalas de Conners incluyen un índice de hiperactividad que estima la intensidad de este síntoma. Los problemas de atención se valoran mediante las subescalas de problemas de atención de las pruebas de Achenbach (padres, maestros y autoinforme). Otras escalas específicas para la hiperactividad y para los problemas de atención son el CCP [Cuestionario Comportamental para Preescolares] y el EDAH [Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad] (...) Algunas [pruebas] son el CPT, que es una prueba informatizada donde se valoran los problemas de atención, y el WSCT que valora funciones ejecutivas e impulsividad. Algunas escalas de inteligencia también pueden estimar los posibles problemas de atención del niño o de la niña: en este sentido están el WISC-R de Weschler y el K-ABC de Kaufman. (2005:313)

Para comprender mejor las condiciones, medidas, ventajas y limitaciones de algunos de los instrumentos señalados, Jané, Ballepí y Dorado presentan el siguiente cuadro, conforme a la clasificación del DSM-IV en la que el TDAH es considerado como un trastorno exteriorizado.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA INFANTO-JUVENILES PARA LOS TRASTORNOS EXTERIORIZADOS

INSTRUMENTOS	EDAD	INFORMANTE	MEDIDA EVALUADA	VENTAJAS	LIMITACIONES
Original Conners Teacher Rating Scale CTRS (Conners, 1969)	4 –12 años	Maestros	Trastornos emocionales y conductuales.	Realiza un cribado clínico de la hiperactividad.	No tiene en cuenta el desarrollo.
Conners Abbreviated Symptoms Questionnaire – ASQ (Conners, 1973)	3 –17 años	Maestros	Trastornos emocionales y conductuales, sobre todo hiperactividad.	Da inf. Sistematizada de la hiperactividad. Detección precoz de los trastornos de la conducta.	No se puede utilizar para diagnóstico.
Preeschool Behavior Checklist (PBCL) (Mc Guire y Richman, 1986)	2 –5 años	Maestros	Conductas problema en el aula.	Informa sobre la frecuencia y severidad de los problemas de comportamiento en el contexto escolar.	No detecta sintomatología aislada. Puede dar falsos negativos.
Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent – MMPI-A (Butcher y otros, 1992)	14 –18 años	Autoinforme	Conducta psicopatológica.		
Cuestionario comportamental para Preescolares – CCP (Miranda y	4 –6 años	Padres y maestros	Comportamiento hiperactivo	Ofrece un perfil de la sintomatología hiperactiva y los problemas de	No es válido para el diagnóstico clínico.

Santamaría, 1986).				atención	
Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – EDAH (Farré y Narbona, 1998)	6 –12 años	Maestros	Conducta perturbadora en el aula.	Detecta los problemas de hiperactividad, de atención y de conducta.	No detecta los problemas de comportamiento disocial y negativista.
Sutter – Eyberg Student Behavior Inventory – SESBI (Sutter y Eyberg, 1984). Adaptación de Moreno, 1997.	3-5 años	Maestros	Problemas de conducta en pre-escolares dentro del aula.	Evalúa los problemas de comportamiento de las edades más tempranas.	No es válido para problemas disociales ni negativistas.
Cuestionario de Conducta Perturbadora para alumnos de Educación Infantil – CCP-EI (Moreno, 1997).	3-6 años	Maestros	Conducta desadaptada en el aula.	Hace un cribado de las conductas perturbadoras en preescolares.	No permite el diagnóstico clínico.
Batería de Evaluación de Conducta en Preescolares – PBT (masque, Xicoy, Jané y Domenech, 2002).	3-6 Años	Padres, maestros y autoinforme.	Problemas de conducta en la escuela y en el ámbito familiar.	Aporta información de trastornos diferentes, con la novedad de que es autoinformada en preescolares.	No permite el diagnóstico clínico.
Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas A-D (seisdedos, 1987).	16–18 años	Autoinforme	Específica para conducta antisocial y delictiva.		
Escala de Predicción de la Delincuencia (Sila y otros, 1990).	16–18 años	Autoinforme	Subescala dentro de la batería de socialización BAS-; que evalúa conducta antisocial		
Escala de Conducta Antisocial de Allsopp y Fedlman (adaptación española por Silva y Motorell, 1993).	16–18 años	Autoinforme	Conducta predelictiva durante el último año.		

(2005:315-317)

Con base en lo antes señalado, se puede concluir que para realizar un diagnóstico psicopedagógico del TDAH se deben utilizar diferentes técnicas como: la entrevista y la observación, así como emplear instrumentos como: escalas específicas, pruebas psicométricas, cognitivas y cuestionarios, considerando que cada uno de estos recursos evaluativos reportarán indicadores con los cuales se detecten los síntomas principales y secundarios del trastorno, así como problemas emocionales y comórbidos que sirvan para precisar las dificultades que enfrenta el niño para su desarrollo, convivencia social y desempeño escolar.

## 2.4 Tratamiento

Ante la heterogeneidad de síntomas del TDAH, en las últimas décadas han proliferado diversas propuestas de intervención terapéutica de diversos tipos y orientaciones, como la psicoterapia psicoanalítica, la terapia psicomotriz, el entrenamiento en habilidades sociales, las intervenciones pedagógicas, la terapia familiar sistémica e incluso tratamientos dietéticos de supresión o sustitución de nutrientes, como los ácidos grasos esenciales. Estos tratamientos se pueden planear y ofrecer de manera aislada o combinada, sin embargo los tratamientos más utilizados son el farmacológico, el psicológico en sus modalidades cognitivo y/o conductual y el pedagógico.

Por lo tanto es importante dar cuenta acerca de uno de los principales tratamientos, el cual es el comúnmente usado, como lo es el tratamiento farmacológico.

En la implementación de este tratamiento, los estimulantes han demostrado ser efectivos para aumentar la atención y la concentración en las personas que presentan el TDAH, ya que investigaciones realizadas reportaron que el 90% de los niños y adolescentes que recibieron este tipo de tratamiento, respondieron favorablemente (American Academy of Pediatrics, *apud.*, Rickel y Brown, 2008:50). No obstante esta sugerencia, existe reticencia por parte de algún sector de la población sobre los efectos que provocan e incluso algunos investigadores cuestionan la seguridad y eficacia del uso de este tipo de fármacos.

Al respecto Shepard *et al*, señalan que en específico en la población de niños menores de cinco años el uso de los estimulantes no es del todo adecuado, explicando que:

Debido a que la corteza prefrontal no está completamente desarrollada en los niños y los estimulantes generalmente ejercen sus efectos en esta región del cerebro, no está claro si son útiles para la población conformada por estos pacientes, dado que los órganos que los metabolizan son inmaduros. Además, el objetivo principal al recetar los estimulantes es mejorar el rendimiento escolar por medio de aumentar la atención

y la concentración. Ya que los niños de preescolar no están en un ambiente de aula de clase tradicional, el uso de la medicación tal vez no sea necesario para mejorar los resultados funcionales, como la atención y la concentración, en este grupo de edad. (*Apud.*, Rickel y Brown, 2008:50)

Respecto a la polémica sobre qué tanto funcionan los estimulantes para tratar este trastorno, Rickel y Brown señalan las posturas de varios investigadores como: Quinlan quien indica que se ha demostrado que las personas cuando los toman, cometen menos errores en la prueba computarizada para valorar problemas de atención (CPT, por sus siglas en inglés); en igual sentido, Gammon y Brown proponen que al usar serotonina, ésta reabsorbe los inhibidores por lo que la medicación estimulante es segura y efectiva y asimismo, Riggs *et al.*, declaran que este tipo de medicación en pacientes con trastornos de abuso de sustancias puede reducirles la ansiedad que sienten por éstas. Sin embargo con opinión contraria, Wilens *et al.*, advierten que los estimulantes no son efectivos para el TDAH. (*Apud.*, Rickel y Brown, 2008:51)

Con estas disímiles advertencias, se puede deducir que la respuesta al uso de estimulantes es variada, por lo que los médicos especialistas deben monitorear la respuesta a la medicación y proceder cuidadosamente sobre todo cuando existen casos con diagnósticos duales o TDAH comórbido.

Los medicamentos más usados son: el metilfenidato, la dextroanfetamina, la anfetamina combinada y la pemolina. Sobre esto, Elías opina lo siguiente:

La *dextroanfetamina (dexedrina)* fue el primer estimulante utilizado para el tratamiento del TDA-H. Actualmente existe un número importante de estudios que han documentado el efecto positivo de los neuroestimulantes sobre los síntomas centrales del TDA-H. Algunos estimulantes incluyen: el *metilfenidato (MPH)*, *Ritalin* o *genérico*, *sales de anfetamina mixtas (Adderall)* y la *pemolina (Cylert)*. Se cree que los estimulantes producen su efecto mediante un incremento de la dopamina disponible en el espacio intrasínáptico. (2006:77)

El **metilfenidato** (ritalin) ha sido recetado desde los años 60 y según investigaciones realizadas, tiene un 80% de efectividad. Su forma de acción consiste en potenciar el efecto de la dopamina para inhibir su recaptación a nivel presináptico produciendo la activación del lóbulo frontal. Dicha activación tiende a

normalizar la conducta, controlando la hiperactividad y reduciendo la impulsividad. (Fajardo, 2010: 68)

Sobre la efectividad de los estimulantes primarios como tratamiento para el TDAH, se realizó un análisis de 23 estudios que reveló pocas diferencias entre el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina. De esta manera los pacientes que no obtienen beneficios con una medicación estimulante pueden responder a otra. (McMaster University, *apud.*, Rickel y Brown, 2008:52)

Algunas de las recomendaciones para el uso de estas sustancias son que antes de someter al paciente a este tipo de tratamiento, se le deberá evaluar físicamente en lo relativo a su estatura, peso, pulso y presión arterial, con la finalidad de detectar alguna condición preexistente, asimismo cuando el tratamiento contemple la pemolina, será necesario un análisis de laboratorio de las funciones del hígado, dado que este estimulante se asocia con daño en las funciones hepáticas.

El tratamiento con fármacos debe iniciar con dosis bajas y los médicos y familiares deberán evaluar la respuesta del niño o joven en las semanas siguientes, haya un monitoreo y se valoren los síntomas y los efectos secundarios por lo que será importante contar con la colaboración de maestros, compañeros y otros profesionales que traten a la persona. Depende de los resultados en el seguimiento, el médico es quien considerará si es conveniente aumentar o disminuir la dosis. Con respecto a la pemolina, se hace la advertencia que los laboratorios que la producen recomiendan que ésta no sea usada como primera opción para tratar el TDAH. Los efectos secundarios de estos estimulantes son: disminución del apetito, tics motores, problemas de sueño, dolores de cabeza, dolor de estómago, náusea, fatiga e irritabilidad. Muchos de estos efectos pueden ceder después de un periodo corto o pueden desaparecer si la dosis se ha ajustado. (McMaster University *apud.*, Rickel y Brown, 2008:52)



Con la finalidad de confirmar la necesidad de la medicación estimulante en los pacientes e inhibir la tolerancia a este, se recomienda que por lo menos una vez al año se les suspendan los medicamentos por unos meses para tener referencias sobre la conducta, previo a reiniciar el tratamiento. Este proceder sólo lo determinará el médico tratante en caso de que el paciente se encuentre en circunstancias estresantes o si la interrupción de los medicamentos le propicia algún riesgo, esto no deberá realizarse. (Weiss *et al.*, *apud.*, Rickel y Brown, 2008:52)

A manera de conclusión sobre este tipo de tratamiento, resulta pertinente lo que cita Parellada:

[Este] tratamiento debe ser individualizado para cada niño y para cada familia, dependiendo de la severidad de los síntomas, del grado de comorbilidad, de la respuesta al tratamiento, del grado de limitación funcional, etc.

Existen varios tipos de medicamentos que actúan sobre determinadas sustancias cerebrales denominadas neurotransmisores. Los *estimulantes*, como el metilfenidato, actúan básicamente sobre el neurotransmisor dopamina y continúa siendo la primera elección en el TDAH no complicado. Los *no estimulantes*, como la atomoxetina, tienen efecto sobre la noradrenalina fundamentalmente. Otros muchos fármacos pueden ser utilizados para incidir de forma sintomática en determinados síntomas del TDAH o bien en la patología comórbida.

Una vez instaurado un tratamiento y valorada su eficacia, es prioritario hacer controles periódicos de la evolución del trastorno, tanto para ajustar dosis y valorar efectos secundarios como para considerar retirada/cambio de medicación. En la mayoría de los casos, incluso hasta en dos tercios de los casos, el trastorno persiste con mayor o menor gravedad a largo plazo, apareciendo síntomas y complicaciones concomitantes que es preciso abordar. (2009:237)

Otro de los tratamientos usados para atender el TDAH es el psicológico, teniendo en cuenta que quienes presentan TDAH enfrentan dificultades crónicas con efectos a largo plazo como el bajo rendimiento o fracaso escolar, conflictos en las relaciones interpersonales y baja autoestima, lo que les ocasiona sufrimiento y el desarrollo de otras patologías como alteraciones en su estado de ánimo, trastornos conductuales e incluso abuso de sustancias o drogas.

Para el control de síntomas concretos se usan fármacos diversos, sin embargo para la mejoría sintomatológica no son suficientes, ya que el trastorno afecta su desarrollo cognitivo, emocional y social y por consiguiente la convivencia

e interacción en diferentes contextos, condición que puede persistir a lo largo de toda la vida. Ante esta problemática, han surgido diferentes propuestas de intervención terapéutica con diferentes orientaciones, sin embargo:

De todas las técnicas utilizadas, las terapias cognitivo-comportamentales han logrado demostrar una mayor eficacia en la modificación de los patrones de conducta y pensamiento alterados en estos niños, [con TDAH] consiguiendo de esta forma una adaptación personal y social más adecuada y reduciendo las complicaciones y los riesgos asociados habitualmente a esta situación. (Pelham *et al.*, *apud.*, Parellada, 2009:237)

Cualquier intervención profesional requiere como condiciones previas que la familia tenga conocimiento del trastorno, de las distintas posibilidades de tratamiento y sobre todo de la confianza, disposición y colaboración para con los profesionales encargados del plan terapéutico y responsabilidad con el proceso mismo de la intervención. Asimismo será importante informar al niño de manera clara y de acuerdo con su nivel de comprensión sobre su trastorno, para evitarle en la medida de lo posible angustia, temores y confusiones sobre lo que vive.

Como parte del tratamiento está la intervención de tipo psicopedagógico, que en el caso de TDAH puede tener como base el enfoque cognitivo del procesamiento de la información. En éste la competencia cognitiva es la que posibilita aprender y solucionar problemas y para desarrollarla es importante potenciar la atención, memoria, percepción, imaginación, lenguaje y pensamiento del alumno. Por lo tanto resulta importante considerar que la competencia cognitiva se compone de:

- a) *Procesos básicos de aprendizaje*. Incluyen los procesos de atención, percepción, codificación, memoria y recuperación de la información.
- b) *Base de conocimientos*. Abarca los conocimientos previos que posee el alumno de tipo declarativo (hechos, conceptos y explicaciones) y procedimental (habilidades, destrezas). (...)
- c) *Estilos cognitivos y atribuciones*. Los estilos cognoscitivos son las formas de orientación que tienen los alumnos para aprender o enfrentarse a ciertas categorías de tareas. (...)
- d) *Conocimiento estratégico*. Incluye las estrategias generales y específicas de dominio que posee el alumno como producto de sus experiencias de aprendizaje anteriores. (...)
- e) *Conocimiento metacognitivo*. Es el conocimiento que ha desarrollado el alumno acerca de sus experiencias almacenadas y de sus propios procesos

cognoscitivos, así como de su conocimiento estratégico y la forma apropiada de uso. (Hernández, 2006:134-135)

La terapia cognitiva se orienta a corregir las distorsiones o errores específicos y habituales en el pensamiento (cognición). Las técnicas se dirigen a modificar y rectificar procesos de pensamiento alterados a través de estrategias que permitan organizar y planear las acciones, determinar el uso de recursos y precisar las habilidades y destrezas a realizar.

