



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE LA USAER 74 PARA APOYAR LA
INTEGRACIÓN EDUCATIVA DE UNA NIÑA CON TDAH. EL CASO DE ARLETH

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIAS EN PEDAGOGÍA
PRESENTAN:

MENDIETA LOZOYO MARIBEL
ROMERO GARCIA MERCEDES GLORIA

ASESORA:
ÁLVAREZ TENORIO VIRGINIA

MÉXICO D.F., NOVIEMBRE 2014

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirnos culminar una etapa más en nuestras vidas, porque sin él, no lo habríamos logrado.

Gracias a mis padres por su apoyo incondicional, amor y ejemplo. Los amo.

Gracias a mis hermanas por alentarme en cada momento y ser mis confidentes. Las amo.

Gracias Maribel por ser mi compañera en esta aventura y mejor amiga. Te quiero mucho.

Por tenerlos junto a mí en este largo proyecto, por su paciencia, amor y ánimos para seguir adelante. Los quiero.

Porque tuve la dicha de tenerte a mi lado, por tu amistad y gran compromiso. Te quiero Mercedes.

Gracias Maestra Virginia Álvarez Tenorio por ser pieza clave en la culminación de este proyecto, por brindarnos su amistad, apoyo, dedicación, profesionalismo y calidad humana. La queremos.

Gracias Dr. Arturo Álvarez Balandra por todo su apoyo y paciencia para poder concluir nuestro proyecto.

Con amor, admiración y respeto: Mercedes y Maribel

ÍNDICE

Capítulo I. La Integración Educativa en México	4
1.1 La Educación Especial	5
1.2 Integración Educativa	10
1.3 La Inclusión Educativa	18
Capítulo 2. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	24
2.1 Antecedentes de su estudio	25
2.2 Etiología	29
2.3 Clasificación	33
2.4 Diagnóstico y tratamiento clínico	38
2.5 Evaluación Psicopedagógica	50
Capítulo 3. La integración educativa de una alumna con diagnóstico de TDAH: el caso de Arleth	56
3.1 Metodología	56
3.2 Selección y definición del caso	59
3.3 Elaboración de una lista de preguntas	61
3.4 Localización de las fuentes de datos	62
3.5 Análisis e interpretación de los resultados	63
3.6 Informe final	78
CONCLUSIONES	80
REFERENCIAS	83
ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se inscribe en el ámbito de la intervención educativa como respuesta de la institución escolar a la diversidad. Esta acepción constituye la base de políticas educativas de diversos países como el nuestro que han retomado las directrices sociales que a nivel internacional se han acordado para establecer diferentes programas con la finalidad de erradicar la exclusión y marginación de grupos de población en condición de vulnerabilidad.

En este sector podemos ubicar tanto a niños, jóvenes y adultos que por su condición social, cultural, económica, de género, física, intelectual y de salud, viven una situación distante del ejercicio pleno de su derecho a tener una vida digna como la de cualquier otro ciudadano, lo que se traduce en contar con los servicios mínimos necesarios como lo de asistencia social, médicos y educativos.

La historia nos ofrece datos y relatos para constatar que en diferentes épocas y culturas, se han presentado convergencias sobre la manera en que se ha pensado y tratado a las personas que muestran diferencias conforme a lo establecido como normalidad, éstas han sido la segregación y discriminación, actitudes que invalidan y contrarrestan cualquier potencial humano.

Por desgracia, esta predisposición está latente en muchas personas que conforman las instituciones sociales, como es el caso de las escuelas, en donde aquellos alumnos que están fuera del perfil promedio, representan un problema tanto para los docentes, directivos y otros profesionales que deben apoyar u orientar la labor formativa, porque no saben qué hacer, o porque no están dispuestos a realizar alguna otra actividad que lo estrictamente planeado como rutina.

Así, la irreflexión, la apatía y el individualismo han llevado a este tipo de profesionales a realizar su trabajo más como jornada que como una labor de corresponsabilidad y compromiso para que el alumno mejore y tenga las posibilidades para vencer algunos de los muchos obstáculos que enfrentan en la vida diaria.

Desde mediados del siglo pasado, se han generado políticas educativas en favor de la integración e inclusión de los alumnos que presentan requerimientos especiales, lo que ha permitido cambios tanto en la gestión como en el proceder de todos los que conforman la institución escolar, lo que sin duda ha llevado a experiencias exitosas de atención y respuesta educativa. Bajo esta premisa, es que el presente trabajo persigue el propósito de documentar y explicar el caso de una niña que cursa el nivel de educación primaria, quien fue diagnosticada con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y que a petición o solicitud de su madre es atendida por una Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER), servicio de educación especial que por normativa de la Secretaría de Educación Pública (SEP) tendría que diseñar un plan de intervención para la alumna y asimismo orientar al docente de aula regular en lo referente a estrategias de enseñanza y a los padres de familia con respecto a las necesidades y requerimientos especiales.

Con este propósito, la estructura del trabajo se conformó en tres capítulos, el primero denominado: *La Integración Educativa en México*, en el que se presenta una retrospectiva de la educación especial como servicio que bajo ciertas condiciones y concepciones operó con diferentes enfoques, entre los que destacan el de la integración e inclusión educativa. El segundo, titulado: *El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*, en el que se expone con base en una revisión de bibliografía especializada, qué es el trastorno, la sintomatología, la etiología, las diversas formas de realizar un diagnóstico y los tratamientos y al final la evaluación psicopedagógica como procedimiento para la detección de las Necesidades Educativas Especiales (NEE). El tercero y último

capítulo, nombrado *La integración educativa de una alumna con diagnóstico de TDAH: el caso de Arleth*, en el que se explica el método del estudio de caso como proceder investigativo para indagar, acopiar, sistematizar, analizar y comprender las relaciones entre las diferentes personas, condiciones y factores que estuvieron implicados en el tipo de atención e intervención educativa de la alumna por parte de una USAER como servicio de apoyo. La exposición del caso se fundamenta en el análisis e interpretación de la *data*, conformada por las evidencias obtenidas a través de diferentes fuentes de información y uso de técnicas que se presentan en el apartado de anexos (documentos, instrumentos para el acopio, entrevistas y observaciones) y que se referencian en la articulación de la narrativa.

CAPÍTULO 1

LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA EN MÉXICO

En todo grupo social, las personas que lo conforman presentan diferencias en sus características físicas, sensoriales, psicológicas, culturales e ideológicas, condición que no ha sido pensada y asumida como diversidad, es decir como realidad humana. En este sentido, a la discapacidad se le ha conceptualizado de diferentes maneras, externándose en correspondencia una gama de actitudes y acciones que revelan que en algunas culturas a quienes la presentaban se les consideraba como seres cercanos a alguna divinidad, o bien relacionados con entes malignos, lo que a su vez propiciaba acciones de veneración o aislamiento. Asimismo, se les ha mirado y tratado como anormales, como enfermos y como limítrofes, predisposición que ha generado expresiones como: deficientes, incompetentes, minusválidos, inválidos, disminuidos, entre otras y a la par actos como la etiquetación, segregación y exclusión.

Asociadas a estas ideas y enunciados, históricamente han imperado el desprecio y el desinterés, maneras de proceder que ante los reclamos de algunos sectores de la sociedad en desacuerdo y por la vigilancia de organismos e instituciones sociales en pro los derechos de las personas con discapacidad, se han contenido y modificado paulatinamente.

Entre los derechos que sin duda alguna deben ejercer las personas, podemos señalar el de recibir educación y en el caso particular de nuestro país, es un bien al que todo ciudadano debe acceder, no importando su condición física y social. Es así que las escuelas públicas de educación básica, cuentan con los servicios de profesionales de la Dirección de Educación Especial (DEE), quienes brindan asesoría a los docentes de aula regular para que en conjunto, posibiliten a los niños con NEE acceder a la propuesta curricular, atendiendo sus requerimientos y brindándoles diversos apoyos para el ejercicio de su derecho a la educación.

El enfoque con el que han trabajado los profesionales de la DEE no siempre ha sido el mismo, ya que en sus inicios se trabajó con el enfoque clínico-terapéutico-psicológico, en el que la atención médica es importante para continuar con la rehabilitación. Posteriormente se optó por el enfoque, de la Integración Educativa (IE) en el que se brindaban apoyos diversos para que los niños que presentan NEE tengan acceso a la escuela y a la propuesta curricular regular, tratando de lograr que tengan una vida tan habitual como la de cualquier otro alumno. Actualmente el enfoque que impera, es el de la Educación Inclusiva (EI) que pretende que los docentes de la escuela y los profesionales que los apoyan, detecten las Barreras para el Aprendizaje y la Participación social (BAyP) con la finalidad de minimizarlas y así ofrecer a la diversidad de alumnos, un ambiente estimulante y propicio para su desarrollo integral.

Con base en lo antes señalado, el presente capítulo abordará una retrospectiva histórica de la EE, la puesta en operación del programa de la IE y la transición al programa de EI, como propuestas educativas que nuestro país ha emprendido en diferentes etapas para atender a niños con diferentes requerimientos y condiciones físicas, psicológicas y sociales.

1.1. La Educación Especial

En algunas culturas antiguas mejor conocidas como clásicas, a los recién nacidos que presentaban alguna discapacidad se les veía como inválidos y como una carga, razón por la cual se les aniquilaba. Al contrario de esta conceptualización, en la cultura egipcia, la deformidad y la discapacidad eran veneradas por asociarlas con lo sagrado. (Sola y López en: Lou y López, 2001:27)

Para la Edad Media a las personas que presentaban alguna discapacidad, se les consideraba como anormales y enfermas, por lo que se les segregaba y recluía en asilos, orfanatos u hospitales. Posteriormente, en el siglo XVI se iniciaron algunas prácticas orientadas a la enseñanza de sencillas estrategias para la comunicación de personas con discapacidad auditiva. A partir de este tipo de experiencias,

surgieron propuestas para personas con otras discapacidades e incluso para quienes presentaban trastornos mentales.

Al respecto, Sola y López indican que en el Renacimiento, con la introducción de las ideas humanistas, a las personas con alguna discapacidad se les pensaba como sujetos con igual consideración ante la ley, por lo que aparecen las primeras experiencias de educación y tratamiento para sordos por parte de Ponce de León. Sin embargo, en el siglo XVII que se caracterizó por un absolutismo, de nueva cuenta se pensó a los discapacitados en conjunto con los delincuentes, locos, pordioseros, vagos, enfermos y prostitutas, como sujetos a los que se les debía confinar y alejar de los sanos. La segregación de esta población se extendió hasta la Ilustración y la Revolución Francesa, aun cuando hubo dos avances, uno fue la creación de la primera escuela pública por parte del abate Chárlés Michel de L'Épée para educar a los sordomudos y el otro, fue la creación en París del Instituto para niños ciegos, gracias al trabajo educativo iniciado por Valentín Haüy. (En: Lou y López, 2001:27)

En los inicios del siglo XIX, Itard trabajó con un caso especial conocido como “el niño salvaje de Aveyron”, su propósito fue darle tratamiento para incorporarlo al medio social. Este infante fue abandonado en un bosque de la región de Aveyron en Francia y por un periodo de varios años no tuvo contacto alguno con otro ser humano, razón por la cual no presentaba un lenguaje oral estructurado, sólo emitía gruñidos. El tratamiento consistió en una instrucción sistemática para que aprendiera la lengua francesa y a su vez lograra la comunicación verbal, de ahí que Deutsch indica que a Itard se le considera como el padre de la Educación Especial. (2003:11)

Para mediados del mismo siglo, existieron dos orientaciones en la manera de atender a las personas que presentaban alguna discapacidad, una fue la concepción médico-asistencial y la otra proclamaba a la educación como medio para la rehabilitación. Esta última se inició con los trabajos realizados por Itard, a lo que Debesse la indica como un tipo de pedagogía o “...conjunto de medidas

educativas destinadas a ayudar a los niños que presentan dificultades y trastornos en el desarrollo.” (*Apud.*, Sánchez, 2001:25)

En esta misma línea, Séguin orientó su atención a personas con discapacidad intelectual, que en ese tiempo se les refería como idiotas, para que por medio de la estimulación y reeducación de sus sentidos, se optimizara su inteligencia. Para esto se auxilió de material didáctico que permitía que sus alumnos realizaran diversas actividades cognitivas. Posteriormente fundó en París la primera escuela de reeducación y junto con Esquirol conformó el primer equipo médico-pedagógico del que se tiene registro, proponiendo asimismo que su método de enseñanza podría utilizarse con cualquier tipo de población. (Sánchez, 2001:32)

La propuesta de Séguin motivó e incentivó a muchos otros médicos, pedagogos y psicólogos para sistematizar diferentes propuestas de enseñanza con poblaciones que presentaban alguna discapacidad. A esto Hallahan y Kauffman señalan:

...la instrucción individualizada, la secuencia ordenada de tareas educativas, el énfasis sobre la estimulación, la preocupación por el ambiente del niño, la recompensa a la conducta correcta, entrenamiento en destrezas, son ideas y prácticas de los pioneros de la EE. (*Apud.*, Sánchez, 2001:33)