La finalidad será conseguir que el niño desarrolle autonomía, propiciando a su vez su adaptación y desarrollo psicológico, para lo cual, será importante que logre paulatinamente consciencia de su inatención y de su hiperactividad. Las técnicas a utilizar pueden ser: la autoevaluación de tareas específicas, autoinstrucciones y estrategias de resolución de problemas.

Para planear el tratamiento individualizado será necesario considerar el diagnóstico y las condiciones específicas del niño y de su entorno. Asimismo es importante señalar que este tipo de tratamiento requiere que el niño tenga una edad mayor a los 6 años y una buena capacidad cognitiva, así como habilidades verbales para los procesos que requieren cada una de las técnicas. (Parellada, 2006:247)

Los procesos de la terapia cognitiva pueden parecer adecuados para personas con TDAH que tienen cierto grado de insight de sus dificultades. Esta terapia enfatiza la percepción de los patrones de atención y las intervenciones que pueden ayudar a cambiar de dirección, procesos y contenidos del pensamiento de las personas. Además, el tratamiento cognitivo-conductual suele incluir tareas, que presentan desafíos y oportunidades para el crecimiento. Los pacientes y terapeutas pueden usar estas técnicas para evaluar los obstáculos que se presentan para concluir tareas y presentar evidencias que apoyen o refuten las creencias centrales, con el fin de crear estrategias que ayuden a determinar cuáles métodos son los más efectivos. Dado que la terapia cognitiva exige cierto grado de sofisticación, en términos de que se debe estar consciente de los procesos de pensamientos propios, puede ser más apropiada para adolescentes y adultos. (Rickel y Brown, 2008:65)

Dentro del Tratamiento conductual, las técnicas de modificación conductual son útiles para establecer conductas adecuadas y asertivas, corregir las

disruptivas, modificar las agresivas y sobre todo orientar el proceso de enseñanza del alumno para promover eficiencia en el aprendizaje escolar.

El principio básico de esta orientación es que las conductas se producen, mantienen o desaparecen en función de las consecuencias ambientales, es decir si una conducta o comportamiento le sigue una recompensa (reforzamiento positivo) aparecerá con mayor frecuencia, pero si a esta conducta le sigue un castigo o no se le presenta la recompensa, tiende a disminuir su frecuencia hasta desaparecer o extinguirse.

*Las técnicas de modificación conductual (...) han sido muy utilizadas desde los años sesenta en diversos ámbitos educativos: educación especial, educación escolar (desde los niveles de educación básica hasta la superior), psicopatología infantil y adulta. Las técnicas requieren la aplicación de varios pasos: a) observación inicial, b) definición del objetivo global de la intervención, c) elaboración del análisis de tareas a partir de los objetivos de intervención, d) operaciones de secuenciación de contenidos y habilidades que se van a enseñar, e) determinación del nivel de conducta inicial del sujeto (línea base), f) selección y aplicación del procedimiento conductual apropiado, g) evaluación continua (inicial, durante y después) de los procesos de enseñanza-aprendizaje. (Hernández, 2006:92)*

Lo anterior se traduce en una sencilla pauta que siguen los programas de modificación de la conducta:

1. "Identificación de las conductas problema.
2. Análisis de las relaciones entre estas conductas y los acontecimientos externos y los estados internos.
3. Manejo de las consecuencias ambientales." (Parellada, 2006:255)

Las técnicas de modificación conductual resultan ser altamente eficaces, cuando se cumple sistemática y rigurosamente con el manejo de las contingencias de reforzamiento. Son muchas las técnicas de este tratamiento, sin embargo las empleadas para disminuir o eliminar conductas alteradas en el tratamiento del TDAH son: retirada de atención, tiempo fuera, coste de respuesta y sobrecorrección. Las utilizadas para aumentar conductas adaptadas son: refuerzo positivo, reconocimiento social, atención de los adultos.

Hasta la década de los ochentas los procedimientos más utilizados fueron el farmacológico y el conductual; el primero se basa en la administración de fármacos que afectan a los neurotransmisores implicados en la psicopatología, y el otro aplica técnicas que modifican la conducta, centrándose en la manipulación de las contingencias ambientales, optimizando los procedimientos de disciplina en la familia y en la escuela. Sin embargo el enfoque terapéutico se optimiza cuando se utilizan numerosas herramientas para definir de manera adecuada la conducta del niño, teniendo el clínico presente que el TDA-H requiere un diagnóstico preciso, que de no ser así, repercutirá en un mal enfoque terapéutico (Elías, 2006:72-73)

Autores como Elías (2006) y Van-Wielink (2004) coinciden en que otro tipo de tratamiento para el TDAH es el psicosocial, que consiste en aplicar apoyos para la modificación de la conducta del niño por medio de la educación, es decir, que reciba atención especial y personalizada por profesionales que puedan ayudarle a lograr pensamientos y conductas adecuados para que su desarrollo sea más productivo dentro del medio escolar y social.

En la modificación por medio de la educación, el principal objetivo será que el niño logre superar sus deficiencias y reconozca sus capacidades a través de un plan de intervención que en conjunto realicen el profesor de aula y el profesional de apoyo para orientar el trabajo escolar, considerando las NEE del alumno, ya que:

...la modificación del TDAH mediante la *educación* implica la intervención especializada de la **educación académica**. La escuela debe ser un medio bien organizado y con un equipo de profesores que entiendan el TDAH. Hoy día no es aceptable que los docentes ignoren en qué consiste este trastorno y cómo deben tratar a los niños que lo padecen, pues de ello depende que puedan establecer estrategias como la rutina, la estructura, y una aproximación bien definida y estandarizada a estos pequeños. Las modificaciones del entorno escolar son muy útiles y, fuera de toda duda, han demostrado su efectividad en numerosos estudios, de manera que un profesor bien informado ya no podrá esgrimir el pretexto de que "educar a estos niños es imposible". (Van-Wielink, 2004:88)

Podemos señalar que el TDAH es un trastorno que se caracteriza por la inatención, impulsividad e hiperactividad, las que conllevan a que los niños que lo presentan enfrenten dificultades en la concentración y la memoria. Asimismo estas manifestaciones se pueden tornar más complicadas ya que es frecuente que haya comorbilidad con otras condiciones psicológicas,

como los trastornos afectivos, de ansiedad del aprendizaje y de conducta desafiante o de oposición.

No obstante esta complicada expresión del trastorno, existen dos propuestas para realizar el diagnóstico, cada una con criterios específicos que auxilian a los profesionales en la detección. En cuanto a los tratamientos, éstos pueden ser a través de medicamentos estimulantes, de terapia psicológica con técnicas conductuales, y cognitivas, así como de intervenciones combinadas como las psicosociales y psicofarmacológicas.

Según sean los resultados de la evaluación clínica y del tratamiento prescrito, los niños que presentan este trastorno deberán ser atendidos en las escuelas regulares tanto por los profesores de aula regular como de los profesionales de los servicios de apoyo. La atención psicopedagógica consistirá en adaptar el entorno de estudio, proporcionando diferentes apoyos y estrategias que se tienen que aplicar en el momento de realizar las actividades escolares, motivarles y ayudarles a establecer orden, organizar el tiempo, especificar pocas normas, utilizar listar para priorizar tareas y establecer rutinas.

## CAPÍTULO 3

### LA ATENCIÓN DE USAER PARA UNA NIÑA QUE PRESENTA TDAH EL CASO DE KAREN

El estudio de caso es un método para realizar investigación de tipo cualitativo y permite a quien pretende explicar la parte de la realidad que ha seleccionado y delimitado espacial y temporalmente como objeto de investigación, acopiar y sistematizar información sobre las características, situaciones, condiciones e interrelaciones que presente ya sea un individuo u organismo social con la intención de comprender, exponer y reconstruir su historia. Es así que en el presente capítulo se retomará este método para abordar el caso de una niña que es atendida por una USAER por manifestar sintomatología del TDAH.

#### **3.1. Metodología**

La investigación cualitativa se realiza para comprender y dar sentido a los hechos que suceden en la realidad social y la educación es uno de los ámbitos que la constituyen. Por lo tanto para realizar investigación educativa desde una orientación comprensiva, se deberán emplear métodos cualitativos porque “...no manipulan ni ‘controlan’, sino que relatan hechos, y han demostrado ser efectivos para estudiar la vida de las personas, la historia, el comportamiento, el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y las relaciones de interacción.” (Sabariego *et al*, 2004:293)

En este sentido el estudio de caso como método cualitativo resulta un proceder adecuado para realizar la presente exposición, ya que:

...se espera que abarque la complejidad de un caso particular. [Es decir] el detalle de la interacción con sus contextos. [En este sentido] el estudio de caso es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. (Stake, 2007:69)

En relación a lo antes expuesto, se determinó que el presente trabajo se conformaría como un estudio de caso, su finalidad es "...conocer cómo funcionan todas las partes (...) para generar hipótesis, aventurándose a alcanzar niveles explicativos de supuestas relaciones causales descubiertas entre ellas, en un contexto natural concreto y dentro de un proceso dado." (Bartolomé, *apud.*, Sabariego *et al.*, 2004:310)

No obstante las diversas modalidades o tipologías sobre este tipo de estudio, se atendió al señalamiento de Stake quien indica que "...por sus propias características, el estudio de caso es difícil de estructurar en un plan de investigación con unos pasos delimitados y claramente secuenciados" (*apud.*, Sabariego *et al.*, 2004:315) razón por la cual se retomó la propuesta de Montero y León quienes plantean fases a seguir como una pauta que permite metodológicamente a quien realiza la explicación del caso, centrarse en algunos aspectos para exponer de manera ordenada la información relevante de las condiciones y situaciones a analizar. Las fases propuestas son:

1. La selección y definición del caso.
2. La elaboración de una lista de preguntas.
3. La localización de las fuentes de datos.
4. El análisis e interpretación.
5. La elaboración del informe. ( Montero y León, *apud.*, Sabariego *et al.* 2004;315)

### **3.2. Definición del caso**

Los estudiantes de la licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, al cursar los dos últimos semestres están en la posibilidad de elegir una opción de campo entre varias que se ofertan. La opción de campo: Integración/Inclusión Educativa está centrada en la revisión de cómo se conformó el Programa de Integración Educativa en nuestro país, sus fundamentos y operación, por lo que uno de sus objetivos es que los estudiantes inscritos, durante los dos últimos semestres en que se cursan este campo, realicen práctica profesional en alguna escuela primaria o secundaria oficial regular que cuente con el servicio de USAER o bien en algún CAPEP o CAM, para constatar y documentar cómo es que se atienden a los alumnos que presentan NEE con o sin discapacidad.



Para realizar este trabajo, de manera personal cada estudiante localizará uno de estas instituciones para solicitar le permitan realizar este tipo de práctica, llevando una carta de solicitud con aval de la Universidad Pedagógica Nacional y un programa de actividades a realizar durante el periodo de dos semestres. Es importante señalar que esta es la manera o vía que ha resultado la más viable administrativamente hablando, ya que por diversas razones, sobre todo de tipo burocrático no se ha podido concretar un convenio con las instancias y autoridades correspondientes de la SEP.

Para cumplir con esta práctica, fue necesario por parte de quien suscribe este trabajo ubicar una escuela de nivel primaria que contara con el servicio de USAER cercana al domicilio particular. La demarcación fue la zona especial 6 de Iztapalapa, región de San Lorenzo Tezonco que comprende varias escuelas. A cada una de éstas se fue con la finalidad de que alguna permitiera el acceso y le interesara el servicio educativo a realizar.

Expuesta la solicitud en varias de las escuelas de esta zona, la respuesta fue negativa, por lo que se decidió presentarse en la sede de la USAER que atendía a estos centros escolares. Estando en dicho lugar se pidió hablar con la directora, pero la persona que atendía informó que la directora no se encontraba, pero requirió se le informara el asunto a tratar ya que ella era maestra de apoyo de la USAER. Expuesta la solicitud de realizar práctica profesional, la maestra informó que para asistir y realizar dicha práctica se tendría que llevar a efecto trámites ante ciertas instancias administrativas, lo que resultaría muy largo, pero que por el interés mostrado, ella podría resolverlo de manera práctica, permitiendo el acceso a la escuela con la condición de sólo observar cómo atendían el caso de una alumna con TDAH cuyo rendimiento escolar es bajo.

Ante esta condición y posibilidad de constatar este trabajo, la respuesta de inmediato fue afirmativa, por lo que ella agregó más condicionantes, éstas fueron: no se podría tener contacto alguno ni con la directora de la escuela primaria, ni

con la directora de la USAER; que no se podrían hacer observaciones en el aula regular, sólo en el aula de apoyo, asimismo indicó que no se podría revisar el expediente de la alumna, ya que éste lo resguardaba la directora de USAER en su dirección; no se podría hacer alguna videograbación ni tomar fotografías y por supuesto fotocopiar algún material o trabajo realizado por la niña en la sesión individual.

A todo esto la maestra de USAER precisó que mi presencia en el centro escolar tendría que circunscribirse a sólo a observar, porque estaba prohibido el acceso a toda persona ajena a la USAER, pidió discreción absoluta y acatar todas las condiciones establecidas. Nuevamente la respuesta ante estas condicionantes fue afirmativa, aun cuando esto llevaría a enfrentar dificultades para entrevistar a informantes clave y acopiar información sobre el caso de la niña con TDAH.

### **3.3. Elaboración de una lista de preguntas**

El plantearse algunas preguntas sobre el caso, es para que éstas sirvan como elementos que precisen el ámbito a indagar, orienten la localización de las fuentes y el acopio de la información, por tal razón se planteó una pregunta general y algunas específicas sobre el caso de la niña cuyo nombre es Karen.

Pregunta general:

¿En qué consistió el programa de intervención de la USAER para atender las NEE de Karen, alumna que presenta TDAH?

Desglose:

¿En qué consistió el diagnóstico practicado para la detección de TDAH?

¿En qué consistió la evaluación psicopedagógica realizada por la USAER para este caso?

¿Cuáles fueron las NEE detectadas en la alumna?

¿Cuáles fueron las estrategias, apoyos y recursos que conformaron el programa de intervención para su IE?

### 3.4 . Localización de las fuentes de datos

A pesar de las limitantes impuestas por la maestra de apoyo de la USAER, se consideró que éstas no serían un obstáculo para realizar observaciones de tipo participante en el aula de apoyo ni para registrar información sobre: las interacciones de Karen con la maestra de apoyo y con los otros niños, las actividades programadas por USAER para la alumna, las estrategias sugeridas para la enseñanza por parte de la docente de aula regular y el comportamiento y desempeño que la niña manifestara.

Para acopiar la información, se consideró como pertinente retomar la propuesta metodológica de Massot *et al*, quienes indican que para recuperar el máximo posible de información, es necesario emplear técnicas de investigación directas e indirectas, entendiendo que las primeras: "...permiten obtener información de primera mano y de forma directa con los informantes clave del contexto [y las segundas] agrupan la lectura de documentos escritos que, recogen la evolución histórica y la trayectoria del comportamiento, funcionamiento y organización de la realidad." (2004:331)

Con base en este señalamiento, se confirmó que el uso de la técnica de la observación permitiría registrar datos y hechos de la intervención de la USAER para el caso de Karen, determinando que el tipo más apropiada para realizar este acopio sería la observación participante que consiste en:

"...observar al mismo tiempo que se participa en las actividades propias del grupo que se está investigando. (...) La planificación tiene un carácter inductivo, emergente y flexible done el investigador se integra en una situación natural con interrogantes generales sin marcar una dirección o trayectoria determinada, la cual va acotando a medida que se genera." (Massot *et al*, 2004:332-333)

Para el registro de estas observaciones se usarían las notas de campo, instrumento que al no tener una estructura rígida permitiría la anotación de los hechos observados. (McKerman, 1999:115)

Otros instrumentos a emplear como parte del sistema de registro para la observación *in situ* como indica Massot *et al.*, (2004:31) serían tres cuadros de observación (“Algunas estrategias funcionales en la gestión y organización de la clase”, “Hoja para la observación del estilo de aprendizaje” y “Hoja para la observación del trabajo en el aula”) que se retomaron de Coma y Álvarez (2005:62-64) con la finalidad de registrar los aspectos de cada uno, en ambas aulas, es decir en la de apoyo y en la regular. La entrevista fue otra técnica a emplear en este trabajo ya que permite:

“...obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona como las creencias, las actitudes, las opiniones, los valores, en relación con la situación que se está estudiando.”(Massot *et al.*, 2004:336)

El tipo de entrevista más viable dado el contexto escolar y las condiciones para realizar el trabajo, fue la estructurada “...porque al presentarse como un formato con preguntas preestablecidas y cerradas permite que el informante responda de manera concreta y exacta a lo requerido, equiparándose como un cuestionario escrito”. (Massot *et al.*, 2004:337)

Como parte del proceder metodológico que exige esta fase, se determinó emplear como técnica indirecta, el análisis de documentos ya que a través de éstos se obtiene información valiosa, fidedigna y práctica sobre los intereses y perspectivas personales de quienes los elaboran, además de que son una posibilidad para obtener datos cuando no se tiene el acceso a otros medios. (Massot *et al.*, 2004:349)

Con base en las técnicas e instrumentos señalados, las fuentes seleccionadas fueron:

- 1) Documentos emitidos por la escuela regular:
  - Hoja de Inscripción y Acreditación Escolar para 1° o 2° grado de Educación Primaria
  - Perfiles grupales
- 2) Notas de campo.
- 3) Cuadros de observación.
- 4) Entrevistas estructuradas realizadas a:
  - Maestra de apoyo de USAER
  - Profesora de aula regular.
  - Karen (realizada por la maestra de apoyo de USAER)

### 3.5 Análisis e Interpretación

Para realizar el análisis de la información se retomaron las tres operaciones que Massot *et al.*, proponen, siendo éstas:

...[1] *la reducción de la información* implica seleccionar, focalizar y abstraer los datos brutos en unidades de significado que se denominan categorías de contenido, de acuerdo con unos criterios temáticos determinados. Esta idea resume el procedimiento fundamental del análisis de datos cualitativos que consiste en buscar temas comunes o agrupaciones conceptuales en un conjunto de narraciones recogidas como datos de base o de campo. Las operaciones más representativas que integran esta actividad se denomina [2] *categorización*-entendida como la división y simplificación del contenido a unidades o categorías de acuerdo con criterios temáticos-y [3] *codificación*-operación concreta por la cual se asigna a cada unidad de contenido el código propio de la categoría donde se incluyen. En esta fase se segmenta el conjunto inicial de datos, a partir de unas categorías descriptivas que permiten una agrupación de los datos para identificar patrones, regularidades, principios, pero también, inconsistencias, incoherencias y discontinuidades. (2004:357-358)

Antes de indicar las categorías, es importante mencionar que no obstante que se limitó el contacto y participación en la escuela regular, se realizaron 8 notas de campo en el aula regular, 1 en el área de cómputo y 1 en el patio de recreo. En total fueron 23, en sesiones de 40 min., durante el periodo comprendido del 28 de enero del 2009 al 24 de marzo del mismo año.

Con respecto a las entrevistas de tipo estructurada, a la maestra de apoyo se le realizaron 2, quien demandó que prefería dar respuesta por escrito. A la profesora de aula regular se le realizó una, quien también solicitó que se le diera de manera impresa. La cuarta entrevista que se presenta en el anexo no. 11 es la que realizó la maestra de apoyo a Karen en presencia de quien suscribe el presente.

Con estos instrumentos se pudo acopiar mayor información y se determinaron las categorías, considerando las preguntas de la fase 3.2, por lo que resultaron las siguientes:

- Procedimientos para realizar el diagnóstico (A)
- Procedimientos para realizar la evaluación psicopedagógica (B)
- Detección de NEE (C)
- Programa de intervención (estrategias, apoyos y recursos) (D)

Con respecto a la primera categoría, “procedimientos para realizar el diagnóstico”, cuyo código es (A) se puede señalar que desde el primer día que se estableció contacto con la maestra de apoyo, ella comentó que no tenía información sobre los antecedentes de la alumna, desconociendo si se le había realizado algún diagnóstico, sin embargo reportó lo siguiente: *la mayor dificultad para ayudar a la alumna es que los padres no han acudido a las reuniones a las cuales se les ha citado ya varias veces y jamás se ha tenido respuesta. Se le ha preguntado a la hermana, quien es responsable de venir a la escuela para recoger a Karen y ella dice que sus papás trabajan mucho y no tienen tiempo de venir. Pero tampoco han asistido a la firma de boletas de ningún bimestre, por lo tanto al no contar con el apoyo familiar, Karen sigue sin poder avanzar de manera eficaz, ya que no tiene un refuerzo en casa de lo que se le enseña tanto en el aula regular como en la de apoyo. (Ver anexo 4)*

Un dato que se agrega a esto, es cuando la maestra de apoyo le preguntó a Karen: ¿tus papás te han llevado a algún hospital para que te realicen algún estudio?, a lo que la niña contestó: *no, sólo voy al doctor cuando me enfermo de la tos o gripa pero hace mucho que no me enfermo.* (Ver anexo 11)

La USAER al no contar con un diagnóstico de Karen, entendiendo por éste

“...un resumen [que se hace] de los problemas clínicos de un paciente que incluye una serie de aspectos que podrían tener relación causal con la aparición del trastorno o con su manifestación en un momento determinado de la vida del niño.” (Parellada, 2009:68)

Se carece de información importante y de la opinión de un especialista para corroborar que Karen presenta TDAH. Ante esta situación la USAER como servicio de apoyo puede canalizar a la niña a una institución de salud para que le realicen una evaluación clínica que consiste en:

...una entrevista, escalas de medición o listas de control completadas por muchos informantes con el propósito de capturar una perspectiva más amplia en relación con las conductas que puedan asociarse con el TDAH en todos los entornos, una evaluación de los diagnósticos psiquiátricos concurrentes, un historial conductual y médico del niño y una prueba neuropsicológica. Aunque las pruebas neuropsicológicas no identifican el TDAH, resultan útiles para identificar otras comorbilidades, como problemas del aprendizaje específicos. El procedimiento de evaluación debe estar estructurado de acuerdo con la edad del paciente, y el proceso de diagnóstico debe incluir principalmente la evolución de si el paciente cumple o no, con los criterios de acuerdo con la formulación del DSM-IV-TR. (Rickel y Brown, 2008:39)

Con los resultados de la evaluación clínica, se podría confirmar si Karen presenta TDAH, qué tipo de tratamiento sugieren los especialistas y algunas otras recomendaciones, aspectos importantes a tomar en cuenta antes de realizar la evaluación psicopedagógica por parte de la USAER para determinar las NEE y planear la intervención para lograr su IE.

No obstante que no se tiene una referencia clínica que asegure que Karen presenta TDAH, la maestra de apoyo indicó lo siguiente:

*Karen es una de las alumnas de bajo promedio, además presenta Trastorno de Déficit de Atención por las características que ha manifestado desde que entró a la escuela.* (Ver anexos 4 y 9)

Esta aseveración de la maestra de apoyo resulta desconcertante porque anteriormente había reportado que no tenían información suficiente sobre los antecedentes de la niña, ni la seguridad de si se le había realizado algún diagnóstico clínico.

Por lo antes expuesto, se deduce que la USAER no cuenta con un expediente del caso, ni con un diagnóstico que asegure que Karen presenta la sintomatología característica del TDAH.

Para la segunda categoría, “procedimientos para realizar la evaluación psicopedagógica”, código (B), se puede referir que la maestra de apoyo indicó que existía una evaluación psicopedagógica de Karen, que se encontraba en la dirección de la escuela primaria y que sólo la podría solicitar la directora de la USAER, pero ante la pregunta ¿cómo detecta la USAER a los niños que presentan NEE?, ella respondió:

*Karen tiene atención de la USAER porque la directora de la escuela regular al inicio del ciclo escolar solicita a la USAER que realice una evaluación a todo el alumnado. En este sentido, por detectar un bajo rendimiento escolar fue remitida a este servicio. (Ver anexo 4)*

En la entrevista realizada a la maestra de apoyo, ella contestó por escrito y de manera escueta, sin embargo se puede señalar que concibe a la evaluación psicopedagógica como: *un recurso para el diagnóstico, que le demandó la directora de la escuela primaria mediante un oficio y que los responsables de realizarla son la profesora de USAER y la profesora de grupo, empleando un examen diagnóstico, perfil grupal y guía de observación. Asimismo anotó que: la situación en que se encontraba el caso con respecto a su integración educativa era retardo en lecto-escritura y matemáticas. (Ver anexo 9)*

Para que el lector tenga una referencia sobre lo que debe ser la evaluación psicopedagógica en el contexto de la IE, a continuación se presenta la siguiente:



...es un proceso que aporta información útil (...) cuya finalidad es la de ofrecer elementos suficientes y oportunos relacionados con las capacidades, habilidades, dificultades, gustos e intereses del niño al que se evalúa, ya que con esa base se determinan las adecuaciones curriculares pertinentes. [Quienes la realicen] deberán:

- Orientar la evaluación con una perspectiva más pedagógica (...) lo que requiere de un trabajo estrecho entre el especialista, el maestro regular y los padres de familia; en conjunto [integrarán] la información suficiente sobre el proceso de desarrollo del niño, sobre sus capacidades, su estilo y ritmo de aprendizaje, sus dificultades para apropiarse de ciertos conocimientos escolares, sus actitudes, sus intereses, su conducta, etcétera.
- Partir del principio de que para profundizar en el conocimiento del niño deberán privilegiar la observación directa de su desempeño cotidiano en el aula y otras actividades llevadas a cabo fuera de ella. (...)
- [Los instrumentos psicométricos] pueden aportar información útil, siempre y cuando se seleccionen cuidadosamente y se realice una interpretación cualitativa de los resultados cuantitativos, en un sentido que destaque abiertamente las potencialidades y cualidades del niño, el nivel en el que puede realizar una tarea por sí mismo y lo que solamente puede hacer con ayuda de otra persona. (García *et al.* 2000:89-90)

Con base en esta referencia, podemos señalar que la USAER al no permitir que se revisara la supuesta evaluación psicopedagógica de Karen y por las respuestas de la maestra de apoyo sobre este aspecto, podemos deducir que la USAER no ha realizado una evaluación psicopedagógica del caso, ya que sólo existen dos “perfiles grupales”. Éstos consisten en un formato en el que se evalúan tres ejes, en uno de los perfiles se presentan: noción de la palabra, convencionalidades ortográficas, semántica y sintáctica y en el otro, se plantean los ejes: redacción, lectura y expresión. Ambos formatos y por lo tanto perfiles reportan los resultados de todo el grupo de alumnos y al final de cada uno aparecen las firmas de la maestra de apoyo de USAER y de la profesora de aula regular. Solo uno de estos formatos presenta fecha de realización. (Ver anexos 1, 2 y 4)

En dichos perfiles, la evaluación de cada indicador por niño se registra por medio de colores, verde que refiere a óptimo, amarillo a regular y rojo a bajo. Las evaluaciones de Karen reportan niveles bajos en: la separación de palabras, aplicación de reglas ortográficas, significado de las palabras, coherencia lineal y redacción libre, asimismo en el segundo perfil los aspectos de la lectura evaluados

fueron: anticipación, predicción, inferencia, comprobación, autocorrección, deletreo y recuperación de significado, en los que se reportó niveles bajos.

Al revisar los dos perfiles, se puede observar que Karen no es la única alumna que presenta niveles bajos, pero como no se explicitó cómo es que se eligieron los ejes y los indicadores, así como el procedimiento para evaluar a cada niño, podemos señalar que este tipo de evaluación resulta imprecisa y poco útil para detectar cuáles son las NEE del caso.

Con base en las observaciones realizadas, en algunas notas se reporta que Karen presentó un desempeño muy diferente al de sus compañeros con respecto a las actividades en matemáticas y lectura de comprensión, ya que la niña no respondía a las preguntas que la profesora le hacía al término de los ejercicios. Asimismo se puede señalar que en el seguimiento de instrucciones, un día la profesora de aula regular, le pidió que abriera su libro de español para leer un párrafo, ante este requerimiento, Karen tardó varios minutos en tomar el libro y preguntó 3 veces cuál era la página que debía leer. Cuando la encontró inició la lectura con tartamudeo, ante esto la profesora le ayudó en completar las palabras y terminada la lectura del párrafo, la docente pidió a otra alumna continuar con la lectura quien lo hizo de manera fluida. (Ver anexo 4)

Al revisar la hoja de Inscripción y Acreditación para 1° y 2° grado de educación primaria, se puede observar que las calificaciones de Karen son: en Español 6.4, en Matemáticas 6, en Conocimiento del medio 6.8, en Educación Artística 8.6, en Educación Física 9.8 y su Promedio General Anual es 7.5.

Estas calificaciones son un indicador de que no sólo en las asignaturas de Español y Matemáticas presenta un rendimiento bajo, sino también en Conocimiento del Medio, mientras que en Educación Artística y Educación Física, sus calificaciones son buenas, confirmándose con las notas de observación, que en estas asignaturas la alumna mostró interés, realizó las actividades e interactuó con sus compañeros de clase. (Ver anexo 4)

En conclusión, se puede decir que lo realizado por la USAER como evaluación psicopedagógica dista mucho de serlo porque se tendría que indagar, sistematizar, organizar y presentar información sobre: datos personales, motivo de la evaluación, apariencia física, conducta durante la evaluación, antecedentes del desarrollo y situación actual de la alumna. (García *et al.*, 2000:96)

En cuanto a la tercera categoría: “detección de NEE”, código (C), debemos recordar que éstas constituyen el aspecto básico cuando se pretende integrar educativamente a un alumno ya que remiten a las dificultades que puede presentar en el aprendizaje de los contenidos de la propuesta curricular. En este sentido, las NEE no dependen sólo de las condiciones particulares del niño, sino también de su interacción con el medio, por lo que su ritmo de aprendizaje es diferente al de sus compañeros, requiriendo de recursos, apoyos y condiciones particulares para lograr los objetivos que establece el programa escolar.