Para inicios del siglo XX, la EE se ofertó como una propuesta educativa dirigida a “...aquellos educandos que, a causa de diversas deficiencias (sensoriales, psicomotrices, emocionales o cognitivas), no pueden adaptarse a la enseñanza regular, quedando fuera de ella y necesitando por tanto, de una especial educación.” (Polaino, Ávila y Rodríguez; 1991: 46)

La idea de que los niños que presentaban algún tipo de discapacidad debían educarse en escuelas especiales, predominó hasta la década de los años ochenta del siglo pasado, por lo tanto varios países organizaron esta propuesta educativa, edificando y poniendo en operación este tipo de centros escolares, desvinculados de las escuelas regulares. (Aranda, 2008: 3)

En el caso particular de México, la EE es un servicio educativo que ofrece el Estado para el nivel de educación básica. Su conformación como servicio profesional presenta un desarrollo que comprende algunas etapas y

características. Al respecto, Sevilla propone dos, la primera que remite hasta la época de la independencia y constituye el antecedente de la propuesta estatal, práctica educativa que se caracterizó por ser asistencial y filantrópica. La segunda que comprende desde la independencia hasta finales de la década de los años ochenta del siglo pasado, etapa que se caracterizó por el derecho que otorga el Estado Mexicano a la población con discapacidad y otros trastornos, de ser educados en escuelas especiales. (*Apud.*, Sánchez *et al.*, en: Sánchez, 2003: 200)

Con diferencia sobre estos periodos, Sánchez *et al.*, pautan 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 parte de 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 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 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. (En: Sánchez, 2003: 199-200)

Para resaltar algunos acontecimientos de la institucionalización de la EE en nuestro país, expondremos algunos de los señalamientos de Morales, quien indica que en las primeras décadas del siglo XX se concibió a la educación como el instrumento para abatir el estancamiento económico, político, cultural y social, lo que llevó a la creación de la Secretaría de Educación Pública (SEP) teniendo como titular a José Vasconcelos. Durante este periodo, la EE tuvo como objetivo brindar atención a las personas consideradas como “anormales o retrasados” e investigar el origen de la discapacidad a través del método médico-clínico. Es así que el “...enfoque de la educación especial se orientó más a lo práctico y metódico que a dilucidar hacia dónde debía dirigirse la formación de los alumnos.” (Morales en: Latapí, 1998: 146)

Posteriormente en 1935 la Ley Orgánica de Educación incorporó un apartado para la protección y atención de los considerados deficientes mentales, por lo que se institucionalizó la educación especial como modalidad educativa. En ese mismo año se creó el Instituto Médico Pedagógico que ofreció servicios educativos con un enfoque médico-clínico. (Morales en: Latapí, 1998: 148)

En 1936 se estructuraron los servicios de EE, fundándose para 1937 el Instituto Nacional de Psicopedagogía, la Clínica de la Conducta y la Clínica de Ortolalia, instituciones que ofrecieron programas basados en los modelos asistencial y médico-clínico, priorizando en la descripción y categorización de los problemas del niño y en su etiología, por lo que el diagnóstico se consideró como actividad fundamental, requiriendo de diversas pruebas y programas reeducativos. (Morales en: Latapí, 1998: 148)

Cuando se fundó la Escuela Normal de Especialización en 1943, se iniciaron nuevas carreras enfocadas a la educación de los anormales mentales y menores infractores con orientación médico terapéutica. Sin embargo "... las especialidades que se organizan en esta etapa no mencionan la educación sino el `cuidado´ y la `atención´, reforzando el carácter asistencial-médico de las personas con discapacidad." (Morales en: Latapí, 1998: 152)

Al crearse la Dirección General de Educación Especial (DGEE) en 1970, se propusieron algunos cambios como el tipo de enfoque, es decir del médico-clínico-terapéutico al educativo:

La ley Federal de Educación (1973), en su artículo 15, asimila los objetivos de la educación especial con los del resto del Sistema Educativo Nacional, señalando que el sistema educativo nacional comprende, además, la educación especial o la de cualquier otro tipo de modalidad que se imparta de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las características de los grupos que la integran. (Morales, en: Latapí, 1998: 158)

Con esta Ley se propició la fundación de los Centros Psicopedagógicos (CPP), que permitieron un cambio en la manera de concepcionar a las personas con discapacidad, llamándolas "sujetos con requerimientos de educación especial", término que en 1980 adoptó la DGEE, argumentando que refería a aspectos cognitivos, sociales y psicológicos sin centrarse en la discapacidad. De esta

manera en 1986 se inició la atención de niños con capacidades y aptitudes sobresalientes en las escuelas primarias del D.F. (Morales en: Latapí, 1998: 159)

Las acciones antes enunciadas muestran que la EE presentó avances significativos hacia el desarrollo de estrategias educativas que favorecieron la integración de los menores con discapacidad, como el Programa de Grupos Integrados, cuyo objetivo fue atender a niños con dificultades escolares (problemas de aprendizaje) para que desarrollaran al máximo sus capacidades en la escuela regular, asimismo con los Grupos Periféricos, se pretendió llevar el servicio de los CPP a los planteles del país, como una estrategia para vincular la EE con las necesidades y requerimientos de la educación básica regular. (Morales en: Latapí, 1998: 159)

Al respecto Aranda afirma que en varios países se tuvo la misma experiencia en lo referente a las ventajas de ofertar la EE, sin embargo fueron más las desventajas en términos de costos, lejanía y no accesibilidad para niños que no vivían en las ciudades en donde se habían ubicado este tipo de centros, por lo que a nivel internacional a principios de los años noventa se gestó un movimiento educativo con el término de Integración educativa, definido como "...el proceso de educar juntos a niños con y sin necesidades educativas especiales durante una parte o en la totalidad del tiempo." (2008:3)

1.2. Integración Educativa

Ante la demanda de la sociedad por integrar a los niños con alguna discapacidad a las escuelas regulares, el enfoque de la integración educativa se retomó por varios países como política educativa, por lo que resulta importante señalar algunos de sus antecedentes.

El concepto de Normalización surgió en 1969 en Dinamarca y posteriormente orientó una manera de pensar y tratar a las personas con discapacidad, porque:

... este nuevo enfoque defiende el derecho de las personas con discapacidad a llevar una vida tan común como el resto de la población, en los ámbitos familiar, escolar, laboral y social. La estrategia para el desarrollo de esta filosofía se denomina integración. (García, *et. al* 2000: 29)

A nivel internacional en la década de los noventa del siglo pasado, aún prevalecía la preocupación porque este sector de la población no fuera segregado del acceso a la propuesta curricular en las escuelas regulares, lo que llevó a organizar la y celebrar la *Declaración Mundial sobre Educación para Todos* en Jomtien, Tailandia, en la que se propuso dar respuesta a las necesidades básicas de aprendizaje a través de la integración en el aula regular. Este evento constituyó la base para que en 1994 se realizara la *Declaración de Salamanca y Marco de acción sobre las Necesidades Educativas Especiales* "... que enmarca el nuevo proyecto de integración y de atención a las personas con discapacidad de todas las edades para su incorporación con todo derecho en las sociedades en las que participan." (Sánchez *et al.*, en: Sánchez, 2003: 215)

En México se estableció y operó la IE en el marco de una política sexenal que pretendía la transformación de la estructura, consolidar la planta física, fortalecer las fuentes de financiamiento y lograr la participación de profesores, padres de familia y sociedad en general, de ahí que:

El Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica recoge el compromiso del Gobierno Federal, de los gobiernos estatales de la República y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, de unirse en un gran esfuerzo que extienda la cobertura de los servicios educativos y eleve la calidad de la educación a través de una estrategia que atiende a la herencia educativa del México del siglo veinte, que pondera con realismo los retos actuales de la educación, que compromete recursos presupuestales crecientes para la educación pública, y que se propone la reorganización del sistema educativo, la reformulación de los contenidos y materiales educativos, y la revaloración de la función magisterial. (SEP, 1992: 2)

De esta manera se proponían cambios para así incorporar gradualmente a estas poblaciones, cambios del entorno físico escolar; creación de recursos para mejorar la atención y regular la ayuda que se brindaba entre la escuela y los centros de EE. Esto implicó que los profesores comprendieran y estuvieran dispuestos a implementar los grupos integrados, por ello tenían que ser informados y capacitados para desempeñar adecuadamente el trabajo. Asimismo el material didáctico debería diseñarse con el objetivo de facilitar y apoyar el aprendizaje de los niños.

Con lo antes mencionado, el sistema educativo mexicano optó por desarrollar una educación basada en dicho enfoque, pretendiendo "... integrar a las escuelas y aulas regulares a los alumnos y las alumnas con necesidades educativas especiales." (García *et al.*, 2000: 41). Dicha propuesta se orientó a superar el modelo de la EE como sistema aislado de la educación regular, reorientando las funciones de los profesionales e instituyendo servicios que apoyarían a los niños que presentarían NEE, los docentes de escuelas regulares y a los padres de familia. En este sentido, los servicios de apoyo tendrían que auxiliar y orientar a los profesores de las escuelas para realizar las adecuaciones curriculares que permitieran el acceso de los alumnos a la propuesta curricular regular. De esta manera en 1993 se estableció de manera institucional la reorganización y reorientación de los servicios de EE que consistió en:

- a) *Los servicios indispensables de educación especial se transformaron en Centros de Atención Múltiple (CAM).* El CAM ofrecería atención en los distintos niveles de educación básica utilizando, con las adaptaciones pertinentes, los planes y programas de estudio generales, y formación para el trabajo. Asimismo, se organizaron grupos/grados en función de la edad de la población, lo cual congregó alumnos con distintas discapacidades en un mismo centro y/o grupo.
- b) *Los servicios complementarios se transformaron en Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER)* con el propósito de promover la integración de las niñas y los niños con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular.
- c) *Los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC) y los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE) se transformaron en Unidades de Orientación al Público (UOP),* destinadas a brindar información y orientación a las familias y a los maestros sobre el proceso de integración educativa.
- d) *Se promovió la transformación de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) en servicios de apoyo a la integración educativa en los jardines de niños.* (SEP, 2006: 8-9)

Este cambio tomó como base el marco jurídico del artículo 3º constitucional en el que se establece: "...todo individuo tiene derecho a recibir educación. El estado-federación, estados, distrito federal y municipios, impartirán educación preescolar, primaria y secundaria. La educación preescolar, primaria y la secundaria conforman la educación básica obligatoria." (Artículo 3º constitucional. En página web: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/4.htm?s>. Consultado 24-11-11)

Asimismo, la reorientación de dichos servicios, consideró lo establecido en el artículo 39 de la Ley General de Educación, en el que se indica que la EE forma

parte del sistema educativo nacional, además en su artículo 41 también se establece 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 incluyente y con perspectiva de género. Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planes 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. (Sánchez *et al.*, en: Sánchez, 2003: 216)

Con lo antes expuesto, se puede indicar que con la firma del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica en 1992, se inició una reforma en la que se priorizó elevar la calidad educativa, reformar asignaturas y descentralizar los servicios educativos, considerando como base el enfoque pedagógico de la IE, marco en el que los servicios de la EE se orientaron a brindar apoyo y asesoría para los profesores regulares, padres de familia y alumnos. Esto llevó a que en 1993, en la Ley General de Educación se estableciera la integración de los niños con discapacidad a las aulas regulares, instrumentándose su operación en el Programa Nacional de Desarrollo Educativo 1995-2000.

El enfoque de la IE, según García *et al.*, ha sido definido de diferentes maneras, algunas la refieren como:

El modelo que pretende unificar la educación regular y especial con una meta: la de tratar de ofrecer un conjunto de servicios a todos los niños con base en sus necesidades de aprendizaje, mediante la provisión de una variedad de alternativas instructivas. [...] El mantener a un niño excepcional con sus compañeros no excepcionales en el ambiente menos restrictivo en el que pueda satisfacer sus necesidades. Para esto se requieren programas y servicios educativos flexibles que fluyan en un continuo y que permitan al niño con discapacidad integrarse en cualquier punto de este continuo cada vez que sea necesario. [...] El proceso que implica educar a niños con y sin necesidades educativas especiales en el aula regular, con el apoyo necesario. El trabajo educativo con los niños que presentan necesidades educativas especiales implica la realización de adecuaciones para que tengan acceso al currículo regular. (2000: 15, 54- 55)

La IE representó un gran reto porque implicó reorganizar las escuelas regulares y los servicios de educación especial, sensibilizar a los directivos, docentes, alumnos regulares y padres de familia para propiciar actitudes favorables hacia los

alumnos con NEE y lograr cambios en los procesos de enseñanza, de evaluación, de socialización y para la convivencia escolar.

Es así que en 1994 la Dirección General de Educación Especial del Distrito Federal planteó los siguientes niveles de integración:

1. Integrado en el aula con apoyo didáctico especial y con apoyo psicopedagógico en turno alterno.
2. Integrado en el aula con apoyo didáctico especial y con reforzamiento curricular de especialistas en aulas especiales, saliendo del aula regular de manera intermitente.
3. Integrado al plantel asistiendo a aulas especiales para su educación especial y compartiendo actividades comunes y recreos.
4. Integrado al plantel por determinados ciclos escolares a) educación regular y después educación regular, b) educación especial y después educación regular y, c) ciclos intercalados entre educación regular y educación especial. (SEP-DEE, *apud.*, García *et al.*, 2000: 57)

Como enfoque educativo, la IE según explican García *et al.*, comprende bases filosóficas, principios y conceptos. Sobre el basamento filosófico, estos autores exponen:

- *Respeto a las diferencias*, que significa que cualquier persona independientemente de sus características físicas, psicológicas, intelectuales y sociales, es parte de una sociedad que es diversa y por lo tanto tiene el derecho de ser respetado.
- *Derechos humanos e igualdad de oportunidades*, que implica que todo individuo que forme parte de la sociedad tiene entre otros derechos, el de recibir educación con equidad y de calidad.
- *Escuela para todos*, que refiere a que todo centro escolar debe garantizar el acceso a todos los niños y jóvenes que lo demanden, atendiendo sus necesidades y requerimientos de formación. (2000: 42-43)

En cuanto a los principios, señalan:

- La normalización, que implica ofrecer oportunidades, condiciones y apoyos para que las personas con alguna discapacidad puedan ejercer sus derechos, desarrollar sus capacidades y lograr una vida normal.

- La integración, que propone que las personas con discapacidad tienen igual oportunidad de participación en los ámbitos: familiar, social, escolar y laboral que el resto de la población, respetando sus limitaciones y valorando sus capacidades, lo que permitirá erradicar la marginación y segregación.
- La sectorización, que consiste en descentralizar los servicios educativos para posibilitar que los niños ingresen a una escuela, lo más cercana a su domicilio, posibilitando así su traslado y socialización.
- La individualización de la enseñanza, que remite a que la enseñanza debe responder a la diversidad de particularidades, intereses y requerimientos de los alumnos, mediante las adecuaciones curriculares. (2000: 43-44)

Con respecto a los conceptos, indican que son: la discapacidad, las NEE y la IE. Del primero, es decir la discapacidad, subrayan que puede pensarse y referir cuando una persona por alguna enfermedad o accidente se enfrenta a una reducción o limitación de sus capacidades físicas, lo que puede representarle un déficit o estado carencial si su entorno es decir su medio físico, familiar y social no son favorables y funcionales para brindarle accesibilidad y posibilidades para aprender, comprender, relacionarse y actuar en este medio. Por lo tanto el déficit en sí no es el que incapacita, sino es el medio social el que puede presentar obstáculos y desventajas diversas, propiciando la discapacidad. (Puigdemívol, 2007: 234)

En este sentido, las NEE, se dan cuando un niño en comparación con el resto del grupo escolar, presenta dificultades para acceder, comprender y analizar los contenidos que conforman la propuesta curricular. Por lo tanto éstas no son exclusivas de las personas que tienen alguna discapacidad, cualquiera las puede presentar y ser generadas por la familia, el sistema educativo y la sociedad. Así las NEE pueden estar asociadas con tres factores:

- a) Ambiente social y familiar en que se desenvuelve el niño. Ciertas características del grupo social o familiar en el que vive y se desarrolla el niño, tales como familias con padre o madre ausente, pobreza extrema, descuido o desdén hacia la escolarización,

entre otras, podrían repercutir seriamente en su aprendizaje y propiciar la aparición de necesidades educativas especiales.

- b) Ambiente escolar en que se educa el niño. Si la escuela a la que asiste el niño está poco interesada en promover el aprendizaje de sus alumnos, si las relaciones entre profesores están muy deterioradas o si el maestro no está lo suficientemente preparado, algunos alumnos pueden llegar a presentar necesidades educativas especiales.
- c) Condiciones individuales del niño. Existen algunas condiciones individuales, propias del sujeto, que pueden influir en sus aprendizajes, de tal forma que requiera de recursos adicionales o diferentes para acceder al currículo. Algunas de éstas pueden ser:
 - Discapacidad.
 - Problemas emocionales.
 - Problemas de comunicación.
 - Otras condiciones de tipo médico. (García *et al.*, 2000: 52)

El último concepto por indicar es el de IE, que en relación a los anteriores, remite a las condiciones tanto sociales como educativas que deben brindarse para que los alumnos que presentan NEE accedan a una educación regular que de manera equitativa, les permita potenciar sus capacidades, trabajar los contenidos acorde a su ritmo de aprendizaje, participar en diferentes actividades y tener una vida plena.

Una vez explicados los principios y conceptos de la IE, abordaremos los servicios de EE con los que cuentan las escuelas regulares oficiales de educación básica en nuestro país para operar dicho enfoque.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) define a los servicios de EE como:

...los encargados de apoyar el proceso de integración educativa de alumnas y alumnos que presentan necesidades educativas especiales, prioritariamente aquellas asociadas con discapacidad y/o aptitudes sobresalientes, en las escuelas de educación regular de los diferentes niveles y modalidades educativas. Estos servicios promueven, en vinculación con la escuela que apoyan, la eliminación de las barreras que obstaculizan la participación y el aprendizaje de los alumnos, a partir de un trabajo de gestión y de organización flexible, de un trabajo conjunto y de orientación a los maestros, la familia y la comunidad educativa en general. Los principales servicios de apoyo son las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP); sin embargo, también los Centros de Atención Múltiple (CAM), ofrecen apoyos específicos a alumnos que presentan necesidades educativas especiales asociadas con alguna discapacidad en su proceso de integración educativa. Finalmente, existen organizaciones de la sociedad civil que ofrecen servicios de apoyo a escuelas públicas y privadas que integran alumnos que presentan necesidades educativas especiales. (SEP, 2006: 37)

A continuación expondremos algunas características de las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER) ya que el caso que trata el

presente trabajo y que se reporta en el capítulo 3 fue apoyado por esta unidad de servicio.

Las USAER tienen como objetivo ofrecer a los niños que presentan NEE, con o sin discapacidad y con aptitudes sobresalientes, apoyos diversos para garantizar su integración en la escuela regular. Este servicio también brinda apoyo y asesoría a los docentes de aula regular sobre la planeación y organización de contenidos, métodos y estrategias para la enseñanza, recursos y actividades diversas para con los alumnos. Asimismo orienta a los padres de familia sobre cómo proceder en casa y atender las NEE de sus hijos.

El equipo de trabajo de las USAER está formado por un director, un profesor de comunicación, un psicólogo, un trabajador social y docente de apoyo y en algunos casos también puede contar con la colaboración de otros especialistas, según lo demanden las NEE de los alumnos por atender.

Cada USAER en el D.F. depende técnica, pedagógica y administrativamente de la DEE y su trabajo de asesoría psicopedagógica en promedio se desarrolla en cinco escuelas de educación básica regular. En cada centro escolar, habrá un salón que se denominará aula de apoyo, la que contará con material didáctico y otros recursos para atender, asesorar y orientar tanto a los alumnos, como a los docentes y padres de familia.

Las USAER cuentan con dos modalidades de atención: apoyo en aula regular y apoyo directo al alumno.

El apoyo en aula regular consiste en trabajar con el docente del grupo las estrategias diseñadas para dar respuesta a los requerimientos de los alumnos que presentan NEE. La intención de este apoyo es beneficiar al niño con NEE, lo que también contribuye e impacta en el resto del grupo, posibilitando la sensibilización y por lo tanto la muestra de actitudes de solidaridad y compañerismo, lo que ayudará al proceso de integración.

El apoyo directo al alumno es un trabajo especializado que se da dentro de la escuela regular y se considera que es la primera ayuda y trabajo directo con quien presenta requerimientos especiales para lograr acceso, comprensión y aplicación de los contenidos que conforman la propuesta curricular mediante adecuaciones curriculares pertinentes e idóneas.

Cabe mencionar que en cualquiera de estos tipos de apoyo, no se pretende nivelar al niño que presenta NEE con respecto al desempeño del resto del grupo, sino el desarrollar sus competencias, las que le permitirán lograr autonomía y manejo gradual de los contenidos de acuerdo a su ritmo y estilo de aprendizaje. De esta manera no sólo logrará un mejor desempeño escolar, sino también participar de las actividades, logrando así su integración educativa y social.

Es importante señalar, que la USAER debe detectar las NEE de los alumnos que el personal docente de la escuela regular reporta, una vez hecho esto, se diseñará un plan de intervención psicopedagógica que contemple el trabajo colaborativo con el docente de aula regular y con la familia, para que tanto en el contexto escolar como en el familiar se atiendan las dificultades cognitivas que presenten los alumnos en el desarrollo de la propuesta curricular, así como fortalecer las habilidades que presenten, considerando además los apoyos necesarios para lograr su integración social.

Los servicios que ofrecen las instituciones antes referidas a las escuelas de educación básica oficial, representan un trabajo especializado de tipo psicopedagógico y de gestión para atender las NEE de los alumnos, que promueve el ejercicio de valores como la equidad, igualdad, solidaridad y respeto, acciones necesarias para favorecer cambios en las actitudes de la sociedad que conlleven a consolidar una cultura de la integración/inclusión.

1.3. La Inclusión Educativa

Para la década de los años noventa del siglo pasado, a nivel internacional se vivía el problema social del no acceso de millones de infantes a la educación básica, así como el incremento del analfabetismo en la población adulta, que en conjunto

representaban un amplísimo sector de personas que vivían al margen de los conocimientos elementales que proporciona la escolaridad básica, tanto declarativos como procedimentales, necesarios para conformar actitudes y aptitudes para la participación social y para ejercer sus derechos fundamentales como el de la educación.

Con el propósito de analizar y atender esta problemática mundial, algunos organismos internacionales se dieron a la tarea de convocar a diferentes naciones para realizar reuniones en las que se sumaran esfuerzos y se establecieran compromisos de solución. Algunas de éstas, fueron las siguientes:

En el año de 1993 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en asamblea general aprobó *Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, establecimiento en el que se pautó como necesario, ejercer, respetar y garantizar los derechos humanos, así como el adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades. Asimismo se adoptó la concepción social de la discapacidad, refiriendo que "...no está en la persona, sino en la relación existente entre las limitaciones que experimentan personas con alguna disfunción al enfrentarse a contextos inadecuados en su diseño, en su estructura y en la actitud de la población en general." (SEP-DEE, 2011: 24)

Para 1994 en Salamanca, España tuvo lugar *la Declaración de Salamanca y Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad*, convocatoria emitida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés) y el Ministerio de Educación y Ciencia de España, para que las naciones participantes reafirmaran el principio de la *Educación para Todos* y establecieran su compromiso político de ofrecer medidas y lograr la igualdad de oportunidades para las personas con NEE, con y sin discapacidad, "...mediante procesos de **reformas educativas globales**, articulados con la idea de promover una educación de calidad con equidad para todos." (SEP-DEE, 2011: 25)

En 1999 en Jomtien, Tailandia se celebró la *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos. Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje*, también convocada por la UNESCO. De la disertación y acuerdos de esta conferencia, se emitió la *Declaración Mundial sobre Educación para Todos. Marco de Acción para satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje*, base con la que se delinearon políticas educativas que pretendieron la reforma y expansión de los servicios educativos. (SEP-DEE, 2011: 22)

Un año después, se programó en Dakar, Senegal el *Foro Mundial sobre la Educación*, en el que para dar continuidad a lo establecido en Jomtien se propuso realizar un balance. Los resultados, mostraron diferencias significativas entre los países participantes, predominando la pobreza, la desigualdad y la exclusión. Por tanto de manera colectiva, estas naciones asumieron el compromiso de garantizar una educación de calidad con miras al año 2015, estableciendo políticas y estrategias para mejorar la cobertura en educación inicial y asimismo garantizar el acceso y permanencia de todos los niños en educación básica, atendiendo sobre todo a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Como producto de este foro, se adoptó el *Marco de Acción de Dakar. Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes con seis marcos de acción regionales*. (SEP-DEE, 2011: 26)

En convergencia con el interés por la equidad y la justicia social, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) convocó a sus miembros en el mismo año, es decir en el 2000 para realizar la Cumbre del Milenio. En ésta, las naciones participantes reafirmaron su compromiso para lograr un mundo más pacífico, próspero y justo para el 2015, asumiendo responsabilidad ética y política para atender a los habitantes más vulnerables, en especial la población infantil, ofreciéndoles condiciones para cursar la escolaridad básica y así ejercer su derecho a la educación. De esta manera, la educación posibilitaría un mundo incluyente y equitativo, por lo que fue importante que los sistemas educativos retomaran las directrices de lo que en ese momento se denominaba Educación Inclusiva (EI):