Para detectar qué niños pueden presentar NEE, García *et al.*, sugieren tres etapas:

1. *Realización de la evaluación inicial o diagnóstica del grupo.* Mediante pruebas iniciales, el maestro conoce el grado de conocimientos de los alumnos (...) al principio del ciclo escolar. Esta evaluación formal es complementada por las observaciones informales (...) de las formas en que se socializan, sus estilos y ritmos de aprendizaje, sus intereses y preferencias, etcétera. Con esta base se realizan ajustes generales a la programación, para adaptarla a las necesidades observadas.
2. *Evaluación más profunda de algunos niños.* Aún con los ajustes generales a la programación, algunos alumnos mostrarán dificultades para seguir el ritmo de aprendizaje de sus compañeros de grupo. El maestro los observa de manera más cercana y hace ajustes a su metodología, de tal forma que involucra a estos niños en actividades que les permitan disminuir la brecha que hay entre ellos y el resto del grupo.
3. *Solicitud de evaluación psicopedagógica.* A pesar de las acciones realizadas, algunos alumnos seguirán mostrando dificultades para aprender al mismo ritmo que sus compañeros, por lo que será preciso realizar una evaluación más profunda. (2000:77-78)

Considerando estas etapas, en el proceso particular de la detección de las NEE de Karen, se puede indicar que la maestra de apoyo mencionó: *si se realizó una evaluación diagnóstica y una guía de observación, esto se encuentra en el expediente.*

No obstante este comentario, en ninguna ocasión se permitió el acceso al expediente por lo cual no se pudo comprobar la existencia de los documentos, sin embargo en caso de haber realizado tal evaluación diagnóstica, ni la maestra de apoyo, ni la profesora de aula refirieron algunos datos de ésta cuando se les preguntó de ¿cuáles consideraban que eran las NEE de la alumna?, sólo comentaron lo siguiente:

La maestra de apoyo indicó: *retardo en lecto-escritura y matemáticas.* Y ante el requerimiento ¿qué tipo de apoyos se le han ofrecido a la niña?, ella respondió: *atención por parte de USAER.* (Ver anexo 9)

En el caso de la profesora de aula regular, comentó que Karen presenta dificultades en atender, en leer y en las matemáticas. Sobre la atención indicó: *Pocas veces atiende, pues en la mayoría de las ocasiones se distrae con facilidad de lo que está haciendo y pierde continuidad en el ejercicio.* (Ver anexo 10)

Con respecto a la lectura, agregó: *la niña presenta serios problemas en el área de lectura ya que no puede unir las letras para formar la palabra, lee cada una individualmente y muchas letras tiende a confundirlas, por lo tanto no entiende el texto. La alumna no ha sabido leer bien, puesto que al no tener el conocimiento claro de las letras no puede conjuntarlas en una palabra y mucho menos en una oración. Al darse cuenta de su dificultad para poder leer tiende a desesperarse y dejar la actividad.*(Ver anexo 10)

Ante la pregunta: ¿qué es lo que hace Karen cuando tiene que trabajar en los libros de texto?, la docente respondió: *Cuando la actividad tiene una explicación previa y continúa con un ejercicio posterior puede realizarlo*

*correctamente pero con ayuda individual, de otro modo le tomará más tiempo realizarlo y posiblemente no lo hará correctamente. (Ver anexo 10)*

Sobre las dificultades de la niña en la asignatura de matemáticas, opinó: *Conoce los números pero se le dificulta hacer operaciones cortas, por lo que constantemente se le debe ayudar para que entienda. Así le pasa con los problemas, entiende el procedimiento pero no puede organizar correctamente los datos para llevarlo a cabo. Con frecuencia ocurre, que tiende a confundir las cantidades que se le presentan por lo tanto nos damos cuenta de que no tiene una buena concentración y su entendimiento es limitado. (Ver anexo 10)*

Finalmente, ante la pregunta: ¿de los contenidos enseñados en clase, cuáles considera usted que se le facilitan a Karen?, la profesora respondió: *Para algunas actividades se le facilitan, por ejemplo, en algunos dictados recuerda cómo se escribe la palabra pero no deja de tener problemas de ortografía. (Ver anexo 10)*

De las observaciones realizadas tanto en el aula regular como en la de apoyo, se puede señalar que Karen trabajó de manera ordenada y con adecuada participación cuando la actividad se realizaba de manera grupal. Asimismo se puede referir que en este tipo de actividades, la alumna pudo leer, realizó los ejercicios sin ningún tipo de dificultad y ayudó a otros compañeros para finalizar la actividad. Este desempeño fue cualitativamente diferente al que reportaron las docentes de apoyo y aula regular, por lo que se puede indicar que Karen requiere de la condición grupal, es decir de la interacción con sus compañeros para participar y realizar las actividades encomendadas sin manifestar problema alguno. (Ver anexo 4)

Esta situación, ha pasado desapercibida por parte de las docentes (de apoyo y de aula regular) ya que cada una, cuando están frente a grupo, no tienen control sobre éste, no hay orden en el trabajo de los niños y sólo piden la participación de manera individual. Asimismo se puede señalar que con base en

algunas observaciones realizadas en la clase de la asignatura de Español, la profesora de aula regular sólo usa el libro de texto, pide que el grupo realice los ejercicios y cuando algunos niños terminan, solicita que de manera individual den la respuesta. Para evaluar los conocimientos previos de los alumnos usa cuestionarios por escrito. (Ver anexo 5)

Con base en las observaciones realizadas en el aula de apoyo, el proceder de la maestra de USAER, es que muy frecuentemente eleva el tono de voz para pedir a los niños que estén en silencio; sólo en pocas ocasiones procede a revisar conocimientos previos, recordar algunos ejercicios, simplificar procedimientos, darles seguridad a los niños, explicitar las instrucciones, usar un volumen de voz adecuado, ofrecer ayudas, corregir ejercicios, combinar recursos didácticos y centrar la atención de los niños. De manera regular es decir usualmente plantea conexión entre los contenidos con los aspectos de la vida diaria de los alumnos, pide aportaciones y reconduce el tema o actividad, distribuye tareas por grupo, controla cambios en las actividades, anticipa posibles conductas disruptivas y de desatención, camina en el salón para revisar la ejecución de los alumnos, ofrece ayuda a quien se lo solicita, refuerza socialmente a los niños, pide lectura en voz alta y mediante preguntas corrobora la comprensión. (Ver anexo 6)

Lo antes expuesto muestra que ambas docente tienden mucho al trabajo individual y esta modalidad no funciona con Karen, lo que les lleva a declarar que la alumna presenta problemas en la lectura y en matemáticas porque la manera de verificar si ella puede leer y resolver las operaciones y problemas matemáticos es únicamente a través de preguntas que de manera individual y ante todo el grupo le formulan a la niña, requiriendo de manera rápida que conteste. Ante esta manera tan directa en los cuestionamientos, se puede señalar que ejercen presión en Karen por lo que suele mostrar nerviosismo y no responde. En particular se puede señalar que en una ocasión, cuando la niña trabajó con la maestra de apoyo, la manera en que esta profesional le hablaba fue muy impositiva, no le explicaba las instrucciones y el trato no fue atento, por lo que ante las preguntas de la maestra, Karen respondía con un evidente nerviosismo. (Ver anexo 4)

Sobre el estilo de aprendizaje de Karen, se puede indicar que con base en las observaciones realizadas en las clases de educación física y artística, la alumna mostró interés y participó en las actividades programadas, sin embargo durante las clases de español, matemáticas y conocimiento del medio, su ritmo fue lento, presentó dificultades y errores en los ejercicios, no hizo las tareas y argumentó que se le olvida hacerlas, sin embargo cuando el trabajo se pautó en equipo, se observó que la niña presentó iniciativa en realizar la actividad, mostrándose animada y cooperativa con sus compañeros e incluso ofreció ayuda a quienes presentaban alguna dificultad. (Ver anexos 4 y 7)

Para la última categoría que se refiere al programa de intervención (estrategias, apoyos y recursos), código (D), enlistaremos algunas de las respuestas que la maestra de apoyo dio en entrevista.

Ella indicó que: *las estrategias y recursos didácticos empleados para la integración educativa de Karen fueron: gimnasia cerebral, ritmo/música, coordinación, lateralidad, factor sorpresa, memoramas, visuales, material, concreto, aire libre; que la problemática que se enfrenta para la integración es que no se cuenta con el apoyo familiar.* Con respecto a los tipos de apoyo ofrecidos, sólo mencionó: *la atención por parte de USAER.* (Ver anexo 8) Asimismo en otra entrevista, agregó: *Las responsables de las adecuaciones curriculares somos la profesora de aula regular y yo, por lo que hemos realizado adecuaciones curriculares en matemáticas y español, cuyas características son: propósitos, contenidos y actividades; empleándose recursos didácticos.* (Ver anexo 9)

A esto se puede señalar que nunca se presentó un programa de intervención para el caso de Karen, en el que se establecerían: estrategias para el trabajo en el aula regular y en casa, el tipo de recursos a emplear y las condiciones requeridas para atender las NEE. Por lo tanto resulta lógico pensar que si no se realizó una evaluación psicopedagógica, ni se detectaron las NEE, no se tendría información suficiente para precisar los requerimientos y condiciones

que Karen necesita para lograr los aprendizajes propuestos en el currículo regular y mejorara su atención y concentración en clase. Por lo tanto al carecer de esta base informativa, cualquier propuesta de actividad no puede considerarse como adecuaciones curriculares, ya que éstas se definen como:

...la respuesta específica y adaptada a las necesidades educativas especiales de un alumno que no quedan cubiertas por el currículo común. Constituyen lo que podría llamarse propuesta curricular individualizada, y su objetivo debe ser tratar de garantizar que se dé respuesta a las necesidades educativas que el alumno no comparte con su grupo. (García *et al.*, 2000:132)

Las adecuaciones curriculares son el medio para que los niños con NEE logren los propósitos de enseñanza y para diseñarlas se requiere que tanto el maestro de apoyo como el profesor de aula regular trabajen de manera conjunta, tomando en cuenta los resultados de la evaluación psicopedagógica y algunos de los siguientes criterios:

- *Criterio de compensación.* Se da prioridad a las acciones encaminadas a compensar los efectos de una discapacidad en el desarrollo y aprendizaje del niño (...)
- *Criterio de autonomía/funcionalidad.* Destaca el aprendizaje que favorece el desarrollo autónomo del alumno (...)
- *Criterio de probabilidad de adquisición.* Se refiere a la decisión sobre el tipo de aprendizaje que están al alcance de los alumnos, dejando en segundo término o prescindiendo de los que le representen un grado de dificultad para su adquisición y aplicación (...)
- *Criterio de sociabilidad.* Se refiere al conjunto de aprendizajes que propician las habilidades sociales y de interacción con el grupo (...)
- *Criterio de significación.* Implica la selección de medios de aprendizaje que suponen actividades significativas para el alumno en función de sus posibilidades reales, (...)
- *Criterio de variabilidad.* Supone actividades distintas de las habituales para mantener el interés del alumno, especialmente cuando presenta dificultades para el logro de determinados aprendizajes (...)
- *Criterio de preferencias personales.* Significa potenciar el trabajo de acuerdo con las preferencias del alumno, rescatando su interés por determinados temas o actividades con los que se identifica o se siente cómodo y seguro al realizarlas (...)
- *Criterio de adecuación a la edad cronológica.* Implica valorar los intereses del alumno, independientemente de sus necesidades educativas especiales, para evitar desfases que lo lleven a la infantilización en su nivel de aprendizaje (...)
- *Criterio de transferencia.* Conecta el aprendizaje con las situaciones cotidianas que vive el niño fuera de la escuela, evitando el formalismo que caracteriza a ciertas actividades escolares (...)
- *Criterio de ampliación de ámbitos.* Favorece los aprendizajes que le permiten al alumno ampliar sus ámbitos habituales de acción, enriqueciendo sus experiencias, estimulando nuevos intereses, desarrollando habilidades distintas. ( Puigdemívol *apud.*, García *et al.*, 2000:133-134)

De acuerdo con lo antes expuesto, se puede aseverar que cualquiera de las



actividades que a continuación se enlistan y que fueron registradas en las notas de observación no pueden considerarse como adecuaciones curriculares para Karen.

- De acuerdo con el bajo rendimiento en el área de lectura, se hace una actividad grupal; la profesora de aula regular escribe en el pizarrón un fragmento de un cuento, les pide a los alumnos que lean todos en voz alta de acuerdo con las palabras que ella les va señalando, lo que se observa es que cuando comienzan a leer, Karen es una de las más participativas, lee de manera correcta las palabras, incluso antes de que la profesora pase a la siguiente página, Karen ya la había leído, pero al momento en que se le pide que lo haga sola muestra dificultades.
- La profesora de aula regular propone que a Karen se le dé una explicación individual y más detallada de cada tema que se verá durante el ciclo, además de que realice más actividades relacionadas con los temas, a lo que la profesora de USAER responde que las adecuaciones no consisten en darle más actividades a la niña, sino que se tienen que adaptar de manera que ella las pueda entender claramente y se dé un aprendizaje significativo, más allá de que sólo pueda resolverlo por haberle dado una explicación más detallada.
- En el aula regular, la profesora lee un cuento y al terminar les indica a los niños que tienen que realizar la actividad de relacionar palabras con imágenes, a esto Karen pudo hacerlo sin ayuda, y todas las uniones estuvieron correctas.
- La profesora de aula regular anotó en el pizarrón 4 sumas horizontales de 2 dígitos, la profesora pregunta quién quiere participar en la actividad, a lo cual Karen levanta la mano y le da la oportunidad de pasar a resolverlas, usa los dedos y la profesora le ayuda. Posteriormente se le indicó copiar y resolver en su cuaderno otras 4 sumas pero ahora de manera vertical, de igual manera usó los dedos para ayudarse a contar, se tardó unos minutos más que sus compañeros, pero pudo finalizar la actividad.
- La profesora escribe sumas de un dígito en el cuaderno de Karen y le pregunta cuál es el resultado, Karen se pone nerviosa, mira alrededor del salón y sólo trata de adivinar el resultado sin ni siquiera ver el cuaderno, la profesora le pregunta si conoce los números, ella ve el cuaderno y responde correctamente, por lo que recurre a usar sus dedos para terminar las operaciones.
- La maestra de apoyo tiene una hora de trabajo con todo el grupo, inicia las actividades escribiendo oraciones en el pizarrón y preguntando a los niños qué es lo que dicen cada una, a esto sólo 4 niños son los interesados en responder, los demás platican entre ellos, están fuera de su lugar, y no atienden a las indicaciones de la profesora.