“...la primera para valorar las diferencias y la segunda para reconocer a la diversidad como bien de la humanidad.” (SEP-DEE, 2011: 27)

Asimismo, en el año 2000, en Inglaterra, se publicó el *Index for Inclusion*, que traducido al español se inscribió como *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*, producto de la investigación realizada por Booth y Ainscow y que derivó en el diseño de materiales para apoyar a las escuelas en el proceso hacia la EI. (SEP-DEE, 2011: 27)

Otras acciones emprendidas para impulsar la EI en los países latinoamericanos fueron: la 7ª. *Reunión del Comité Regional Intergubernamental del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe (PROMEDLAC)* convocada por la Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO) en Cochabamba, Bolivia en 2001; la integración de la *Red Mesoamericana de Educación Inclusiva (REMEI)* en 2001; la publicación y traducción al español del *Temario Abierto sobre Educación Inclusiva* por la OREALC/UNESCO en 2004 y la elaboración de la *Convención de las Personas con Discapacidad* por la ONU en 2006. (SEP-DEE, 2011: 31)

México participó en todas las convocatorias referidas, retomando el principio de la *Educación para Todos*, lo que llevó a considerar modificaciones en el artículo 41 de la Ley General de Educación en los años 2000, 2009 y 2011 y que:

...refrenda el reconocimiento de la educación como un derecho fundamental y como estrategia para ampliar las oportunidades educativas a todos los alumnos y las alumnas, así como para reducir las desigualdades entre los grupos sociales, impulsar la equidad y evitar los distintos tipos de discriminación a los que están expuestos niños, niñas y adolescentes. (SEP-DEE, 2011: 35)

En continuidad con el principio referido, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-12 el Gobierno Federal asumió el compromiso de impulsar la igualdad de oportunidades como eje fundamental de la política educativa, centrándose en el desarrollo humano y el bienestar de las personas. Así en correspondencia con este plan, la SEP enfatizó “...las metas de cobertura y calidad educativas, de

desarrollo tecnológico, de prosperidad y equidad entre regiones, de competitividad y de transparencia.” (SEP-DEE, 2011: 35)

Asimismo en el Programa Sectorial de Educación 2007-12, se expuso que para elevar la calidad de la educación:

...es necesario ampliar las oportunidades educativas e impulsar la equidad, ofrecer una educación integral que promueva el desarrollo de sus competencias para la vida, equilibre la formación en valores ciudadanos, el desarrollo de competencias así como la adquisición de conocimientos y que favorezca su inserción en la sociedad del conocimiento. (SEP-DEE, 2011: 36)

De esta manera, para impulsar la calidad educativa, el Gobierno Federal y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación firmaron en mayo del 2008 la Alianza por la calidad de la educación, que propuso:

...la construcción de un sistema educativo para el siglo XXI, que responda desde la transformación de la Educación Básica y su articulación con los niveles de educación inicial, media superior y superior, a los requerimientos sociales y económicos, a través de una educación de calidad para todos, sin discriminación.(SEP-DEE, 2011: 36)

Para 2011, se promulgó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo del mismo año y en la que se establecen:

...las condiciones en las que el Estado debe promover, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. (SEP-DEE, 2011: 37)

A manera de conclusión, podemos retomar las definiciones que sobre integración y EI presenta Blanco, quien indica que la integración “...está referida al grupo específico de personas con discapacidad y es un movimiento que surge desde la educación especial e implica la transformación de ésta.” (1999: ca) Con respecto al concepto de inclusión, señala que es:

Más amplio [...] porque está relacionado con la naturaleza misma de la educación general y de la escuela común [pues] implica que todos los niños de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales. Se trata de lograr una escuela en la que no existan `requisitos de entrada´ ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo. (1999: ca)

En este sentido, Amadio y Opertti proponen que la EI puede transformar un sistema educativo porque: 1) es un enfoque transversal que propone el

aprendizaje a lo largo de la vida y considera la individualidad del estudiante para lograr equidad y calidad en la educación; 2) busca permanentemente dar respuesta a la diversidad, a través de una educación personalizada que toma en cuenta el contexto social y las oportunidades para mejorar el aprendizaje; 3) trata de comprender, identificar y eliminar las barreras para el aprendizaje y la participación y 4) da prioridad a los alumnos en riesgo de marginación, exclusión y con bajo rendimiento de aprendizaje. (En: Dávila y Naya, 2011: 225-226)

CAPÍTULO 2

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una discapacidad sintomáticamente heterogénea que se caracteriza por una atención débil y dispersa, así como impulsividad e inquietud motriz exagerada. Se le considera como una perturbación clínica de la infancia y la adolescencia, sin embargo por la amplia investigación realizada, se ha descubierto que este desorden persiste hasta la edad madura, por lo que se indica que dicho trastorno es crónico y evolutivo. Al respecto, Carballo señala que de los estudios de seguimiento realizados a niños que presentan TDAH, han demostrado que entre el 60 y 75% de esta población, continuaron con la sintomatología característica hasta la vida adulta. (2011:14)

Por lo antes señalado, este trastorno presenta una alta prevalencia a nivel mundial, independientemente de la variabilidad metodológica de los estudios y de la región en donde se realizaron, Polanczyk apuntó que en 2007 se calculó un 5,29%. (*Apud.*, Parellada, 2009: 34) Asimismo, Carballo indica "...que lo padecen, aproximadamente, 4 de cada 100 niños, siendo de 3 a 4 veces más frecuente en varones. Su presencia oscila entre 3 y el 7 % de la población general." (2011: 15)

Las características típicas del TDAH son: "...distracción de moderada a severa-, períodos de atención breve, hiperactividad, inestabilidad emocional, impulsividad, dificultad para controlar los impulsos y alto nivel de actividad." (Barragán *et al.*, *apud.*, Carballo, 2011: 15). Sintomatología que lleva a que las personas que lo presentan tengan dificultades en la interacción social así como en múltiples actividades de la vida diaria.

La etiología de este trastorno aún es objeto de investigación, ya que no se ha podido establecer un factor único que lo origine, por lo tanto se destaca que sus

raíces pueden ser genética, neurológica, psicosociales e incluso medioambientales.

Por la sintomatología característica, es muy frecuente que comportamientos infantiles como la inquietud o apatía por realizar actividades rutinarias o monótonas, sean estigmatizadas como propias del TDAH, razón por demás importante de realizar un diagnóstico completo que contemple la participación de diferentes especialistas para establecer un tratamiento que comprenda los diferentes contextos en los que el niño participa y convive.

Con base en lo antes señalado, el presente capítulo se conforma de cinco apartados, en el primero se abordarán los antecedentes de su estudio, en el segundo la etiología, en el tercero la clasificación de éste trastorno, en el cuarto su diagnóstico y tratamiento clínico y por último la evaluación psicopedagógica. Elementos que nos permitirán conocer y entender la condición que presenta nuestro estudio de caso.

2.1. Antecedentes de su estudio

Al revisar diferentes fuentes sobre lo que hoy conocemos como TDAH, nos encontramos que han sido varias las denominaciones que se han empleado para referirlo, éstas han cambiado en relación a la época y al conocimiento logrado en las investigaciones y estudios realizados.

Para iniciar esta exposición, indicaremos que varios textos coinciden en referir que en 1846 el Dr. Hoffman, médico alemán a través del relato de un cuento describió el comportamiento del personaje principal que era un niño, caracterizándose por la inquietud constante, la falta de atención y la impulsividad permanente, sintomatología de lo que en aquel tiempo se refería como inquietud y que actualmente se conoce como TDAH. (Castells, 2006:40)

Un año después, Bourneville utilizó el término “niños inestables” para detallar la inquietud exagerada tanto física como psíquica y la actitud destructiva que mostraban los infantes observados. Asimismo en 1901, Demoor indicó que había

niños comportamentalmente lábiles, que presentaban movimiento constante y dificultad atencional. (Fernández y Calleja, 2004: 3)

Para inicios del siglo XX, Still médico inglés sistematizó las observaciones realizadas a 20 niños que eran sus pacientes, revelando que su actividad e impulsividad eran excesivas, no mostraban alteraciones intelectuales, ni enfermedades asociadas, por lo que propuso que tal conducta no era resultado de una mala educación, sino que presentaban un defecto en el desarrollo moral que propiciaba la no conciencia de las consecuencias de sus acciones, así como la incapacidad para inhibir sus impulsos. Por lo tanto indicó que el control moral, es decir la conciencia podría controlar este tipo de comportamiento. Posteriormente, ante la Real Academia de Medicina de Londres presentó la caracterización del comportamiento de este grupo, expresando:

...eran incapaces de mantener la atención, inquietos, imparables con accesos violentos, destructividad, díscolos, con movimientos coreicos y anomalías congénitas menores, [...] muy activos, apasionados, excesivamente emotivos, con escaso control volitivo. [Por lo que] hipotetizó que debía haber una predisposición familiar [...] aunque también consideraba la posibilidad de daños cerebrales adquiridos. (Parellada, 2009:19-20)

En 1908 Tredgold, indicó que algunos niños a quienes había observado que presentaban serios problemas de conducta, mostraban rasgos físicos peculiares como el tamaño y forma anormal de la cabeza, anormalidades en el paladar y signos neurológicos leves, coincidiendo todos en haber experimentado falta de oxígeno durante su nacimiento. Posteriormente entre 1917 y 1918, Ebaugh también observó en Estados Unidos a niños que mostraban problemas de comportamiento y que habían padecido trauma cerebral a causa de una epidemia de encefalitis. (Benito, 2008: 8)

Durante la tercera década de ese siglo, en algunos textos de neurología se sostuvo que había una relación de los problemas de conducta (hiperactividad, impulsividad y desatención) con el daño cerebral. Al respecto, Castells indica que dicha relación estableció una línea de conexión causa-efecto entre los síntomas clínicos y algún desajuste en el cerebro, idea que llevó a que en 1934 se empleara el término de impulsividad orgánica. En ese mismo año, Kahn y Cohen afirmaron

que el estado clínico de niños con estos comportamientos, se caracterizaba por la incapacidad para mantenerse quietos, externando conductas explosivas que eran producto de un daño cerebral. (2006: 40-41)

Entre 1930 y 1940, Amstrong señaló que se realizaron investigaciones con niños que presentaban daño cerebral para detectar problemas cognitivos y conductuales, por lo que se empleó el término de daño cerebral mínimo para referir los trastornos de conducta que manifestaban niños que no presentaban daño cerebral. En las dos siguientes décadas, se empezaron a usar los términos de síndrome hiperquinético e hiperactivo. (2008: 36)

En correspondencia con la línea de la lesión cerebral, Bermeosolo cita que el psicólogo Werner y el neuropsiquiatra Strauss, al emigrar a Estados Unidos de Norteamérica durante el nazismo en Alemania, orientaron sus investigaciones para trabajar con niños y descubrir "...qué perturbaciones comparables en la conducta [...] podían atribuirse a eventuales daños cerebrales." (2010: 252). Los resultados les permitieron caracterizar la lesión cerebral en niños, lo que se conoce como "...el **síndrome de Strauss**: respuesta forzada a estímulos, perseveración o fijación patológica, hiperactividad y disociación (problemas figura-fondo). Este síndrome constituye el antecesor más remoto del actual TDAH." (Bermeosolo, 2010: 252)

En 1947 Strauss y Lehtinen, retomaron el término lesión cerebral y al realizar estudios sobre esta línea de investigación, se percataron que en algunos niños con los que trabajaban no se podía comprobar mediante examen neurológico que presentaban dicha lesión, por lo que plantearon que este tipo de examen no era una prueba fiable, recuperando la idea de que había un daño cerebral mínimo. (*Apud.*, Bernaldo de Quirós, en: Joselevich, 2006: 21)

Asimismo Laufer y Denhof a mitad del siglo pasado, consideraron que la causa de los comportamientos disruptivos era algún desajuste cerebral, por lo que realizaron algunos estudios clínicos, que los llevó a plantear la hipótesis de que

estos comportamientos se debían al pobre filtro de estímulos a nivel del tálamo, usando para ello el término de síndrome hiperkinético. (Castells, 2006:41)

Para los años sesenta, Bermeosolo indica, que se optó por el término de disfunción cerebral mínima, en lugar de lesión o daño cerebral mínimo, porque al no tener evidencia directa del daño, y sí de la manifestación de los problemas de conducta, la explicación consideraría que en el cerebro algo funcionaba mal. Por lo tanto Clements en 1966, usó la denominación de síndrome de disfunción cerebral mínima, describiéndola como:

...una categoría diagnóstica y descriptiva, se refiere a niños con una capacidad y potencial intelectual cercanos al promedio, o sobre el promedio, con anomalías en el aprendizaje y/o en ciertas conductas, que fluctúan de leves a severas, y que se asocian a un funcionamiento sutilmente desviado del sistema nervioso central. Pueden caracterizarse por diferentes combinaciones de deficiencias en percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, y control de la atención, de impulsos o función motora.

Estas desviaciones individuales pueden surgir de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, deterioros cerebrales perinatales, y/o enfermedades o deterioros prolongados durante los años críticos para el desarrollo y maduración del sistema nervioso central, o de otras causas orgánicas aún desconocidas. (2010:256)

Asimismo, Castells en la misma década señaló que se usaron términos como inestabilidad psicomotora, síndrome coreiforme o inestabilidad subcoreica, que referían al cuadro clínico de la corea o afección cerebral que provocaba movimientos rápidos e involuntarios de la cara y de las extremidades. (2006:41) Sin embargo, el uso del concepto de Síndrome Hiperkinético se fue incrementando de manera paralela, remitiendo a:

...un síndrome conductual separado del concepto de daño cerebral, y en este sentido, fue sumamente importante el trabajo de Chess, quien estableció el nivel de actividad como característica definitoria del síndrome. Esto se vio reflejado en la segunda edición del *Manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales* (DSM II), publicadas por la Asociación Psiquiátrica Americana, con el nombre de Reacción Hiperkinética de la Infancia. (Bernaldo de Quirós, en Joselevich, 2006: 22)

Al respecto Parellada expone que en la segunda mitad del siglo pasado, se dio un cambio en la nomenclatura sobre este trastorno porque a partir de los años sesenta se extendió el uso de las clasificaciones de enfermedades basadas en criterios diagnósticos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), octava edición (1967) incluyó el síndrome hiperquinético de la infancia como categoría diagnóstica. La CIE-9 (1978) lo denominó síndrome hiperquinético infantil o trastorno simple de la actividad y de la atención, que incluía el *síndrome de inestabilidad en la infancia* (terminología de influencia francesa), y quedaba definido como un trastorno cuyas características esenciales eran la falta de atención y la distracción. Se describían dos tipos, con y sin hiperactividad. Se señalaban, además, como síntomas habituales, la impulsividad, la agresividad, la desinhibición, la pobreza organizativa, la labilidad emocional y la sobreactividad motora. En la (CIE-10, 1992) [...] se utiliza principalmente el término *trastorno* en todas las categorías diagnósticas [por lo que se denomina] trastorno de la actividad y de la atención. (2009:23-24)

En lo referente a la clasificación de enfermedades de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) cuyo nombre es *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) la misma autora señala:

La primera versión de la [APA] que introdujo el TDAH fue la DSM-II (1968) como reacción hiperquinética de la infancia (o adolescencia). Sólo a partir de la DSM-III (1980) se incluyó la inatención como síntoma fundamental, y se cambió el nombre. Se incluyeron dos subtipos de TDAH, el ADD/H (Trastorno de atención con hiperactividad) y el ADD/WO (Trastorno de atención sin hiperactividad). Otra novedad fue considerar un tipo residual del TDAH, para aquellos casos en que terminado el desarrollo continuaba habiendo síntomas que producían una alteración funcional significativa. [...] la DSM-III-R [regresó] a una visión más unitaria del trastorno, con el nombre de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD). [...] en el DSM-IV (1995) y en su última modificación, el DSM-IV-TR (2000), se retoma el dar de nuevo más importancia a la existencia de un subtipo inatento, que se denominará TDAH con predominio inatencional. La última versión [...] incluye dos subtipos: subtipo de predominio hiperactivo/impulsivo, y subtipo combinado. (2009: 24-25)

Con el paso del tiempo, las denominaciones con las que se hace referencia y se conceptúa al TDAH han sido varias, destacando las de tipo clínico como síndrome o trastorno, que remiten a un patrón de comportamiento o de síntomas que se asocian a malestar y que interfieren en la actividad de la persona. En este sentido, el TDAH se caracteriza por tres manifestaciones: inatención, hiperactividad e impulsividad, por lo que se torna como una dificultad compleja que la persona enfrenta en todas sus actividades de la vida diaria.

2.2. Etiología

Al hablar de etiología nos referimos a las causas o relación de factores que dan origen a una enfermedad, patología, trastorno, etcétera. Con respecto al TDAH no existe una causa única, sino por el contrario es una condición compleja, por lo que diversos estudios destacan la existencia de factores como los genéticos,

neurológicos, psicosociales y ambientales. No obstante esta coincidencia, algunos autores destacan mayor incidencia de alguno (s) de estos factores.

Al respecto Parellada indica que este trastorno es de origen fundamentalmente biológico porque existe una predisposición en algunas personas a padecerlo. Ella parte de considerar al TDAH como una patología psiquiátrica y explica que la interacción de factores ambientales con los biológicos es importante por el efecto sobre la gravedad, edad de aparición, evolución y síntomas que lo acompañan, sin embargo esto no explica su presencia. Asimismo señala que las relaciones en la familia y en la escuela pueden ser factores que se tornen como circunstancias psicosociales adversas en la psicopatología y representen un riesgo para la aparición de problemas emocionales y adaptativos. (2009:34)

Con respecto a lo heredable o carga genética, la misma autora informa que por estudios realizados con gemelos monocigotos, se han encontrado hermanos e individuos sin relación familiar, los resultados reportaron una incidencia hereditaria de entre 70 y 80%, por lo que el riesgo de la presencia del TDAH en familias en donde uno de los miembros de primer grado, es decir padres o hermanos lo presenta, es de tres a cinco veces más que si no se tienen familiares afectados. Además este trastorno se ha asociado con la disfunción en distintos receptores y transportadores de neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central (dopamina y serotonina), sin embargo a pesar de la investigación genética que se han realizado aún no se precisan los mecanismos intermedios entre los genes de riesgo y la clínica concreta del TDAH, por lo que agrega: “La genética del TDAH es compleja. A pesar de su clara influencia en la aparición del trastorno, no está tan claro qué es lo que se hereda.”(Parellada, 2009:35)

Otros factores biológicos relacionados con este trastorno son: las disfunciones cognitivas como la afección en la memoria de trabajo, la inhibición de respuesta o vigilancia y mecanismos básicos de procesamiento de la información; las alteraciones tanto anatómicas como fisiológicas en áreas de la corteza prefrontal, núcleos del estriado y vermis cerebeloso; estrés perinatal, bajo peso al nacer, lesiones cerebrales, uso de tabaco durante el embarazo, exposición a metales

pesados, sensibilidad a algunos alimentos y privación¹ extrema en la infancia temprana. (Parellada, 2009: 37)

Con diferencia a Parellada, Amstrong señala que afirmar que el TDAH es un trastorno puramente biológico o clínico resulta ser muy problemático, ya que no se puede comprobar su localización en algún tipo de gen, ni en alguno de los componentes químicos del cerebro de un niño. Asimismo explica que esta consideración es porque "...nuestra cultura ha tendido a incurrir en un generalizado biorreduccionismo de rasgos y características que antes se consideraban una parte natural del espectro de la variación humana." (2008: 20). Por lo que concluye que el factor biológico debe ser componente importante del enfoque holístico, pero no central y reduccionista.

Sin embargo, Rickel y Brown insisten en sugerir que el TDAH se presenta y desarrolla a partir de una combinación de factores genéticos y ambientales. Respecto a los primeros indican que aunque no existe un genotipo claro para el trastorno y se desconoce aún el mecanismo genético, lo que si se ha comprobado es que el TDAH es un desorden que ocurre en las familias. (2008:27) En relación a los segundos, plantean que contribuyen en el fenotipo del trastorno, ya que si no lo causan, sí se asocian o pueden potenciar una predisposición a éste. (2008:33-34)

En el caso de Peisekovicus, imperan los factores y condiciones que pueden desencadenar este trastorno antes, en y después del nacimiento, denominándolos causas prenatales, perinatales y postnatales. De las primeras enlista: "...los padecimientos infecciosos de la madre, la anemia grave y aspiración de monóxido de carbono, hemorragia cerebral en el feto producida por toxemia o trauma, incompatibilidad de factor Rh, disturbios metabólicos y exposición excesiva a la radiación." (2003: 42). De las segundas, menciona: "...la falta de oxígeno producida por obstrucción mecánica, mal uso de anestésicos, placenta previa, hipotensión pronunciada, sufrimiento fetal, uso inadecuado de fórceps, parto

¹ Falta de la estimulación necesaria para el desarrollo normal de un organismo.

premature, parto prolongado y bajo peso al nacer.”(2003:42). Y finalmente, sobre las terceras, refiere: “...las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida como la tosferina, sarampión, escarlatina, neumonía, encefalitis y meningitis, traumatismos craneanos y neoplasias cerebrales.” (2003: 42)

Independientemente de las posturas indicadas, los estudios que se han realizado para encontrar las posibles causas del TDAH son:

- Genéticos, que han investigado los mecanismos moleculares por los cuales se piensa que existe alta probabilidad en la transmisión del TDAH. (Moyano, 2004: 25)
- Neurológicos, que se han orientado a detectar alteraciones o disfunciones cerebrales como la del lóbulo frontal que regula las funciones ejecutivas (habilidades de razonamiento, inhibición de la respuesta, planificación conductual, atención selectiva y organización de la información. (Van-Wielink, 2004: 26)
- Bioquímicos, cuya finalidad es determinar el desbalance en los niveles de los neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina) que se encargan de la comunicación de neuronas, además de activar o desactivar determinadas áreas cerebrales. (Van-Wielink, 2004: 31)
- Ambientales, que han encontrado que diferentes condiciones y sustancias como: la contaminación ambiental por plomo, la exposición a rayos X y a tóxicos como: pesticidas, tabaco, cosméticos, mercurio, anestesia y la ingesta de algunos aditivos en alimentos, inciden en el desarrollo del trastorno. (Vallés, 2006: 164)
- Psicosociales, asociados a sucesos o acciones que se generan en el contexto en el que se desenvuelve el niño como el nivel socioeconómico, trastornos mentales y conductas delictivas de los padres, así como factores relacionados con la dinámica familiar, que “Influirían como predisponentes inespecíficos para la patología infantil, en la gravedad de la expresión clínica, en el pronóstico y también favoreciendo la aparición de ciertos trastornos comórbidos.” (Benito, 2008: 15)

- Pre, peri y postnatales, que exploran diversos factores y condiciones que pueden desencadenar este trastorno antes, en y después del nacimiento.

Causas prenatales: padecimientos infecciosos de la madre, así como anemia grave y aspiración de monóxido de carbono, hemorragia cerebral en el feto producida por toxemia o trauma, incompatibilidad de factor Rh, disturbios metabólicos y exposición excesiva a radiación.

Causas perinatales: falta de oxígeno producida por obstrucción mecánica, mal uso de anestésicos, placenta previa, hipotensión pronunciada, sufrimiento fetal, uso inadecuado de fórceps, parto prematuro, parto prolongado y bajo peso al nacer.

Causas postnatales: enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida como: tosferina, sarampión, escarlatina, neumonía, encefalitis y meningitis, traumatismos craneanos, neoplasias cerebrales y secuelas por la incompatibilidad del factor Rh. (Peisekovicius, 2003: 42)

A pesar de los avances científicos, clínicos y tecnológicos con los que se cuenta actualmente, es imposible contar con alguna prueba de laboratorio o estudio que pueda precisar la (s) causa (s) que generan el TDAH.

2.3. Clasificación

La mayoría de los especialistas e investigadores consideran que el TDAH presenta tres síntomas característicos: dificultades para mantener la atención, dificultades para el control del impulso o inhibición y excesiva actividad (hiperactividad), lo que ha llevado a clasificarlo según sea el predominio de alguno de éstos.

Una primera clasificación a presentar es la de Van-Wielink, quien indica tres tipos:

- 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. (2004: 48-49)

Por su parte Castells lo caracteriza en tres perfiles:

El perfil descrito como **disatencional** presenta características ansiosas, de miedo y aprensión, confusos y no demasiados atentos, lo que les lleva a una pérdida importante de información. Se muestran además como lentos y perezosos y dan muestras de vagar sin rumbo fijo y parecen estar fuera de lugar. [...] Se encuentra

asociado a problemas de memoria y en general con los que el cerebro codifica y procesa la información de entrada.

El perfil **impulsivo**, se muestra muy inquieto cuando debe permanecer sentado y no puede permanecer en esta posición cuando se espera que lo haga. En situaciones desapropiadas corre o trepa de forma excesiva. Habla, igualmente, de manera excesiva, teniendo grandes dificultades en permanecer callado. También se encuentra sumido en una actividad constante, como si estuviera literalmente impulsado por un motor. Comparativamente con la población del subtipo disatencional, puede presentar más agresividad. Del mismo modo suelen tener mayores dificultades en establecer relaciones sociales debido a su característico impulso. La adolescencia puede ser problemática interaccionando con conductas antisociales.