- Se reparten tarjetas con sílabas, se les da la indicación de que sólo quien esté en su lugar y callado recibirá una tarjeta y podrá ser parte de la actividad, a lo que los niños responden sentándose rápidamente y poniendo atención en espera de recibir su tarjeta. La maestra de apoyo escribe oraciones para que los niños las completen con las sílabas que se les había dado.
- El trabajo de la maestra de apoyo con Karen es de una hora a la semana, ya que sólo hay una maestra de apoyo para atender a todos los niños que asisten a USAER. La maestra trabaja con Karen la lectura de algunas oraciones y ante el requerimiento de que diga qué letra es, Karen titubea a lo que la maestra, le hace énfasis en que ponga atención y conteste correctamente a lo que la niña reacciona mirando rápidamente en el cuaderno y dice la letra que se le ocurre y no la que se le señala.
- Al final de la sesión la maestra de apoyo anota en un cuaderno las actividades que se realizaron ese día, lo firma y le pide a Karen que lo lleve con la profesora de aula regular para que también lo firme, todo esto con la finalidad de llevar un registro del trabajo realizado.(Ver anexo 4)

La atención que recibió Karen por parte de la maestra de apoyo y de la profesora de aula regular, resulta insuficiente para dar respuesta a las NEE de la alumna, ya que si bien presenta en ocasiones inatención para algunas actividades escolares, no se ha realizado una evaluación psicopedagógica para corroborar que presenta en todas las clases los síntomas característicos del TDAH, ni cuáles son las NEE de la alumna. Asimismo se puede subrayar que al no contar con la revisión de algún neurólogo o psiquiatra particular o de alguna institución de salud, no se tiene un diagnóstico con el cual confirmar que Karen presenta dicho trastorno. Por esta razón se considera que tanto la maestra de apoyo como la docente de aula regular han etiquetado a la niña y han procedido con pleno desconocimiento y falta de prudencia para aseverar que la niña padece TDAH por sólo asociarlo con el bajo promedio. Sobre esto, resulta importante tener en cuenta lo siguiente:

...el profesor debe conocer las limitaciones que el TDAH supone para el alumno, y tener claro que se trata de un trastorno del desarrollo, no de un capricho, una moda, un problema de actitud o un invento médico. Los profesores que se hagan cargo de la educación de estos niños deben tener la competencia para ello y la responsabilidad y autonomía necesarias para introducir aquellas modificaciones que puedan ayudar al niño en el aula. (...) los orientadores [función de los maestros de apoyo] deben conocer en profundidad la patología para evaluar a los niños, o para derivarlos en su caso a especialistas, y aconsejar a los profesores herramientas de intervención. (Parellada,

Por lo tanto resulta importante contactar a los padres de familia para obtener información sobre la historia de la niña, la dinámica familiar y condiciones de salud; proponerles una evaluación psicopedagógica para detectar las NEE y diseñar un plan de intervención que comprenda tanto el contexto escolar como el familiar, con la finalidad de dar respuesta a los requerimientos particulares de Karen.

### **3.6. Informe final del caso**

Datos del caso:

Nombre: Karen Hain Rosas Balderas

Edad: 8 años

Grado escolar: 2° de primaria.

Escuela: "Francisco del Paso y Troncoso.

Turno: Vespertino

Ubicación: Emiliano Zapata s/n, Col. San Lorenzo Tezonco, Delegación Iztapalapa.

Servicio de apoyo que atiende: USAER No. 37

Motivo de la atención: Bajo rendimiento escolar y supuesto TDAH.

Nombre del padre:

Edad:

Ocupación: policía.

Nombre de la madre:

Edad:

Ocupación: empleada en un sitio de taxis.

Familia: Karen vive con sus padres y una hermana de 15 años de edad. Por las mañanas la cuida su abuelita, ya que asiste a la escuela primaria por las tardes. Su hermana asiste a la escuela secundaria diurna y es la responsable de que Karen asista a la escuela, de ir por ella a la salida y de cuidarla hasta que sus padres lleguen a casa. Ellos trabajan la mayor parte del día y llegan a su casa por la noche.

La niña es atendida por una USAER una vez que la directora de la escuela primaria solicitó que a todos los niños se les evaluara y se detectara quiénes presentaban alguna dificultad en su aprendizaje.

Por reporte de la maestra de apoyo de USAER, Karen presenta TDAH, pero no se cuenta con una valoración neurológica, ni con la revisión por parte de alguna institución médica especializada que confirme la detección del trastorno. Tampoco se tiene expediente del caso, ni reporte evaluación psicopedagógica para la detección de las NEE.

La maestra de apoyo y la profesora de aula regular coinciden en indicar que Karen presenta TDAH, argumentando que presenta bajo rendimiento, que se distrae fácilmente.

Respecto al ambiente familiar, sólo reportaron que los padres de Karen no asisten a la escuela y que no cuentan con su apoyo. El cuidado de la niña está a cargo de la abuela y de su hermana mayor.

En lo referente a las NEE que presenta Karen, en realidad no se le han detectado ya que tanto la maestra de apoyo como la profesora indicaron que presenta problemas en la lectura y matemáticas, subrayando que su rendimiento escolar es bajo tomando como único indicador sus bajas calificaciones y su constante distracción. Asimismo no reportaron ninguna información sobre el estilo de aprendizaje e intereses.

No se han diseñado adecuaciones curriculares para el caso, sólo enlistaron actividades que consisten en lectura y en realizar ejercicios sobre algunos contenidos escolares. El trabajo de USAER con Karen se reduce a una hora

Por las observaciones realizadas en el aula de apoyo y en el aula regular, se puede señalar que Karen sabe leer sin ninguna dificultad, realiza correctamente

operaciones matemáticas y trabaja de manera eficiente cuando la modalidad es trabajo en equipo. En esta condición, la niña se muestra interesada y totalmente participativa, mostrando incluso ayuda a los compañeros que no pueden realizar el ejercicio. Este mismo comportamiento lo mostró en clases de educación física en donde se trabaja por equipo y son actividades lúdicas y en artística en donde puede colorear y dibujar, actividades que son de su interés.

En estas observaciones se puede indicar que Karen no muestra la sintomatología característica del TDAH, sólo se distrae cuando las actividades escolares resultan monótonas y rutinarias, por lo que su ritmo es lento. Este proceder de ninguna manera lo mostró en todas las actividades escolares, por lo que es importante que la USAER contacte a los padres de familia para obtener información sobre su desarrollo, condiciones de salud y problemas que manifiesta en la casa, comunicándoles la razón de este requerimiento, así como el señalarles que es necesaria su colaboración para que de manera conjunta puedan ayudar a que la niña logre mejor desempeño escolar, potencie sus habilidades cognitivas y mejore su relación social. Para realizar un programa de intervención por parte de USAER, se tendría que realizar una evaluación psicopedagógica y con base en los resultados decidir si es necesaria una valoración por parte de alguna institución médica para corroborar el diagnóstico y sobre todo contar con la colaboración de los especialistas para posibles recomendaciones en el tratamiento e intervención de la niña.

## CONCLUSIONES

Es importante reconocer que la IE, no es un gesto de condescendencia hacia determinada población que presenta algún tipo de trastorno, ya sea sensorial o intelectual; más bien es una actitud y toma de postura que la sociedad en general debe asumir para posibilitar que dichas personas ejerzan sus derechos como cualquier ciudadano, que gocen de una vida normal y con igualdad de oportunidades.

Lo anterior sólo puede ser posible si en los diferentes ámbitos sociales y productivos de nuestro país, hace una reflexión acerca de la importancia de integrar social y educativamente a estas personas, ya que se ha corroborado por la experiencia en este orden por otros países, que al no excluir se hace posible la autorrealización, por lo tanto cuando una sociedad acepta y respeta a todos sus miembros se garantiza su bienestar y el de la misma sociedad.

De acuerdo con esto podemos indicar que la labor educativa cobra relevancia, ya que puede ser uno de los medios más importantes para desarrollar conciencia entre la comunidad escolar y fuera de ella, al difundir y enseñar actitudes de respeto, inclusión y apoyo para las personas que presenten NEE. Por lo tanto esto sólo podrá ser viable si los docentes y profesionales que conforman las instituciones educativas al brindar apoyo a los alumnos, erradican la falta de información, miedos y desatención dado que éstos pueden tornarse como obstáculos para realizar una práctica educativa de manera ética y responsable.

Hacerle frente a la educación de alumnos que presentan alguna limitación en su desarrollo, exige una mayor, por lo tanto en el caso de un alumno con un trastorno de atencional presentará limitaciones cognitivas importantes que se expresarán en dificultades para acceder a los conocimientos que sus compañeros de edad adquieren. Sin embargo, estas limitaciones pueden ser menos conflictivas, en la medida en que el profesional de apoyo y el docente de aula regular sean lo suficientemente capaces de observar y conocer las fortalezas del

alumno para que con base a esto poder seleccionar aquellos conocimientos y aprendizajes que le permitan comprender y actuar en su entorno.

El trabajo de los profesionales de la educación, sobre todo en la educación básica, exige una profunda revisión y análisis de la propuesta curricular, así como la observación para que de manera sistemática y en colaboración se proceda a detectar y precisar las NEE de los alumnos, que les ofrezcan aprendizajes viables y funcionales, así como diversos recursos y apoyos en la enseñanza, de tal modo que se pueda reducir la limitante causada por el trastorno, dándole la importancia debida, teniendo una información lo más completa posible de lo que implica dicha condición para así reconocer al alumno y sobre todo ayudarlo en su proceso de autoconocimiento, es decir a descubrir su aptitudes y desarrollarlas.

Aún con varios años de haberse retomado las políticas y el programa de IE en nuestro país, las estadísticas tanto de censos de población como las obtenidas por otros programas relacionados con este orden, revelan cifras cada vez mayores de niños y jóvenes que por diversas causas presentan la necesidad de una IE, como la relativa al trastorno por déficit de atención y que representan una demanda que rebasa por mucho la cobertura que se ofrece por parte de los servicios de educación básica.

Ante esta realidad se piensa que la IE es difícil o casi imposible, sin embargo actualmente existen propuestas que orientan sobre cómo realizar una evaluación que permita a los profesionales que atenderán al alumno documentarse sobre los procedimientos, técnicas, instrumentos y estrategias diversas con las cuales detectar sus NEE, precisar sus fortalezas para que tomando en cuenta todos estos aspectos se diseñen propuestas de intervención en el que se le habiliten muchas de sus conductas adaptativas y de esta manera coadyuvar en mejorar su funcionamiento y posibilitarle un óptimo aprendizaje.

En el caso de Karen resultó ser un claro ejemplo de los inconvenientes y errores que se cometen por parte de los profesionales y de las instituciones

cuando no se tienen en claro los objetivos, las funciones y la responsabilidad en este tipo de proceso formativo.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

### BIBLIOGRÁFICAS

- ARANDA, R. (2002) *Educación Especial*. Ed. Prentice Hall, España. 243pp.
- BARKLEY, R. (1999) *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ed. Paidós, Barcelona. 320pp.
- BAUM, H. (2004) *¡Sentado me aburro! Cómo tratar la hiperactividad y la falta de atención*. Ed. Oniro, Barcelona. 243pp.
- BENAVIDES, G. (2002) *El niño con déficit de atención e hiperactividad*. Ed. Trillas, México. 78pp.
- BONET, T.; Soriano y Solano. (2007) *Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo*. Ed. Thomson, Madrid. 140pp.
- COMA, R. y Álvarez. “Técnicas e instrumentos de evaluación psicopedagógica” en: Sánchez-Cano, Manuel y Boals, Joan (coords) (2005) *La evaluación psicopedagógica*. Ed. Graó, España, 456pp.
- DEE/SEP (1994) *Cuadernos de Integración Educativa*. No.4/USAER. México. 1994.
- DGEE/SEP (1994). *Artículo sobre Integración Educativa. I. Proyecto General para la Educación Especial en México*. Ed. DGEE/SEP, México
- ELÍAS, Cuadros Yolanda. (2006) *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. Ed. Trillas. México. 240pp.
- Enciclopedia de la Psicopedagogía: Pedagogía y Psicología (1997). Ed. Océano. Barcelona. 948pp.
- FROLA, Patricia (2004) *Un niño especial en mi aula*. Trillas, México, 179pp.
- GARCIA, I., Escalante, Escandón, Fernández, Mustri, y Puga (2000) *La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*. SEP/Fondo Mixto de Cooperación Técnica y Científica México-España/Cooperación Española, México, 203pp.
- GESELL, A. (1985). *El niño de 5 a 10 años*. Ed. Paidós. Barcelona, España. 848pp.

- HERNÁNDEZ, G. (2006) **Paradigmas en psicología de la educación**. Ed. Paidós, México, 267pp.
- JANÉ, M. Claustre, Ballespí y Dorado (2005) “La evaluación psicopedagógica del alumnado con problemas y trastornos emocionales y conductuales”, en: Sánchez-Cano, Manuel y Bonals, Joan. **La evaluación psicopedagógica**. Ed. Graó. México. 456pp.
- JANIN, Beatriz (2004) **Niños desatentos e hiperactivos**. Ed. Noveduc, Buenos Aires. 223pp.
- JIMÉNEZ, F. y Vila (1999) **De Educación Especial a Educación en la Diversidad**. Málaga, Ed. Aljibe, pp.98.
- JIMENEZ, M (1995) **Psicopatología Infantil**. Ed. Aljibe. Málaga. 269pp.
- MARCHESI, A. y Martín. **Del lenguaje del trastorno a las necesidades educativas especiales**, en: Coll, C., Palacios, J. y Marchesi, A. (comp), Desarrollo psicológico y educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. Alianza, Madrid, 1990. 719pp.
- MCKERNAN, Jonh (1999) **Investigación-acción y curriculum**. Morata, España, 311pp.
- MENDOZA, Ma. Teresa. (2003) **¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros**. Ed. Trillas, México. 104pp.
- MORALES Sofíaleticia. “La educación indígena, especial e inicial: de ‘modelos complementarios’ a estrategias claves para reivindicar la igualdad en la diferencia” en: LATAPÍ, Pablo (coord.) (1999) **Un siglo de educación en México II**. México, Fondo de Estudios e Investigaciones Ricardo J. Zevada/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/FCE.
- MOYANO Walker, José M. (2004) **ADHD ¿Enfermedad o Singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención**. Ed. Lumen Humanitas, Buenos Aires. 123pp.
- MUÑOZ, P. y Muñoz, I (2004) **Intervención en la familia: estudio de casos** en: PÉREZ SERRANO, G. (coord) Modelos de investigación cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural en BISQUERRA, R. (coord) Metodología de la investigación educativa. Ed. La Muralla, Madrid. 459pp.

- PARELLADA, Mara (2009) ***TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la Edad Adulta.*** Alianza Editorial, Madrid. 422pp.
- QUIRÓS, Guillermo Bernardo (2003) ***AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad.*** Ed Paidós, Buenos Aires. 267pp.
- RICKEL, Annette y Brown, R. (2007) ***Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos.*** Manual Moderno, México. 135pp.
- RIEF, Sandra (1999) ***Como tratar y Enseñar al niño con problemas de Atención e Hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH.*** Ed. Paidós, Buenos Aires. 314 pp.
- ROSSELLO I. (1998) ***Psicología de la atención.*** Ed. Pirámide, Madrid. 141pp.
- SABARIEGO, M, Massot, y Dorio (2004) “Métodos de investigación cualitativa” en: BISQUERRA, R. (coord) ***Metodología de la investigación educativa.*** La Muralla, Madrid. 459pp.
- SÁNCHEZ-CANO, M. y Bonals (2006) ***La evaluación psicopedagógica.*** Editorial Grao. México. 456pp.
- SÁNCHEZ, P. (2002) ***Educación Especial. Centros Educativos y profesores ante la diversidad.*** Ed. Pirámide, España. 282pp.
- SANCHEZ, P. (2003) “Educación Especial en México (1990-2001)” Parte III en: SÁNCHEZ, Pedro. (coord.) ***Aprendizaje y Desarrollo No. 4 La investigación educativa en México 1992-2002.*** COMIE, México. 363pp.
- SEP/DEE (1994) ***Cuaderno de Integración Educativa núm. 1. Proyecto general para la educación especial en México.*** Ed. SEP/DEE, México.
- SEP-DGEE (2003) ***La Educación Especial en México.*** Cuadernos de la SEP. No.8. México.
- SEP-DGEE (1975) ***Congreso Hispanoamericano de Dificultades en el Aprendizaje de la Lectura y Escritura.*** Ed. México. 1044pp.
- SEP y SNTE (1997) ***Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales.*** México . 63pp.
- STAKE, R (1998) ***Investigación con estudio de casos.*** Ed. Morata. Madrid. 159pp.

- TOMAS, J y Casas (2004) ***TDAH: hiperactividad: niños movidos e inquietos.***  
Ed. Laertes. Barcelona. 351pp.
- TRILLO, Mario. (1994) ***El niño y la escuela. Dificultades escolares.*** Ed. Laertes,  
España. 158 pp.
- VALLÉS, A (2006) ***Alumnos con Inatención, Impulsividad e Hiperactividad.  
Intervención Multimodal.*** Ed. EOS, Madrid. 360pp.
- VAN-WIELINK, Guillermo. (2004) ***Déficit de Atención con Hiperactividad.***  
Trillas. México. 293pp.

## **HEMEROGRÁFICAS**

GARCÍA, Ismael y Escalante, L. “La integración educativa en escuelas formalmente no integradoras. Estudio de casos” en: Revista ***Entre maestr@s***, México, Universidad Pedagógica Nacional, vol. 8, núm. 24, primavera, pp. 70-80.

Diccionario de Ciencias de la Educación (1983). Ed. Santillana. México. Vol. 1.

Enciclopedia de la Psicopedagogía: Pedagogía y Psicología (1997). Ed. Océano.  
Barcelona. 948pp.

## **DOCUMENTALES**

SEP (1993) “Artículo 3° Constitucional y Ley General de Educación”, México, SEP.

SEP/DGEE (1994b) “Artículo 41 comentado de la Ley General de Educación”,  
Cuadernos de Educación Especial No. 2, México, SEP/DGEE.

CONSEJO NACIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
(CONADIS) (2009) “Programa Nacional para el Desarrollo de las  
Personas con Discapacidad (PRONADIS) 2009-2012, México,  
CONADIS.

## **IINTERNET**

FIGUEROA, Karina. ***10 consideraciones básicas para la integración educativa del alumno que presenta Necesidades Educativas Especiales con o sin discapacidad. Para maestros de Educación básica en Proyectos.***

[http://redescolar.ilce.edu.mx/proyectos/pajaros\\_papalotes\\_oto10/articulos/10\\_consider\\_basicas.pdf](http://redescolar.ilce.edu.mx/proyectos/pajaros_papalotes_oto10/articulos/10_consider_basicas.pdf).

[http://www.formacionenlinea.edu.ve/formacion\\_educadores/formacion-educadores/curso\\_ppa/unidad2/u5\\_1.html](http://www.formacionenlinea.edu.ve/formacion_educadores/formacion-educadores/curso_ppa/unidad2/u5_1.html)

## **OTRAS**

FAJARDO, Francisco. Cátedra correspondiente al Módulo: “Déficit de Atención” en Curso: “Formación de terapeuta infantil”, Instituto Mexicano de Psicología Integral, México, noviembre 2009-mayo 2010.

# ANEXOS

# ANEXO 1 PERFIL GRUPAL



DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA  
DIRECCION DE SERVICIOS EDUCATIVOS SAN LORENZO TEXCONCO  
SUPERVISION ESCOLAR DE ZONA 6 DE EDUCACION ESPECIAL



ESCOLELA: FRANCISCO DEL PASO Y TROCCO GRUPO: 2º C TURNO: VESPERTINO FECHA: 24/10/2008  
 NOMBRE DEL PROF. (A): LYDIA CRUZ GOZZALEZ NOMBRE DEL MAESTRO DE USAER: Laura Rodríguez

## PERFIL GRUPAL

NOMBRE DEL ALUMNO	NOC DE LA PALABRA				CONVENCIONALIDADES ORTOGRAFICAS			SEMANTICA Y SINTACTICA				
	PRE SIMBO LICO	PRE SILABICO	SILABICO	SILABICO CO ALFABETICO	ALFABETICO	SEPARACION DE PALABRAS	APLICACION DE REGLAS	POLIVALENTES	SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS	COHERENCIA LINEAL	COHERENCIA GLOBAL	REDACCION LIBRE
ARLEANO HERRERA ZIZBEL												
BENITO MARTINEZ ALFARO												
CAROL GARCIA ELIZ												
DELA TORRE MIGUEL												
DIANA ROSAS LIRIANA												
DOLORES ELIZABETH												
EDUARDO HERRERA JELINER												
HELENARDO AYDILLIA												
KOPPEL BAIDERRAS ASORZI												
LOZANA GONZA OLYA												
MARTINEZ GONZALO ALBERTO												
MARTINEZ VERGA LUIS A.												
MARILIA GONZALEZ SOTAVIA												
REGINA ALCAZAR HERRERA												
ROSAS BARBERIS HAIN												

NOMBRE Y FIRMA DEL MAESTRO

V. B. NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE USAER







# ANEXO 3 INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN ESCOLAR

SISTEMA NACIONAL  
DE ACREDITACIÓN  
Y CERTIFICACIÓN

## SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL

INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN ESCOLAR PARA 1º 6 2º GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA

NOMBRE DE LA ESCUELA SEGUN CATALOGO DE CENTROS DE TRABAJO DOMICILIO DE LA ESCUELA		EMILIANO ZAPATA NO.129		ZONA ESCOLAR		GRADO		GRUPO		TURNO		PERIODO ESCOLAR	
UNIDAD ADMINISTRATIVA		CLAVE U.A.		DELEGACIÓN POLITICA		051		1		C		VESPERTINO	
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS		96		IZTAPALAPA		051		1		C		2007-2008	
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO		EMILIANO ZAPATA NO.129		COLONIA		SAN LORENZO TEZONCO		UNIDAD		09DPR3039U		CLAVE SEGUN COT	

NÚM	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)	NOMBRE DEL ALUMNO TRANSCRIBIR FIELMENTE DEL ACTA DE NACIMIENTO PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO * NOMBRE(S)	SEXO M O F	REPE- TIDOR	FECHA DE NACIMIENTO	CALIFICACIÓN FINAL					PROMEDIO GENERAL ANUAL	SITUACIÓN DEL ALUMNO	ALUMNOS DEL EXTRANJERO	OBSERVACIONES
						ESPAÑOL	MATEMÁTICAS	CONOCIMIENTO DEL MEDIO	EDUCACIÓN ARTÍSTICA	EDUCACIÓN FÍSICA				
1	AEML010719MDFRIZ	ARELLANO / MELENDEZ * MARIA LIZBETH	F		19/07/2001	7.6	8.0	8.6	8.4	8.8	8.2	P		N2761299
2	BIMM00308HOCRRLA9	BRIOSO / MARTINEZ * ALFREDO	M		06/09/2000	7.0	8.6	9.0	9.0	9.6	8.6	P		N2761300
3	DIRM010124MDFZIRA5	DIAZ / ROJAS * MARIAN VIANEY	F		24/01/2001	7.0	7.8	8.0	9.0	9.6	8.2	P		N2761304
4	GOSR001017HNEEDNEFAS	GODINEZ / SANTIAGO * RAFAEL	M		17/10/2000	8.4	8.6	8.6	9.2	9.2	8.8	P	X	N2761305
5	GONK010309MDFNRRAD	GONZALEZ / MOHALES * KARLA ALEJANDRA	F		09/09/2001	8.8	8.4	9.2	9.2	9.8	9.0	P		N2779099
6	GUSGG010158MDFRRDAS	GUERRERO / SERES * GUADALUPE	F		16/01/2001	6.6	7.8	7.6	8.6	9.8	8.0	P		N2761307
7	LOBR010716HDFPLS	LOPEZ / BALDERAS * ASDRU DANIEL	M		16/07/2001	6.0	6.0	6.0	7.0	9.0	6.8	P		N2788977
8	LXC0010430HDFZLM	LOZADA / COLIN * OMAR	M		30/04/2001	10.0	10.0	10.0	9.8	9.0	9.7	P		N2761309
9	MAGA000808HOCRRRL	MARTINEZ / GARCIA * ALBERTO	M		08/08/2000	6.8	7.6	8.0	8.4	9.6	8.0	P		N2761311
10	RXTA011219MDFNIN	RAFAEL / TOMAS * ANDREA	F		19/12/2001	6.0	6.0	6.0	7.4	9.0	6.8	P		N2788792
11	ROLLO10609HDFBBSA3	ROBLES / IBANEZ * LUIS GERARDO	M		09/08/2001	6.2	6.4	6.4	6.2	7.8	6.6	P		N2761314
12	ROBHO10120MDFSLMA1	ROSAS / BALDERAS * HAIN KAREM	F		20/01/2001	6.4	6.0	6.8	6.6	9.8	7.5	P		N2761315
13	SIEA971059MDFLSB03	SILVA / ESTRADA * ABRIL	F		05/10/1997	9.4	9.6	9.4	9.6	10.0	9.6	P		N2761316

IAE11F FRX

Fecha de Impresión: 2008/07/04

## ANEXO 4

### NOTAS DE OBSERVACIÓN

Fecha: 28 de Enero del 2009

Hecho Observado:

El primer día dentro de la Escuela Primaria Francisco Del Paso y Troncoso, específicamente, dentro del grupo de 2° C en donde se encuentra Karen, mi labor será: observar cómo es la distribución de los alumnos, los recursos con los que cuenta y como es la relación entre maestra-alumnos.

El salón cuenta con recursos didácticos como libros para leer, colorear, cortar y pegar, éstos los pueden utilizar durante el tiempo libre que la Profesora del aula regular asigna después de ciertas actividades, también cuenta con letreros alrededor con los números, figuras con oraciones simples.

Las mesas son para 2 niños, la profesora los sienta por numero de lista, pero hace una excepción con 2 niños, quienes presentan problemas de conducta y los sienta juntos frente a su escritorio para poder controlarlos un poco más.

Karen se sienta al final de la segunda fila de mesas y sola, ya que es la ultima de la lista y no alcanza pareja (según argumenta la profesora), por lo tanto tiene más espacio disponible para tener en desorden su lugar, todos los cuadernos sobre la mesa, los colores en la silla de al lado y la mochila tirada debajo de ella.

En general el grupo está integrado por 16 alumnos, con una característica peculiar, antes de entrar al salón se indico que ese grupo era considerado como el más problemático y bajo en calificaciones de todos los grados de 2°.

Fecha: 29 de Enero del 2009

Hecho observado:

En el segundo día se hizo una entrevista a la Profesora de USAER acerca de los datos generales de la alumna Karen quien presenta un bajo rendimiento escolar, es una de las alumnas de bajo promedio, además de que se argumenta que presenta Trastorno de Déficit de Atención por las características que ha manifestado desde que entró a la escuela (argumentos hechos por las dos profesoras que trabajan con ella).(A) (B)

La Profesora indica que la mayor dificultad para ayudar a la alumna es que los padres no han acudido a las reuniones a las cuales se les ha citado ya varias veces y jamás han tenido respuesta, se le ha preguntado a la hermana quien es la que se hace responsable de ir por Karen a la escuela, ella dice que sus papás trabajan mucho y por eso es que no tienen tiempo de ir además de que tampoco han ido a la firma de boletas de ningún bimestre, por lo tanto al no contar con el apoyo familiar, Karen sigue sin poder avanzar de manera eficaz ya que no tiene un refuerzo en casa de lo que se le enseña tanto en el aula regular como con la

Fecha: 30 de Enero del 2009

Hecho observado:

Este día la profesora de USAER tiene una hora de trabajo con todo el grupo. Inicio las actividades escribiendo oraciones en el pizarrón y preguntando a los niños que era lo que decía cada una, a lo cual solo eran 4 niños los interesados en responder, los demás platicaban entre ellos, estaban fuera de su lugar, y no hacían mucho caso a las indicaciones de la profesora.(D)

Para la siguiente actividad se repartieron tarjetas con pequeñas silabas, se les dio la indicación a los niños de que solo quien estuviera en su lugar y callado recibiría una tarjeta y podía ser parte de la actividad, a lo que los niños respondieron sentándose rápidamente y poniendo atención en espera de recibir su tarjeta. La profesora escribía oraciones que ellos tenían que completar con las respectivas silabas que se les había dado.(D)

Karen en la primer actividad no presto mucha atención hasta que la profesora le pregunto directamente que decía en el pizarrón a lo que con leer una vez la oración pudo contestar correctamente. En la segunda actividad, Karen se mostró más participativas, anticipando las respuestas a lo que tenía que decir cada oración y ayudando a sus compañeros a ponerla silabas en los espacios correspondientes.(C)(D)

Fecha: 31 de Enero del 2009

Hecho observado:

El día de hoy se le hizo una observación especifica de cómo se desenvuelve Karen dentro del salón y como es su relación con sus compañeros de clase.

Se pudo notar que no convive mucho con las niñas, se inclina más a buscar la atención de los niños pidiéndoles cosas prestadas como un color o un sacapuntas pero si ve que una niña tiene algo que le llame la atención, no duda y va a pedirlo prestado, esto porque una de las niñas llevaba una goma de figura, a Karen le gusto y sin problema fue a pedirlo pero la niña no se lo dio porque dice que Karen nunca presta sus cosas, por lo cual ella opto por regresar a su lugar y seguir con sus actividades.

Cuando la profesora salió del salón, la mayoría de los niños se levantaron de su lugar y comenzaron a jugar; Karen fue con un grupo de niños que jugaban con unos coches, ella se acercó pero sólo observaba lo que hacían, no se integró a jugar con ellos, momentos después la Profesora regreso a poner orden y a revisar que cada uno estuviera haciendo la actividad que les había dejado; Karen no la terminó, la dejó a la mitad y comenzó a revisar lo que traía en su mochila, sacando todas sus cosas y dejando su lugar en desorden. La profesora se dio cuenta y le llamo la atención pidiéndole que recogiera sus cosas y continuara con la actividad o de lo contrario no tendría descanso, a lo que Karen atendió y pudo terminarla.(C)(D)

Fecha: 1 de Febrero del 2009

Hecho observado:

El trabajo se inició hoy observando a Karen en la hora que tiene designada para trabajar con la Profesora de USAER; sólo se le da una hora a la semana porque en la USAER solo hay una maestra de apoyo y tiene que atender a varios niños más que presentan necesidades educativas especiales.(D)

La Profesora inicia las actividades escribiéndole a Karen unas oraciones en su cuaderno para que posteriormente las lea en voz alta, cuando Karen empieza a leer lo hace con dificultad, la profesora le ayuda señalándole las letras y preguntándole de que letra se trata, Karen las confunde y por lo tanto no las puede terminar de leer correctamente.(C)

Se pone nerviosa cada vez que la profesora le pregunta y le hace énfasis en que ponga atención y conteste correctamente a lo que Karen reacciona mirando rápidamente al cuaderno y dice la letra que se le ocurre y no la que se le señala.

Al final de la sesión la profesora de USAER anota en un cuaderno las actividades que se realizaron ese día, lo firma y le pide a Karen que lo lleve con la profesora de aula regular a que también lo firme, todo esto con la finalidad de llevar un registro del trabajo realizado.(D)

Al terminar la sesión, se le hizo una entrevista a la profesora acerca de cómo es que Karen fue remitida a la USAER.

Fecha: 4 de Febrero del 2009

Hecho observado:

El día de hoy se realizó una entrevista a la profesora de grupo acerca del desempeño de Karen en cuanto a la lectura y su conocimiento en la materia de matemáticas.(C)

De acuerdo con dicha entrevista, podemos notar que Karen presenta serias dificultades en estas áreas, por lo cual su desempeño no es el adecuado de acuerdo con sus demás compañeros, dado que ellos cuentan con un mayor conocimiento de las matemáticas y su lectura es de buena comprensión, ya que después de leer se les hacen preguntas y contestan correctamente y hasta dan su opinión de lo leído y Karen lo hace con dificultad. (B)(C)

Fecha: 6 de Febrero del 2009

Hecho observado:

De acuerdo con la entrevista que se le hizo hace unos días a la profesora de grupo, el día de hoy se hizo una

observación en el aula.