En cuanto al perfil **combinado**, tan sólo indicar que han de encontrarse implicadas las características de los dos subtipos descritos anteriormente. (2006: 65)

Por último Mendoza también presenta una clasificación pero con base en el *déficit*:

1. Déficit de atención con hiperactividad, [en el que] se encuentran presentes todos los síntomas: inatención, impulsividad e hiperactividad. Es el que se presenta con mayor frecuencia.
2. Déficit de atención inatento, [en el que] 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, [en el que] no está tan marcada la inatención por la inquietud y la impulsividad son la causa principal de los problemas. (2005: 24)

Con las clasificaciones anteriores podemos señalar que cada tipo, perfil o déficit remite al predominio de alguno (s) de los síntomas particulares del TDAH, caracterizando la conducta o comportamiento que puede manifestar la persona. Estas tipificaciones son una referencia para la observación en diferentes contextos en los que interactúe la persona, lo que permitirá establecer la preminencia de la inatención, la impulsividad y/o la hiperactividad, por lo que resulta importante describirlos.

La inatención la podemos entender como: "...una incapacidad para mantener la atención de manera continua 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)

De esta manera las personas que tienen dificultades para mantener la atención "...luchan, a veces, con todas sus fuerzas [...] en actividades que son más largas de lo normal, especialmente aquellas que son aburridas, repetitivas o pesadas." (Barkley, 1999: 46). Este síntoma está relacionado con la ausencia de

concentración e interés y motivación en la actividad, por lo que la persona se distrae fácilmente.

En cuanto a la impulsividad Van-Wielink explica que:

... es una falla para inhibir los impulsos nerviosos, instintivos o reflejos. Hay que considerar que al inhibir nuestros impulsos por un tiempo adecuado podemos, entonces, pasar a un análisis de los mismos y decidir actuar o no de tal o cual manera. (2004: 42)

Cuando se presenta este síntoma, la persona no reflexiona sobre las consecuencias de sus actos, es decir actúa de manera inmediata y arrebatada, lo que en la mayoría de las ocasiones le representa riesgos, accidentes y dificultades con otros. Al respecto Castells expone que la impulsividad tiene dos significados:

- El primero se refiere al terreno **comportamental**, y señala el atolondramiento, la escasa valoración de las consecuencias de sus acciones y su actuación centrada casi exclusivamente en la gratificación inmediata (no tolera la frustración, la espera ni la demora en conseguir algo).
- El segundo se refiere al plano **cognitivo**, e indica la forma precipitada, sin planificación y equivocada de afrontar las tareas. (2006: 60)

Sobre la hiperactividad, generalmente se ejemplifica cuando el niño cambia de lugar constantemente, es decir no puede permanecer sentado y quieto, molesta en repetidas ocasiones a sus compañeros, se acelera y tiene prisa para todo. Al respecto Van-Wielink la define como:

...el aumento exagerado de la actividad motora [...]. Así mismo, existe una diferencia entre géneros para manifestar este síntoma, ya que los niños varones suelen mostrar un gran despliegue de la actividad motora, en tanto que las niñas pueden evidenciarlo mediante un aumento de la actividad verbal. (2004: 42-43)

No obstante esta diferencia por género, Parellada describe a los niños hiperactivos como:

...en continuo movimiento, incapaces de estar quietos un momento. La necesidad de movimiento puede mostrarse de una manera ruidosa, [...] saltando, brincando, gritando, corriendo, con continuos pequeños accidentes, o de una forma más disimulada. [...] 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 tareas que inician. [...] También es típico que estos niños hablen mucho, rápido y a veces muy alto. [...] Otra de las características fundamentales a nivel cognitivo es la dificultad para la planificación y organización de tareas y actividades [...] disfunción ejecutiva. (2009: 50-51)

Aparte de estos síntomas básicos y característicos, existe otra sintomatología conocida como secundaria que remite a la comorbilidad, entendida como los "...trastornos psiquiátricos o de aprendizaje que coexisten con la condición diagnóstica..." (Michanie, en: Joselevich, 2006: 42), lo que significa que en la condición compleja del TDAH pueden presentarse otras alteraciones, desórdenes e impedimentos de otro (s) trastorno (s). Asimismo Michanie señala que:

Aproximadamente en el 65% de los casos [...] se encuentra asociado con otras patologías, no solamente con trastornos de conducta [...] sino también con cuadros de depresión mayor, severos trastornos de ansiedad, tics crónicos y trastornos específicos del aprendizaje, como la dislexia. Estos altos niveles de comorbilidad han llevado a que actualmente se considere al [TDAH] como una entidad heterogénea con etiologías, factores de riesgo y pronósticos potencialmente diferentes. Desde el punto de vista clínico, los niños que lo presentan asociado con otros trastornos revisten mayor gravedad, ya que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de vida (familiar, social y académica) y siguen una evolución más desfavorable. (En: Joselevich, 2006:42)

Por lo tanto algunos de los trastornos que pueden asociarse con el TDAH son los siguientes:

- Trastornos de ansiedad, se caracterizan por la manifestación de temores y preocupaciones excesivas y persistentes, que suelen categorizarse como fobias simples.

Este trastorno presenta un patrón comportamental caracterizado por:

- Episodios de negatividad y de expresión exacerbada de la emoción de ira, que se mantiene durante más de seis meses y que se manifiesta en confrontación con las figuras de autoridad (padres y profesores).
- Es muy común en edades tempranas (3-6 años).
- La prevalencia oscila entre 2 y el 3% de la población infantil.
- Mayor frecuencia inicial de niños.

En el caso del niño con TDAH no se da hostilidad o animadversión manifestada hacia los padres. Su disruptividad suele ser general, en el contexto del aula o en las relaciones interpersonales sin que haya una propositividad expresa de enfrentarse a determinadas personas. (Vallés, 2006: 145)

- Trastornos del estado de ánimo, entre los cuales la depresión presenta gran prevalencia y se caracteriza por tristeza profunda o irritabilidad persistente, pérdida de interés en la mayoría de actividades, que pueden ir acompañadas de cambios en la alimentación, cansancio, falta de concentración, sentimientos de culpa y presentar ideas de suicidio.

Jensen y otros autores indican que el 30% de los niños con TDAH presentan algún trastorno del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno bipolar, etc.).[...] En los casos de depresión, los niños muestran irritabilidad, agresividad, agitación, dificultades para concentrarse, ánimo decaído preocupación interna, apatía y alteraciones del sueño (insomnio e hipersomnia). (Vallés, 2006: 144)

- Trastornos de conducta, que refieren en una generalidad a cualquier acción que trasgrede los límites o normas sociales, sin embargo resulta importante considerar que:

Hay tres grandes dimensiones comportamentales que se combinan de distintas formas en los trastornos de conducta: la agresividad, el oposicionismo y las conductas antisociales/antinormativas. Ninguna de ellas es patológica en sí misma y es su persistencia, su exageración o su inadecuación lo que las hace patológicas. Otro rasgo característico de los trastornos de conducta en muchos casos es la impulsividad, que es un rasgo que comparten con los TDAH y otro, presente en algunos casos, es la frialdad afectiva y la falta de empatía. (Parellada, 2009:156)

- Trastorno de tics, que se manifiesta como movimientos motores o vocales, repetitivos y estereotipados, son involuntarios o parcialmente involuntarios, algunos son muy simples como guiños, y otros pueden ser complejos como la rotación de alguna parte del cuerpo. Varían en intensidad según distintos factores como la ansiedad o el cansancio, por lo que pueden ser transitorios o crónicos. (Parellada, 2009: 164) Cuando los tics son motores y vocales crónicos se denomina Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) que es:

...un trastorno neurológico que se caracteriza por la presencia de tics motores (movimientos involuntarios) y la emisión fónica de sonidos (una o más vocales). [...] Tiene el inicio antes de los 18 años y no se debe a los efectos de sustancias tóxicas ni a determinadas condiciones médicas. Etiológicamente se postula la existencia de una base neurológica. [...] Un niño con TDAH puede o no tener el SGT. (Vallés, 2006: 140)

- Trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje, se presentan como dificultades que enfrenta el niño en el área académica por lo que su rendimiento es bajo en relación a la media de su grupo, es decir son:

...aquellos en que las adquisiciones evolutivas (lenguaje, lectura, escritura, desarrollo psicomotor) tienen un desarrollo más lento o inadecuado que lo que correspondería con la edad cronológica y mental del niño. [...] Los trastornos específicos del aprendizaje que con más frecuencia acompañan al TDAH son los de lectoescritura, aunque los del lenguaje o del desarrollo psicomotor también son habituales. (Parellada, 2009: 156)

Finalmente podemos citar otros trastornos que pueden presentarse como son los de ansiedad, bipolar maníaco depresivo, específicos de lenguaje, del sueño y descoordinación motora y disfunción motora distal.

2.4. Diagnóstico y Tratamiento Clínico

Varios especialistas en el tema coinciden en señalar que para detectar el TDAH, se debe realizar un diagnóstico exhaustivo en el que participen un neurólogo o un psiquiatra, especialistas médicos que se encargarán de revisar las funciones neurológicas y cerebrales; otros profesionales que también pueden colaborar son el psicólogo y el pedagogo, quienes determinarán los aspectos del desarrollo, de la cognición, estilo y ritmo del aprendizaje.

Van-Wielink es uno de los autores que comparte este planteamiento, señalando que el diagnóstico debe partir de la historia clínica del paciente, información que se obtiene al entrevistar a la persona, a los padres e incluso a los profesores. Además se deben considerar algunas pruebas psicológicas y cuestionarios para valorar la atención y frecuencias de conductas. De esta manera se integrará la información obtenida tanto del diagnóstico clínico como la del psicológico. Sobre este último diagnóstico, el autor insiste que debe considerar lo siguiente:

1. Una entrevista completa con los adultos encargados del niño.
2. Una evaluación de las funciones cognitivas.
3. Una evaluación general del estado médico y neurológico [...]
4. Una evaluación de las habilidades y logros académicos [...]
5. El uso de escalas [del] TDAH, para padres y profesores.
6. Los reportes escolares. (2004:53)

En relación con el diagnóstico del neurólogo, apunta que deberá considerar dos tipos de evaluación, la clínica y la paraclínica. La primera es una valoración pediátrica general, que se realiza mediante diversos estudios y exámenes del laboratorio sin olvidar la función visual y auditiva. Debe incluir la historia del desarrollo de las habilidades neurológicas, considerando las áreas motoras, visual-perceptiva, de lenguaje y las del funcionamiento cognoscitivo. Este tipo de valoración permite determinar la salud del niño y saber si existe alguna contraindicación para la administración de medicamentos durante el tratamiento.

La evaluación paraclínica consiste en el uso de métodos de laboratorio, (pruebas de orina y sangre) rayos X, electroencefalogramas y resonancia magnética, que en conjunto proporcionarán mayor información sobre la incidencia de diversos factores que pueden detonar la inatención, hiperactividad e impulsividad. (2004: 59-60)

Otro autor que nos parece importante es Castells, quien sugiere que todo especialista debe basarse en primera instancia en los criterios clínicos establecidos para la desatención, hiperactividad e impulsividad, contenidos en el DSM-IVTR para descartar que algunos de los síntomas puedan ser generados por alguna enfermedad física, depresión o crisis de ansiedad. Asimismo señala que "...tiene que haber una perturbación o deterioro evidente en el funcionamiento social, escolar y ocupacional del niño y adolescente, es decir, es necesario que esta sintomatología [...] altere sustancialmente su vida". (2006: 58), porque de lo contrario sólo se trataría de una reacción ante un determinado lugar.

Como segundo paso y en concordancia con lo que dice Van-Wielink, Castells plantea que el diagnóstico hecho en casa y reportado por los padres sobre la observación de todas aquellas características de los hijos durante los primeros cinco años de vida es fundamental e implica que precisen si el niño:

- Tiene dificultades en el aprendizaje (y olvidan pronto la información que se les da);
- Le cuesta ponerse cada zapato en su pie;
- Le resulta difícil deletrear palabras;
- Manifiesta cierto retraso en la adquisición de las habilidades motoras, como abrocharse los botones, atarse los zapatos, o sujetar correctamente un lápiz;
- No termina lo que están haciendo;
- Tolera mal las frustraciones;
- Se distrae con muchísima facilidad (2006: 58-59)

Estos síntomas suelen estar presentes en todos los contextos en los que el niño o joven se relaciona e interactúa.

En tercer lugar propone el diagnóstico hecho en la escuela, en el que los docentes deben observar y describir tanto las dificultades y obstáculos que presente el

alumno en la realización de las actividades en el aula y tareas, además de los apoyos y materiales que pueden auxiliarle en la concentración, comprensión y desempeño. Por lo tanto será importante detectar sus intereses y las habilidades para determinar tanto sus potencialidades como sus requerimientos o necesidades educativas específicas.

En cuarto lugar menciona los factores hereditarios, señalando que hay una predisposición genética evidenciable.

Es casi seguro que haya influencias genéticas hasta en un 80% de los casos. Por lo general los niños hiperactivos tienen al menos un pariente cercano que presenta el trastorno, y como mínimo una tercera parte de los progenitores que han presentado TDAH en su etapa infantil, tienen hijos con este trastorno. (Castells, 2006: 69)

En quinto lugar se refiere a la conveniencia de realizar exploraciones médicas.