Les correspondía la materia de español, en la cual se les indico que sacarán su libro para leer un cuento; se le pidió a Karen que leyera un párrafo del cuento, pero para esto tardo varios minutos en encontrar su libro y pregunto 3 veces que pagina era, cuando la encontró empezó a leer pero se trababa bastante, mientras la profesora ayudaba a completar las palabras, terminando de leer, se le pidió a otra niña que lo leyera, ella logro hacerlo en menos tiempo y con más claridad.(B)(C)

Al terminar el cuento tenían que realizar una actividad de relacionar palabras con imágenes, lo cual Karen pudo hacerlo sin ayuda, y todas las uniones estuvieron correctas.(D)

Lo que podemos destacar acerca de la actividad de hoy es que Karen prefiere realizar actividades de índole didáctica, más dinámicas, como el colorear, recortar y pegar, lo cual hace muy bien, además de que termina a tiempo.(C)

Fecha: 9 de Febrero del 2009

Hecho observado:

El día de hoy se continuo con la observación en el aula de acuerdo a la entrevista que se le realizo a la profesora del aula, esta vez será con una actividad en el área de matemáticas.

Se anotaron en el pizarrón 4 sumas horizontales de 2 dígitos, la profesora pregunto quien quería participar en la actividad, a lo cual Karen levanto la mano y se le dio la oportunidad de pasar a resolverlas, usando los dedos y la ayuda de la profesora pudo responder de manera correcta a todas las operaciones.(D)

Después de dicha actividad se le vio motivada por haberlo hecho correctamente, incluso se ofreció a ayudar a uno de sus compañeros que no podía hacer la siguiente operación.

Posteriormente se les indico copiar y resolver en su cuaderno otras 4 sumas pero ahora de manera vertical, de igual manera volvió a usar los dedos para ayudarse a contar, se tardo unos minutos más que sus compañeros pero pudo finalizar la actividad.(D)

Pude notar que Karen es participativa en las actividades, incluso le gusta ayudar a sus demás compañeros, le gusta tener la atención de la profesora, pero al momento de hacer actividades sola se atrasa un poco pero si son de su interés logra completarlas correctamente.(C)

Fecha: 12 de febrero del 2009

Hecho observado:

Hoy le corresponde a Karen trabajo individual en la USAER con la profesora de apoyo. Se inicia cuando la profesora comienza a hacerle preguntas a Karen acerca de cómo le va en su salón con su maestra y

compañeros, a lo que responde que hace unos días tuvo una discusión con una de sus “amigas” porque no le quiso prestar su caja de colores ya que ella había olvidado los suyos, hecho que a Karen le molestoó mucho y hasta ahora no se hablan, la profesora le preguntó el por qué decidió ya no hablarle y respondió que si ella siempre le prestaba sus cosas por lo tanto la amiga también debía hacerlo, la profesora le recomendó revisar sus cosas antes de salir de casa para que se asegure de llevar a la escuela todo el material que necesita y así evitar pedir cosas.(A)(B)

Ya en la actividad la profesora le escribe unas sumas de 1 dígito en su cuaderno, le pregunta cuál es el resultado pero Karen se pone nerviosa, mira alrededor del salón y solo trata de adivinar el resultado sin ni siquiera ver el cuaderno, la profesora le pregunta si conoce los números, ella trata los ve pero no da las cantidades correctas, finalmente recurre al uso de sus dedos (como lo hizo anteriormente) para poder terminar las operaciones.(D)

La distracción el día de hoy fue más notoria que en días anteriores, tal parece que no se siente a gusto al estar sola en el salón de clases con la profesora de USAER, no presta la atención necesaria, mira constantemente hacia la puerta y cuando la profesora le hace mención de que no se distraiga solo baja la mirada, no hubo contacto visual con la profesora prácticamente en ningún momento.(C)

Fecha: 16 de Febrero del 2009

Hecho observado:

La clase de hoy inicia con una actividad de recortar y pegar figuras de unas copias que la profesora de aula regular les da a todos los niños, se trata de que cada figura vaya con la oración que corresponda, también tienen que colorearlo.

Karen saca todos sus útiles y los pone sobre su lugar, sus colores no los lleva en una bolsa lo tiene hasta el fondo de la mochila y los saca con trabajo, cuando logra sacar todos, sólo pone la mochila en el piso de nuevo y su lugar está lleno de cosas. Comienza a colorear pero se da cuenta de que el color no tiene suficiente punta y va con una de sus compañeras a pedirle sacapuntas, pero antes de pedirlo ella ya lo había tomado, regresa a su lugar y comienza a colorear; se nota dedicada al hacer esta actividad, ya que cuida mucho el no salirse del contorno de la figura y cuando lo hace usa una goma para corregir el error, cuando termina con las figuras empieza a recortar las oraciones y las pega ordenadamente y sin ningún problema para distinguir qué imagen corresponde a cada oración.

Se puede notar que estas actividades son de su agrado y al parecer si conoce bien las palabras pues no tiene ningún error en las relaciones que hace, además de que el tiempo en que hizo la actividad, a pesar de detallar cada color en las figuras, fue realizado en el tiempo promedio en que los demás niños terminaron, por lo que podemos concluir en la actividad del día de hoy que Karen trabaja eficazmente si se trata de algo que llame su atención y sea agradable para ella.

Fecha: 18 de Febrero del 2009

Hecho observado:

El día de hoy, la profesora de USAER dio la autorización de revisar un documento que llaman "Perfil Grupal", en cual ella hace evaluación grupo por grupo para conocer el nivel en que se encuentran los alumnos en cuanto a su *noción de la palabra, convencionalidades ortográficas, semántica y sintáctica* así como *la redacción, lectura y expresión.*(A)

Esa evaluación no tiene calificación sino que se distingue por medio de tres colores (verde-óptimo, amarillo-regular y rojo-bajo); en cuanto a la evaluación de Karen podemos notar que en las *convencionalidades ortográficas* está marcada con color rojo, lo cual nos indica que no tiene un buen conocimiento de éstas, así como tampoco en la *semántica y sintáctica*, en donde también aparece marcada en rojo, de igual manera, presenta un bajo nivel de desarrollo en el área de *lectura*, presenta niveles bajos en la *anticipación, predicción, inferencia* y también en la *autocorrección, deletreo y recuperación de significado.*(A)

Podemos corroborar los aspectos calificados que se mencionaron anteriormente de acuerdo a la observación que se le hizo en días anteriores en una actividad de lectura que tuvo en clase y en la que se le hizo individualmente con la profesora de USAER, es notorio que aunque si conoce algunas de las letras se le

dificulta conjuntarlas cuando se trata de leer en voz alta o individualmente. (D)

Fecha: 19 de Febrero del 2009

Hecho observado:

De acuerdo con el historial de Karen y al ver el notorio bajo rendimiento en el área de lectura, el día de hoy se hará una actividad grupal; la profesora de aula regular escribe en el pizarrón un fragmento de un cuento, les pide a los alumnos que lean todos en voz alta de acuerdo con las palabras que ella les va señalando, a lo que se observa que cuando comienzan a leer, Karen es una de las más participativas, lee de manera correcta las palabras, incluso antes de que la profesora pase a la siguiente Karen ya la había leído. Lo que se puede observar es que al momento en que se le pide que lo haga sola se siente "presionada" y por eso le cuesta trabajo, pero cuando son actividades en conjunto que además son de su interés no presenta tantas dificultades para hacerlo, sino todo lo contrario, lo hace de manera rápida y eficaz, al mismo ritmo de sus demás compañeros, lo que nos indica que si tiene un buen conocimiento de las letras y puede leer con facilidad cuando no es un ejercicio individual.(C)(D)

Fecha: 23 Febrero del 2009

Hecho observado:

De acuerdo con la actividad de lectura realizada la semana pasada y ante los resultados, el día de hoy se les dará una actividad similar a realizar a todo el grupo; dicha actividad consiste en una lectura que los niños leerán en conjunto para posteriormente responder una serie de preguntas simples, de esta manera se observará lo que pudieron entender.(D)

La profesora comienza leyendo el primer párrafo, les pide a los niños que lean con ella, una vez que terminaron de leerlo se les hace la primer pregunta, a lo que todos responden correctamente. Durante la actividad noté que Karen no leía en voz alta como los demás niños, lo hacía sola, con muy pocas pausas, incluso leyó dos párrafos más del cuento, y cuando la profesora hizo las preguntas las contesto con la respuesta correcta y hasta pudo dar detalles de lo que sucedía en el cuento.(D)

Al final de la actividad, la profesora les pidió que respondieran el resto de las preguntas y cuándo terminarán pasarán a calificarse, a lo que Karen concluyo casi al mismo tiempo que sus compañeros y solo tuvo un error en una pregunta, su calificación fue de 9.(D)

Fecha: 25 Febrero del 2009

Hecho observado:

El día de hoy las profesoras que trabajan con Karen (USAER y aula regular) tuvieron una reunión en la cual



plantean hacer una serie de adecuaciones curriculares en mayor medida en el área de matemáticas que es en donde presenta más problemas de aprendizaje, ya que de acuerdo a las actividades que se hicieron anteriormente, en el área de lectura y comprensión ya no presenta tantas dificultades, aunque estas se hacen presentes cuando se trata de una actividad individual.(D)

La profesora de aula regular propone que a Karen se le dé una explicación individual y más detallada de cada tema que se verá durante el ciclo, además de que se le den más actividades relacionadas con los temas, a lo que la profesora de USAER responde que las adecuaciones no se tratan de darle más actividades a la niña, si no que se tienen que adaptar de manera que ella las pueda entender claramente y se dé un aprendizaje significativo, más allá de que solo pueda resolverlo por haberle dado una explicación más detallada. (C)

Al final de la reunión deciden que la profesora de aula regular le dará el temario completo a la profesora de USAER para que sea ella quien adecue las actividades y la forma de explicarle los temas a Karen.(D)

Fecha: 27 de Febrero del 2009

Hecho observado:

De acuerdo a lo que se indicó en la reunión que tuvieron las profesoras de Karen, la profesora de USAER será quien se hará responsable de las adecuaciones en las actividades para que la alumna tenga un mejor desempeño en las áreas en las que aparentemente presenta problemas.(A)(B)(D)

El día de hoy se trabajó individualmente en el salón de USAER, la profesora le da una lectura corta, (de 3 renglones) y le da la indicación a Karen de que lo copie, ella lo revisa y se dispone a copiarlo pero se entretiene buscando el lápiz, la goma y el sacapuntas, esto lo realiza frente a la profesora, cuando tiene ya todo el material listo lo empieza a copiar, conforme avanza se puede notar que no hace las separaciones correctas entre palabras y en algunas llega a invertir el orden, maneja mayúsculas y minúsculas y no escribe las letras dentro de los cuadros ni dentro de las líneas, sus letras son muy grandes y tan solo en el primer párrafo del cuento ya uso más de la mitad de la hoja del cuaderno.(D)

Al final la profesora le pide que lo lea pero tartamudea al hacerlo, duda de las palabras que lee y no logra completar el texto. La sesión concluyó con una tarea para Karen, la cual consistió en volver a copiar el texto y en la próxima cita se le harán preguntas acerca de este.(C)(D)

Fecha: 3 de Marzo del 2009

Hecho observado:

El día de hoy el grupo tuvo actividades al aire libre porque la profesora de grupo llegaría tarde; el profesor de Educación Física es quien se hizo cargo de ellos, los puso a correr en el patio de la escuela, hicieron carreras, jugaron con aros y costales, pude notar que a Karen se le facilita mucho la actividad física, participó en todas las actividades aunque tuvo percances con sus compañeros porque ella quería ser siempre la primera pero el

profesor pudo controlarla y atendió a las indicaciones eficazmente hasta que se les dio la orden de regresar a su salón.

Fecha: 5 de Marzo del 2009

Hecho observado:

El día de hoy se pretendía hacer una entrevista a los padres de Karen a solicitud de la maestra de USAER pero no se obtuvo una respuesta positiva, se le preguntó a la hermana de Karen por qué no habían acudido a la junta con las profesoras a lo que ella respondió que ambos se habían ido a trabajar y regresaban a casa por la noche por lo cual sería prácticamente imposible tener contacto con ellos ya que es la hermana quien se hace responsable de llevar y recoger a Karen en la escuela.(A)

Se les ha citado anteriormente en varias ocasiones, incluso la Directora de la escuela ha solicitado por escrito su presencia pero la respuesta es la misma.

Karen indica que ellos no pasan mucho tiempo en casa durante la semana, de hecho dice que cuando ellos llegan normalmente ya está dormida pero sábados y domingos si salen a comer o las llevan al parque.

Por lo tanto no se pudo obtener acceso a una información concreta del contexto familiar de Karen.

Fecha: 9 de Marzo del 2009

Hecho observado:

Dado que en el día de observación pasado no se pudo obtener información acerca del contexto familiar de Karen el día de hoy la Profesora de USAER le hará una pequeña entrevista acerca de su ambiente familiar.(A)

Posteriormente a la entrevista, la profesora inicia las actividades del día pidiéndole a Karen la tarea que se le había dejado anteriormente, que era la copia en su cuaderno del texto que había leído, Karen dice que si lo hizo pero no lo termino, al revisarlo el texto es el mismo que hizo durante la clase pasada.(C)(D)

Lo que podemos observar es que efectivamente en casa no tiene el apoyo para realizar tareas que se le dejan, al parecer los papás no revisan sus cuadernos ni están al pendiente de ella en el aspecto escolar.(C)

Fecha: 12 de marzo del 2009

Hecho observado:

Para la actividad del día de hoy se le preguntó a la profesora de USAER cuáles han sido los apoyos que se le ha brindado a Karen a partir de que fue remitida al aula de apoyo, ella dio una serie de aspectos que se han trabajado, mismos que indicó en la primer entrevista general que se le hizo al inicio del estudio, pero no hay un documento, un ejercicio o prueba alguna que avale la realización de estas actividades más que el cuaderno que las profesoras firman al final de cada sesión pero no se obtuvo acceso a este.(A)(B)

Dichos apoyos fueron: **ESPAÑOL:** Presilábico, alfabético, separación de palabras, aplicación de reglas,

significado de palabras, coherencia lineal, redacción, anticipación, predicción, inferencia, autorecolección, deletreo, recuperación de significados; **MATEMATICAS:** Clase, subclase, mayor que, menor que, serie numérica, agrupamientos, antecesor y sucesor, valor posicional, noción de medida, tiempo físico, reconocimiento de figuras.(D)

Fecha: 17 de marzo del 2009

Hecho observado:

La profesora de aula regular permitió revisar las calificaciones de Karen, podemos observar que su rendimiento es bajo de acuerdo con sus demás compañeros aunque en las actividades artísticas y deportivas, su desempeño es mejor y tiene buenas calificaciones, y de acuerdo con lo observado en ocasiones anteriores estas actividades son las que más le gusta realizar y se adapta fácilmente trabajando con los demás niños de su salón.(A)(B)

Fecha: 19 de marzo del 2009

Hecho observado:

Para la actividad del día de hoy se pretendía hacer una revisión de la evaluación psicopedagógica que se le practicó a Karen al remitirla a la USAER pero la profesora dijo no tener acceso a ésta dado que se encontraba en los archivos de la dirección escolar y sólo puede ser solicitada por la Directora de la USAER, por lo tanto tampoco se pudo tener acceso a este documento de gran importancia para detectar las NEE de Karen.(A)

Fecha: 22 de marzo del 2009

Hecho observado:

El día de hoy se tuvo acceso al salón de computación, el cual está conformado por 15 computadoras, al grupo de Karen le corresponde una computadora por alumno. Esta clase no tuvo ningún tema relevante, el profesor sólo les enseñó cómo navegar por internet, cómo hacer búsquedas específicas, pero la realidad es que algunos niños jugaban algunos juegos a los cuales y sabían cómo acceder.

Realmente no había un control sobre el grupo, el profesor se limitaba a dar indicaciones pero no revisaba que los niños en verdad la estuvieran realizando, algunas veces acudía si es que ellos se lo pedían.

Se le preguntó al profesor si se le podía hacer una entrevista a lo que respondió que no tenía tiempo pues tenía otros grupos que atender.

Fecha: 24 de marzo del 2009

Hecho observado:

Este día se decidió que sería el último en que podría hacerse la investigación dado que la Directora de USAER se había percatado de que se estaba trabajando sin su autorización y ya que esta actividad no está permitida a menos que se presente un oficio. La profesora de apoyo sólo pudo proporcionar como información final copias del perfil grupal que ella realizó así como un documento en donde aparecían las calificaciones de los alumnos.

**ANEXO 5**  
**CUADRO DE OBSERVACIÓN**

**Clase de Español en el Aula regular**

**Fecha de Observación: Enero 28, 2009. (D)**

**Actividad: Observación general de una clase con la Profesora de Aula Regular.**

<b>1. CONTEXTO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Área: Salón de aula regular</li><li>▪ Grupo: 2° C</li><li>▪ Número de alumnos: 16</li></ul>
<b>2. ESPACIOS RESPECTO AL PROCESO DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Espacios de aprendizaje dentro del aula: Los espacios de aprendizaje dentro del aula son limitados, sólo existe un área donde se encuentran algunos libros de interés para los niños, la mayoría de ellos son cuentos y pueden tomarlos cuando hayan terminado la actividad que estén realizando.</li><li>▪ Espacios de aprendizaje fuera del aula: Fuera del aula sólo hay un patio recreativo en donde los niños conviven a la hora del recreo y cuando toman la clase de Educación Física que sólo son 2 veces por semana durante 1 hora, ese es el único momento al aire libre que los niños tienen, las demás clases las toman dentro del aula.</li></ul>
<b>3. UNIDAD DIDACTICA</b>
3.1 Presentación de la tarea
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Finalidad. Verificar que los alumnos hayan aprendido el tema dado mediante una actividad como tarea, de tal modo se observará si la explicación de dicho tema fue el correcto y lo pudieron entender claramente y reforzarlo por medio de actividades didácticas.</li><li>▪ Vínculo con las actividades anteriores con la vida cotidiana y la realidad actual. En la clase del conocimiento del medio, el tema era “las señales de vialidad”, éstas las ponen a prueba en la vida cotidiana y ya pueden entender lo que significa cada una de ellas, esta actividad si es de carácter significativo para ellos.</li><li>▪ Detección de conocimientos previos. Antes de cada tema nuevo, la profesora les hace cuestionamientos para detectar si tienen alguna información previa de ello.</li><li>▪ Materiales. Libro de texto y actividades didácticas</li></ul>

### 3.2 Estrategias metodológicas

- Tareas con posibilidades de adaptación
- Intelectivas/manipulativas/combinadas: equilibrio/desequilibrio
- Posibilidades de participación y aportaciones del alumnado
- Platillas escritas de objetivos y tareas adaptadas específicas para el alumno
- Distribución estratégico del alumnado
- Promoción de ayuda
- Evaluación

Hoja para la Observación del trabajo en el aula. Coma, Ramón y Álvarez, Lluís, 2005:63

## ANEXO 6

**Clase impartida por la Profesora de USAER. Fecha de Observación: Enero 30, 2009**

**Actividad: Comprensión de lectura (D)**

ALGUNAS ESTRATEGIAS FUNCIONALES EN LA GESTION Y ORGANIZACIÓN DE CLASE	FRECUENCIA		
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
• Aula organizada en aspecto grupal, reglas claras de organización.		✓	
• Aula organizada en el aspecto grupal , reglas claras parecida a todas las clases observadas		✓	
• Equilibrio entre actividad del profesorado y del alumnado		✓	
• Conexión y revisión con aprendizajes y actividades anteriores			✓
• Recordar lo trabajado anteriormente con participación			✓
• Se conecta el tema con la realidad actual, con temas anteriores, con hechos vividos o conocidos por el alumnado, con la vida cotidiana		✓	
• Recoger las aportaciones del alumnado y reconducir el tema		✓	
• Pocos contenidos, bien trabajados, simplificación, se les da seguridad			✓
• Se explica qué se hará		✓	
• Se explica cómo se hará, se dan instrucciones claras se hacen comprobaciones de comprensión		✓	
• Se espera a que haya silencio para hablar	✓		
• Se distribuyen tareas grupales y/o individuales		✓	
• Se regulan los cambios de actividad		✓	

(escucha, trabajo personal, trabajo grupal, etc.)			
• Se controla con orden temporal la realización de tareas pendientes o por realizar durante la sesión			✓
• Se recuerdan hábitos y procedimientos generales		✓	
• Tono suave en gral. de la voz para forzar el silencio y la escucha			✓
• Subidas esporádicas en el tono de voz para reclamar atención	✓		
• Silencio y reanudación		✓	
• Anticipación a conductas disruptivas o desatención		✓	
• Moverse por toda la clase para dar sensación de control, ayudas individuales		✓	
• Refuerzo emocional individual a algún alumno que lo necesita periódicamente		✓	
• Se recuerda la necesaria gestión del tiempo durante la clase por parte del alumnado, organización del tiempo disponible, tiempo restante según actividades			✓
• Subdivisión del trabajo en partes que se alcancen progresivamente		✓	
• Ayuda individualizada			✓
• Pocos deberes, se asegura que los tengan claros			✓
• Se da una orden preferente de hábitos para alcanzarlos progresivamente			✓
• Lectura en voz alta intercalada y breve para que las enmiendas no se concentren en una sola persona		✓	
• Tolerar autocorrecciones o enmendar			✓



errores cuando se dan cuenta de que no han hecho bien algo, aunque no sea el momento preciso o acordado en las normas, haciendo acorde como si no lo viese, ante alumnos con baja autoestima			
• Asegurar la comprensión lectora		✓	
• Frecuencia de comentarios grupales positivos		✓	
• Frecuencia de comentarios individuales positivos		✓	
• Frecuencia de comentarios grupales negativos			✓
• Frecuencia de comentarios individuales negativos			✓
• Combinación de recursos didácticos: explicaciones orales, lecturas, esquemas, audiovisuales, etc.			✓
• Prevención de elementos distorsionadores: Reducir el ruido retirando las sillas que sobran, prevenir un exceso de alboroto.			✓

Coma, Ramón y Álvarez, Lluís, 2005: 56-57)

## ANEXO 7

Clase de Español. Lectura libre en Aula regular.

Fecha de Observación: Febrero 6, 2009. (C)

### HOJA PARA LA OBSERVACIÓN DEL ESTILO DE APRENDIZAJE

INDICADORES	ASPECTOS A CONSIDERAR
Motivación hacia el trabajo escolar	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Sin motivación</li><li><input type="radio"/> Motivada por la mayoría de temas</li><li><input checked="" type="radio"/> Motivada por algunos temas</li><li><input type="radio"/> Motivada por aspectos no escolares</li></ul>
Ritmo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Adecuado</li><li><input checked="" type="radio"/> Lento</li><li><input type="radio"/> Rápido</li><li><input type="radio"/> Variable</li></ul>
Constancia en el esfuerzo	<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> Sin constancia</li><li><input type="radio"/> Capacidad de atención y concentración</li><li><input type="radio"/> Afán de superación</li></ul>
Actitud ante los errores y/o las dificultades	<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> Frustración</li><li><input type="radio"/> Aceptación</li><li><input type="radio"/> Abandono</li><li><input type="radio"/> Perseverancia</li></ul>
Respuesta a los cambios de las rutinas de trabajo	<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> Tolerancia</li><li><input type="radio"/> Abandono</li><li><input type="radio"/> Respuesta reflexiva</li><li><input type="radio"/> Negación</li><li><input type="radio"/> Desorientación</li><li><input type="radio"/> Respuesta irreflexiva</li></ul>
Autonomía en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> Puede trabajar sola si conoce la tarea</li><li><input type="radio"/> Dependencia</li><li><input type="radio"/> Independencia del adulto</li></ul>
Hábitos de organización del material escolar	<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> A menudo no hace los deberes</li></ul>

y deberes	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Carpeta</li> <li>○ Orden</li> <li>○ Cuidado y mantenimiento</li> <li>✓ Olvidos</li> <li>○ Agenda</li> </ul>
Trabajo en grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tiene iniciativa</li> <li>✓ Es colaboradora y participa</li> <li>✓ Ayuda a los demás</li> <li>○ No participa</li> <li>○ Le cuesta</li> <li>○ Aislada</li> </ul>

Fuente: Álvarez, L; Coma, R., adaptación de materiales de los EAP en: Coma, Ramón y Álvarez, Lluís, 2005: 62

## ANEXO 8 ENTREVISTA

Entrevista estructurada realizada a la Maestra de apoyo de USAER.

29 – Enero – 2009

1. Nombre de la niña: **Rosas Balderas Hain Karen**
2. Edad de la niña: **8 años**
3. Discapacidad: **Déficit de atención.**
4. Antecedentes familiares del caso: **Ninguno.**
5. Institución que da apoyo a la integración del caso: **USAER 37.**
6. Ubicación de la institución que apoya la integración del caso:
7. Nombre y ubicación de la escuela regular integradora: **Zona especial 6, Iztapalapa. Región San Lorenzo DGSEI Zapata s/n. Escuela Primaria Francisco del Paso y Troncoso. Emiliano Zapata s/n, Col. San Lorenzo Tezonco, Del. Iztapalapa.**
8. Tipos de evaluación e instrumentos empleados para su diagnóstico: **Evaluación Psicopedagógica.**
9. Nivel educativo en el que se encuentra el caso: **2° grado**
10. Estrategias y recursos didácticos empleados para la integración del caso: **Gimnasia cerebral, ritmo/música, coordinación, lateralidad, factor sorpresa, memoramas, visuales, material, concreto, aire libre.**
11. Situación actual en que se encuentra el caso respecto a su integración educativa: **Retardo en lecto-escritura y matemáticas.**
12. Problemática que se enfrenta para la integración del caso: **No se cuenta con el apoyo familiar.**
13. Tipos de apoyo que ha recibido el caso para su integración: **Atención por parte de USAER**
14. Contextos contemplados para la integración del caso: **Escolar**

## ANEXO 9

### **Entrevista estructurada a la Maestra de apoyo de USAER 1° - Febrero – 2009**

1. ¿Quién demanda la evaluación?  
***Por un oficio que manda la Directora de la primaria.***
  
2. ¿Qué tipo de evaluación que se le ha realizado?  
***Psicopedagógica***
  
3. ¿Quiénes son los responsables de la evaluación?  
***Profesora de USAER y Profesora de grupo***
  
4. ¿Qué instrumentos se emplearon?  
***Examen diagnóstico, perfil grupal, guía de observación***
  
5. ¿En qué áreas del conocimiento escolar se han realizado las adecuaciones curriculares?  
***Matemáticas y Español***
  
6. ¿Cuáles son las características de las adecuaciones propuestas?  
***Propósitos, contenidos y actividades***
  
7. ¿Cuáles son los recursos a emplear en las adecuaciones?  
***Didácticos***
  
8. ¿Quiénes son los responsables de diseñarlas?  
***Profesora de USAER en colaboración con la Profesora de grupo.***
  
9. ¿Quien (es) y con base en qué normativa se determinan a los responsables?  
***Por parte de USAER y los directivos***

## ANEXO 10

### *Entrevista a la Profesora de aula regular*

1. ¿Karen atiende a las explicaciones en clase?

***Pocas veces, pues en la mayoría de las ocasiones se distrae con facilidad de lo que está haciendo y pierde continuidad en el ejercicio.  
(C)***

2. ¿Considera usted que Karen sabe leer?

***No la niña presenta serios problemas en el área de lectura ya que no puede unir las letras para formar la palabra, lee cada una individualmente y muchas letras tiende a confundirlas, por lo tanto no entiende el texto.(C)***

3. ¿Cuáles son las dificultades que usted ha observado en Karen para el aprendizaje de la lectura?

***La alumna no ha sabido leer bien, puesto que al no tener el conocimiento claro de las letras no puede conjuntarlas en una palabra y mucho menos en una oración. Al darse cuenta de su dificultad para poder leer tiende a desesperarse y dejar la actividad.(C)***

4. ¿Con respecto a los conocimientos en matemáticas, cuáles podría usted señalar que la niña posee?

***Conoce los números pero se le dificulta hacer operaciones cortas con ellos.(C)***

5. En los ejercicios de operaciones básicas, los resuelve correctamente?

***Sí, pero después de que se le de ayuda y entienda donde debe de ir la respuesta.***

6. En la resolución de problemas matemáticos, cómo procede Karen?

***Entiende el procedimiento a seguir para resolver un problema pero no puede organizar correctamente los datos para llevarlo a cabo.(C)***

7. Cuáles son las dificultades que Karen presenta en el área de matemáticas?

***Con frecuencia ocurre, que tiende a confundir las cantidades que se le presentan por lo tanto nos damos cuenta de que no tiene una buena concentración y un entendimiento limitado.(C)***

8. Qué es lo que hace Karen cuando tiene que trabajar en los libros de texto?

***Cuando la actividad tiene una explicación previa y continúa con un ejercicio posterior puede realizarlo correctamente pero con ayuda individual, de otro modo le tomará más tiempo realizarlo y posiblemente no lo hará correctamente.(C)***

9. ¿De los contenidos enseñados en clase, cuáles son los que se le facilitan a Karen?

***Para algunas actividades se le facilita, por ejemplo, en algunos dictados recuerda como se escribe la palabra pero no deja de tener problemas de ortografía. (C)***

## ANEXO 11

### Entrevista a Karen realizada por la Maestra de apoyo de USAER

9 – Marzo – 2009

1. ¿Con quién vives?  
**En mi casa con mis papás y mi hermana.**
2. ¿En qué trabajan tus papás?  
**Mi papá trabaja de policía y mi mamá afuera de Aurrera en los taxis (es despachadora de taxis).**
3. ¿Quién viene por ti a la escuela?  
**Mi hermana me trae y viene por mí a la salida**
4. ¿Quién te ayuda con tus tareas en casa?  
**A veces mi hermana o mi abuelita cuando viene a cuidarme a la casa.**
5. ¿Qué haces por las mañanas?  
**Desayuno con mi abuelita, ella me cuida en las mañanas hasta que llega mi hermana y me trae a la escuela.**
6. ¿Ves a tus papás cuando llegan a casa?  
**A veces sí y veo las noticias con mi papá pero casi siempre llegan muy noche cuando ya estoy dormida.**
7. ¿Tus papás te han llevado a algún hospital para que te realicen algún estudio?  
**No, sólo voy al doctor cuando me enfermo de la tos o gripa pero hace mucho que no me enfermo.**