La exploración física permitirá descartar alteraciones anatómicas, enfermedades o situaciones concretas que presenten una sintomatología similar al trastorno, por lo que el profesional deberá explorar si existen signos neurológicos menores como deficiencias perceptivas y de coordinación motriz, asimismo recomienda realizar exámenes complementarios como: el oftalmológico, el otorrinolaringológico, bioquímicos, genéticos y análisis de laboratorio para la detección a través de sangre de posibles anemias, hipertiroidismo, alergias, glucosa, ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales, metales pesados y aminoácidos. También hace énfasis en que el Electroencefalograma, permite valorar la actividad bioeléctrica cerebral de la persona y descartar otras anomalías como focalidades epilépticas o crisis de ausencia. (Castells, 2006: 70-73)

El autor señala que estas pruebas, ayudan a descartar que los síntomas sean causados por alguna enfermedad, virus, bacterias u otros factores.

Por último menciona que las técnicas psicológicas de evaluación, sirven para ratificar el diagnóstico de este trastorno, porque:

Nos permiten, mediante minuciosas pruebas psicométricas, conocer el nivel intelectual del niño y también nos desglosan su cociente intelectual (CI), descubriendo sus habilidades manuales con pruebas o ítems no-verbales (que nos dan el CI manipulativo), diferenciándolas así de sus conocimientos culturales que evidenciamos en las pruebas o ítems verbales (que nos muestran el CI verbal). De tal manera que si se trata de un niño con TDAH, según predomine la desatención o la hiperactividad-impulsividad se notará en las puntuaciones de los ítems que componen esta sensible prueba. (Castells, 2006: 75)

Con la información obtenida por todos estos medios e instrumentos, se estará en posibilidad de conocer el estado cognitivo-intelectual, conductual y clínico del infante y diseñar el programa de apoyo psicopedagógico que requiere.

Parellada como especialista en el tema, indica que el diagnóstico clínico es una herramienta fundamental, porque permite organizar de manera sistemática los problemas del niño, considerando sus particularidades personales y socio-familiares con el propósito de elegir el tratamiento más adecuado. (2009: 70-71). Propone tres tipos o formas de diagnóstico: el multiaxial, la formulación diagnóstica y el diferencial.

Sobre el diagnóstico multiaxial, precisa que fue diseñado por Rutter con base en la clasificación de la OMS y consiste en "...una categorización de los problemas clínicos del individuo que pretende dar cuenta de la situación morbosa de una manera más global y completa..." (2009: 65). Los ejes que comprende la CIE-10 en la versión para niños y adolescentes son:

"Eje I. Trastornos Psiquiátricos, incluyendo trastornos generalizados del desarrollo.

Eje II. Trastornos específicos del aprendizaje.

Eje III. Coeficiente Intelectual.

Eje IV. Problemas orgánicos.

Eje V. Problemas psicosociales.

Eje VI. Funcionamiento global." (2009:66)

Las ventajas de realizar este tipo de diagnóstico son: tener una idea certera de la complejidad clínica, dar cuenta de la heterogeneidad de los pacientes y promover la aplicación del modelo biopsicosocial en la práctica, en la enseñanza y en la investigación médica. (2009: 66)

Respecto a la formulación diagnóstica, la autora indica que se trata de una valoración de las posibles causas y factores de riesgo, en la que es importante la historia del problema para detectar las relaciones causales en su aparición y

manifestación. En este sentido pueden haber factores predisponentes, que refieren a la tendencia para que los síntomas aparezcan; factores precipitantes que potencian la manifestación de que los síntomas; factores crónicos que coadyuvan para que los síntomas se mantengan y factores protectores que serían aquellos que impiden el avance del cuadro clínico. Es decir amortiguan los efectos de los factores de riesgo y se les puede considerar como la base para planificar el tratamiento. (2009: 69)

En cuanto al diagnóstico diferencial, la misma autora indica que es un proceso que permite descartar algunas explicaciones médicas y psicológicas sobre los síntomas recurrentes, por lo que será necesario:

- Detectar la presencia de los síntomas característicos del TDAH, su duración, continuidad, contexto y repercusión en el funcionamiento y acciones del niño.
- Comparar estos síntomas con el comportamiento de otros niños con igual nivel de desarrollo.
- Diferenciar la sintomatología de otros trastornos asociados con dificultades cognitivas y de aprendizaje.
- Considerar si la disfunción del niño es atribuible sólo al TDAH o es causada y exacerbada por otros trastornos y por circunstancias sociales. (2009: 77)

Este diagnóstico incluye dos tipos, el diferencial orgánico y el diferencial psiquiátrico. El primero pretende descartar posibles problemas que a nivel sensorial subyacen a la inatención y el segundo, realiza una valoración de la atención, considerando la historia clínica, exploraciones psicológicas y evaluaciones del habla y lenguaje. (2009: 78-79)

Considerando lo establecido por los especialistas señalados, podemos apuntar que existen diferentes maneras de realizar un diagnóstico y analizar los hallazgos, comparar y determinar si la persona presenta o no la sintomatología característica

del TDAH. En este sentido, se puede pautar que aún no existen suficientes pruebas clínicas o instrumentos que por sí solos permitan evidenciar la presencia de este trastorno, por lo que algunos autores sugieren utilizar varias técnicas de evaluación para identificar la sintomatología, las condiciones y variables que la detonan y mantienen, razón por la que es importante tener presente los criterios establecidos por la APA en el DSM-IV y por la OMS en la CIE-10.

En el DSM-IV se hace la distinción entre la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, estableciendo en cada uno de los componentes un listado de síntomas que se toman como indicadores, que deben estar presentes por lo menos seis de los nueve de desatención o por lo menos seis de los nueve de hiperactividad-impulsividad. Asimismo se señala como condición, que algunos de los síntomas se hayan presentado antes de los siete años y que se manifiesten en más de un contexto.

En el siguiente cuadro Van-Wielink presenta los criterios del DSM-IV

<p>A) Ambos 1 o 2.</p> <p>1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de inatención han persistido en un grado que causa mala adaptación y es inconsciente con el nivel de desarrollo.</p> <p>Inatención</p> <ul style="list-style-type: none">a) Frecuentemente falla en dar una atención cercana a los detalles o tiene errores por descuido en las tareas escolares, trabajo u otras actividades.b) Frecuentemente tiene dificultad para mantener la atención en las tareas o actividades de juego.c) Frecuentemente parece no atender cuando se le habla directamente.d) Frecuentemente no sigue por completo las órdenes y no termina la tarea escolar o doméstica, o sus deberes en su lugar de trabajo (y esto no es debido a un comportamiento oposicionista o falla para entender las instrucciones).e) Frecuentemente tiene dificultad para organizar tareas y actividades.f) Frecuentemente evita, le desagrada o está renuente a involucrarse en actividades de introspección que requieran un esfuerzo mental sostenido (como sus tareas escolares o del hogar).g) Frecuentemente pierde las cosas necesarias para sus tareas o actividades.h) Se distrae fácil y frecuentemente por un estímulo externo.i) Frecuentemente es olvidadizo en sus actividades diarias. <p>2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido durante, por lo menos, seis meses, a un grado que causa problemas de adaptación que es inconsistente con el nivel de desarrollo.</p> <p>Hiperactividad</p> <ul style="list-style-type: none">a) Frecuentemente juguetea con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.b) Frecuentemente deja el asiento en la clase o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado.c) Frecuentemente corretea o trepa en forma excesiva en situaciones en las cuales es inapropiado (en adolescentes o adultos puede estar limitado a sentimientos subjetivos o inquietud).d) Frecuentemente tiene dificultad para involucrarse calladamente en actividades de placer.
--

- e) Frecuentemente está "prendido" o actúa con "exceso de energía".
 - f) Frecuentemente habla demasiado.
- Impulsividad**
- a) Frecuentemente contesta las preguntas antes de ser completadas.
 - b) Frecuentemente tiene problemas para aguardar su turno.
 - c) Frecuentemente interrumpe o se mete con otros (interrumpe en las conversaciones o en los juego).
- A) **Algunos de los síntomas de hiperactividad-impulsividad, o de falta de atención, que causaron problemas estaban presentes antes de los siete años de edad.**
 - B) **Algunos de los problemas causados por estos síntomas, están presentes en uno o dos lugares (v.g. la escuela o el trabajo).**
 - C) **Debe haber evidencia clínica clara de trastornos significativos en el funcionamiento social y académico o en trabajo.**
 - D) **Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un desorden penetrante del desarrollo –esquizofrenia u otros desórdenes psicóticos- y no se explican por otros desórdenes mentales (v. g. desórdenes del talante, de ansiedad, de disociación o de personalidad).**

(2004: 49-50)

Para determinar con exactitud el trastorno, en el DSM-IV se establecen tres tipos:

TIPO	SINTOMAS
TDAH combinado.	Más de 6 ítems en Inatención. 6 ítems o más en Hiperactividad e Impulsividad.
TDAH Inatención.	6 ítems o más en Intención. Menos de 6 ítems en Hiperactividad e Impulsividad.
TDAH Hiperactividad/Impulsividad.	Menos de 6 ítems en Inatención. Más de 6 ítems en Hiperactividad e Impulsividad.

(Vallés, 2006: 109)

La CIE-10 establece también síntomas o criterios pero con categorías más estrictas, estableciendo que se requerirán por lo menos seis de los nueve de inatención, tres de los cinco de hiperactividad y uno de impulsividad.

En el siguiente cuadro Vallés muestra la totalidad de síntomas o criterios y categorías de esta clasificación.

- Desatención- hiperactividad.*
1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:
Desatención:
 - a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - c) A menudo parece no escuchar cuando se la habla directamente.
 - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargados, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a una incapacidad para comprender instrucciones).
 - e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
 - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
 2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.
Hiperactividad
 - a) A menudo se mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
 - b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que espera que permanezca sentado.
 - c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
 - d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
 - e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera motor.
 - f) A menudo habla en exceso.
 - Impulsividad*
 - a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - b) A menudo tiene dificultades para aguardar su turno.
 - c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).
3. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
 4. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
 5. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
 6. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

(2006: 110-111)

Otros recursos que se utilizan en el diagnóstico del TDAH son las pruebas psicológicas y escalas de evaluación, que aportan información sobre aspectos cognitivos. Para que su aplicación sea correcta, se necesitará de condiciones específicas y de profesionales con experiencia en la aplicación del protocolo, análisis, interpretación y reporte de los resultados.

Algunas de las pruebas psicológicas y técnicas que se pueden utilizar son:

- Pruebas Cognitivas y Neuropsicológicas: Escalas de Wechler, WPPSI-III, WISC-IV, WAIS-IV, Test de Inteligencia No Verbal (TONI-3), etc.
- Conductuales: BASC-2, CBCL, Pruebas de Rendimiento: Lectura, Matemáticas, Expresión Escrita, Expresión Oral.
- Personalidad: MMPI-A, MACI, MMPI-2, MCMI-III, Escalas de Depresión (Beck, Hamilton), Escalas de Ansiedad (Beck, Spielberger, Hamilton), Escalas de Autoestima.
- Pruebas Psicopedagógicas.
- Entrevista clínica estructurada y semiestructurada y la exploración neuropsicológica. (Jané, Ballespí y Dorado, en: Sánchez-Cano y Bonals, 2005: 312-313)

Entre las escalas más empleadas, podemos citar:

...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. (Parellada, 2009: 86-87)

Algunas de estas escalas presentan subescalas que permiten identificar varios síntomas característicos del TDAH y ciertas pruebas cognitivas también posibilitan evaluar déficit en la atención e impulsividad. Al respecto Jané *et al.*, indica 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 específicas para la hiperactividad y para los problemas de atención son el CPP [Cuestionario Comportamental para Preescolares] y el EDAH [Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad] (...) Algunas [otras pruebas] son el CTP, que es una prueba informatizada donde se valoran los problemas de atención, y el WSTC 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. (En: Sánchez-Cano y Bonals, 2005: 313)

La importancia de realizar un diagnóstico completo y oportuno de este trastorno, permite una pronta atención a la persona que lo presenta y orientación a la familia sobre el tratamiento más adecuado, así como las condiciones que requiera para favorecer su atención y las estrategias a seguir para su autocontrol en la hiperactividad e impulsividad, coadyuvando de esta manera en su proceso de inclusión escolar y social.

Una vez que se cuenta con un diagnóstico, el siguiente paso es considerar las propuestas de tratamiento ya que hay que recordar que este trastorno presenta una sintomatología compleja y que en el caso de niños, afecta el desarrollo emocional, cognitivo y social, por lo que una gran mayoría de especialistas determinan que el tratamiento para el TDAH, debe ser multidisciplinar o multimodal.

Castells propone que el tratamiento debe organizarse por sectores, considerando: lo médico, lo conductual, lo emocional y lo escolar. Con respecto al primero señala que los fármacos más eficaces para el tratamiento del TDAH son los psicoestimulantes, entre los que destaca el metilfenidato por su rápido efecto y porque "...su mecanismo de acción incrementa la presencia de sustancias neurotransmisoras (catecolaminas: dopamina y noradrenalina) en el espacio sináptico de las neuronas cerebrales." (2006: 96). Aconseja no administrarlo en menores de 6 años e indica que los efectos secundarios son: pérdida del apetito, dificultades para conciliar el sueño nocturno, irritabilidad, dolor de cabeza, dolor abdominal, pérdida de peso y disminución en el crecimiento. Asimismo refiere que como parte del tratamiento multimodal se pueden agregar el dietético y la terapia multidisciplinaria. Sobre el dietético recomienda: una alimentación baja en azúcar, la reducción o eliminación de los alérgenos (sustancias que pueden causar alergias), aporte de suplementos como: vitaminas, minerales, ácidos grasos y aminoácidos, la detección de toxicidad en metales pesados (plomo, cadmio, etcétera) y el tratamiento de alteraciones intestinales. (2006: 106)

En referencia a lo conductual, el autor indica que es importante que el niño conozca el impacto que su trastorno causa en el entorno y sepa cómo responder a las normas de disciplina familiar y escolar. Por consiguiente tanto padres y profesores "...necesitan conocer las características primordiales del TDAH y unas técnicas básicas para modificar las conductas indeseables que produce este trastorno..." (2006: 92) Por lo tanto parte del tratamiento del niño hiperactivo debe concebirse como un control externo que pueda realizar tanto la familia, los profesionales de la escuela e incluso los compañeros de aula para prevenir algún

accidente o riesgo, además de controlar ciertas conductas para lograr un mayor autocontrol.

Respecto a lo emocional, este mismo autor, señala que el área de la afectividad debe ser tratada a través de terapia familiar y de psicoterapia individual para que el niño pueda relacionarse de manera efectiva tanto con los miembros de su familia como con otras personas de su entorno social.

En lo escolar es primordial que al contar con la participación de especialistas del área médica que atienden y tratan al niño con este trastorno, puedan orientar a los profesores y demás miembros de la comunidad escolar en lo referente a las condiciones, estrategias y requerimientos que necesita para su interacción y convivencia social. En este sentido, Castells estima que:

...es obligado que el profesional sanitario (médico, psicólogo clínico) que lleve al niño, establezca una comunicación fluida con el personal docente (maestro, monitor) para que con la información médico-psicológica que aporte al estamento escolar, éste esté en condiciones de plantearse una actividad académica acorde a las necesidades de su alumno con TDAH. (2006: 93)

Asimismo Van-Wielink señala que el tratamiento debe ser multidisciplinar, considerando las modalidades psicosocial y farmacológica para realizar un abordaje integral. La modalidad psicosocial comprenderá terapias en el orden de la modificación de conductas disruptivas, de tal manera que el niño aprenda maneras correctas de interacción social tanto en casa como en la escuela, mejorando a su vez su desempeño y rendimiento escolar. Asimismo indica que este tipo de tratamiento deberá evaluarse cada seis meses con la finalidad de confirmar su efectividad. (2004:86)

La modalidad farmacológica, la propone para mejorar los periodos de atención y disminuir la distracción e hiperactividad. Este tratamiento puede ser a base de estimulantes o antidepresivos, los primeros se consideran como de primera línea y su acción consiste en aumentar la cantidad de neurotransmisores para activar por más tiempo las neuronas y así atenuar la conducta oposicionista, mejorando la interacción de la persona con su medio. Sin embargo los efectos secundarios de estos fármacos suelen ser poco visibles y transitorios como: cefalea, dolor

estomacal, problemas de sueño, el llamado rebote (aumento de la hiperactividad), problemas en el crecimiento y presencia de tics. (2004: 101)

En lo que se refiere a los antidepresivos, señala que su uso es para tratar la depresión, aunque también se emplean como primera opción cuando se manifiestan tics y como segundo recurso cuando los estimulantes no se pueden emplear por alguna contraindicación o consideración del médico tratante. Disminuyen la sobreactividad motora y la impulsividad, pero sus efectos secundarios son: problemas cardiovasculares, boca seca, incremento en la presión sanguínea y náuseas. (2004: 102)

Por último, este segundo autor menciona otros tratamientos alternativos para el TDAH, como son las dietas, que consisten en la eliminación o disminución de azúcares en alimentos y bebidas; la megadosis de vitaminas y la biorretroalimentación.

Una tercera propuesta sobre el tratamiento es la de Parellada, quien plantea que debe ser multimodal, es decir que se requerirá de la intervención de diferentes profesionales para abordar al trastorno desde una visión multicausal. Por lo tanto esta autora aconseja que antes de iniciar el tratamiento farmacológico, el médico tratante lo debe explicar con detalle tanto a los padres como al niño o joven, no olvidando cuatro aspectos: 1) la medicación en la mayoría de los casos es una parte del tratamiento, por lo que es importante la intervención familiar e individual, 2) la medicación puede mejorar algunos de los síntomas del trastorno, pero se deben conocer y considerar sus efectos secundarios para controlarlos en el seguimiento; 3) una vez que se lleva a cabo el tratamiento, se evalúa su efectividad y se puede plantear a mayor plazo y 4) como tratamiento a largo plazo, será conveniente que el médico realice evaluaciones periódicas, teniendo en cuenta al paciente, a los padres y profesores como agentes implicados en el proceso terapéutico. (2009: 180)

Las evaluaciones periódicas del tratamiento farmacológico se realizarán para valorar su eficacia y tener asimismo una revisión de la evolución del trastorno, lo

que será importante para ajustar la dosis y tener en cuenta los efectos secundarios para decidir cambios o suspender la medicación.

Parellada indica que es conveniente considerar otras modalidades terapéuticas como: la cognitiva que se orientará a rectificar procesos de pensamiento, a través de estrategias para planear y organizar su falta de atención, su conducta hiperactiva y el autocontrol de sus emociones; la conductual que por medio de diferentes técnicas y programas de modificación conductual se identificarán los comportamientos a eliminar y los que se tendrán que establecer tanto en casa como en la escuela; la intervención individual y familiar, que permitirá disminuir la culpabilidad e impotencia, facilitar la relación y la dinámica familiar y finalmente, menciona la intervención psicopedagógica, responsabilidad de algún profesional de la escuela o área o servicio de apoyo, para ofrecer un ambiente escolar tranquilo y estructurado, así como la detección de sus requerimientos especiales y así ofrecer apoyos y recursos idóneos para potenciar sus fortalezas y fortalecer hábitos para el trabajo y estudio en lo escolar, así como en la interacción social.

Con lo expuesto, se puede concluir que el TDAH es un cuadro sintomatológico complejo que afecta el desarrollo psicomotriz, cognitivo y afectivo del niño, condición por la que el tratamiento debe ser multimodal y multiprofesional, de tal forma que permita tener elementos suficientes para la elaboración de una evaluación psicopedagógica.

2.5. Evaluación Psicopedagógica

La evaluación psicopedagógica es un elemento importante a considerar para la intervención educativa de cualquier niño que presente TDAH y al respecto, Huguet dice que ésta permitirá:

...comprender qué le pasa al alumno en la escuela, cómo se enfrenta a las situaciones cotidianas del centro, cómo se relaciona con sus compañeros y docentes, cómo se encuentra en el aula, qué le cuesta más, cuáles son sus actividades preferidas, cuáles son sus habilidades, y en qué situaciones muestra más dificultades [...] No se trata sólo diagnosticar en el sentido de ponerle nombre (etiqueta) a lo que le pasa, sino sobre todo conocerlo para disponer de elementos que orientan la acción educativa en el contexto escolar y familiar. (2005: 93)

La evaluación psicopedagógica es definida por varios autores como un proceso profundo y continuo que nos permite recabar información importante respecto a las NEE del niño, en colaboración con las personas implicadas en su desarrollo (familia, profesores y compañeros).

Para Colomer, Masot y Navarro la evaluación psicopedagógica es:

Un proceso compartido de recogida y análisis de información relevante de la situación de enseñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta las características propias del contexto escolar y familiar, a fin de tomar decisiones para promover cambios que hagan posible mejorar la situación planteada. (En: Sánchez-Cano y Bonals, 2005: 14)

A su vez García *et al.*, conciben a la evaluación psicopedagógica como “...las orientaciones para identificar si un niño o niña tiene necesidades educativas especiales, para perfilar de qué tipo y para determinar los apoyos que requiere.” (2000: 88). Asimismo indican, que debe realizarse por uno o varios especialistas que aportarán información a los profesores de educación regular para orientar su enseñanza conforme a los requerimientos del niño. En este sentido podría decirse que se torna más pedagógica porque implica un trabajo en colaboración entre el especialista o especialistas, el profesor de aula regular y los padres de familia. Por lo tanto es recomendable observar el desempeño académico del alumno y la realización de actividades externas al ámbito escolar; también se pueden utilizar algunas pruebas psicométricas, ya que estos instrumentos con una adecuada selección y aplicación pueden aportar información valiosa; y finalmente es importante que el reporte de la evaluación psicopedagógica sea claro y preciso porque debe ser leído por parte del especialista y comentado con el profesor de aula regular y con los padres de familia.

Estos autores proponen que la evaluación psicopedagógica debe organizarse de la siguiente manera:

1. Datos personales: nos permiten identificar al niño, algunos datos son: nombre, edad, fecha de nacimiento, tipo de escuela a la que asiste, nivel y grado que cursa.
2. Motivo de la evaluación: se destaca el porqué de la demanda y quién la solicita, con la finalidad de tener una idea clara del tipo de información que se busca obtener a través de la evaluación psicopedagógica.
3. Apariencia física: registro de forma muy general de los rasgos físicos del niño.

4. Conducta durante la evaluación: se registra de forma general las condiciones en las que se llevó a cabo la evaluación psicopedagógica, destacando la actitud, comportamiento, interés y cooperación que haya mostrado el niño.
5. Antecedentes del desarrollo: en este apartado se pueden revisar aspectos sobre los condiciones en la que se dio el embarazo, el desarrollo psicomotor y del lenguaje del niño, la familia, antecedentes heredo-familiares, historia médica y escolar.
6. Situación actual: se sugiere evaluar los datos generales del niño, su nivel de competencia curricular, su estilo de aprendizaje y motivación para aprender y la información relacionada con el entorno del alumno.
7. Interpretación de resultados: debe permitir una reflexión, análisis y contrastación de los resultados, por lo que se debe utilizar un lenguaje claro y preciso.
8. Conclusiones y recomendaciones: permite comunicar los resultados, sobre la situación del niño y las orientaciones a trabajar, a través de la identificación de las NEE del niño que permitirán orientar la toma de decisiones curriculares. (2000: 91-107)

La evaluación psicopedagógica es un proceso que implica acopio y análisis de la información de un alumno(a) sobre los aspectos de la enseñanza-aprendizaje, habilidades y competencias, tanto en el entorno escolar como en el familiar. En este sentido, Coma y Álvarez indican que su finalidad es entendida como:

...un instrumento al servicio de la calidad e inclusión educativas, que consiste en la adopción, a partir de un conocimiento profundo del alumno o alumna y del contexto educativo en el que emergen las dificultades, de decisiones fundamentadas y consensuadas que se traduzcan en medidas factibles que los docentes puedan implementar para fomentar el progreso tanto de un alumno con necesidades educativas específicas, como por extensión, de sus compañeros de aula. (*Apud.*, Castells y Solé, en: Martín y Solé, 2011: 74)

Los resultados de una evaluación psicopedagógica permitirán hacer los ajustes para mejorar tanto la práctica educativa en lo general como en lo particular, porque al indagar y detectar si existen elementos del contexto escolar que pueden estar limitando o impidiendo el aprendizaje y la participación de los alumnos, se estará en la posibilidad de indicar si los recursos y métodos de enseñanza son insuficientes o inadecuados. Esta pesquisa y esclarecimiento de factores, son lo que algunos autores subrayan como el potencial educativo de este tipo de evaluación para determinar si un ambiente escolar es favorable para atender a la diversidad de alumnos, es decir:

Mediante el recurso a la evaluación psicopedagógica se espera proporcionar una visión más ajustada de las potencialidades y dificultades del alumno o alumna, así como promover respuestas educativas más ajustadas a sus necesidades, a partir del

conocimiento de las características de las prácticas instruccionales en las que está implicado. (Giné *apud.*, Castells y Solé, en: Martín y Solé, 2011: 74)

Al respecto Castells y Solé enfatizan que la evaluación psicopedagógica se caracteriza por ser un proceso: contextualizado que exige conocer en profundidad las potencialidades del entorno en el que se manifiesta una dificultad para proponer una respuesta educativa adaptada que favorezca tanto el progreso del alumno como la autonomía y las competencias de los docentes; y estratégico porque el o los profesionales que lo realicen deberán analizar las condiciones en las que se produce la demanda o solicitud, para plantear objetivos y establecer un plan de acción que incorpore técnicas e instrumentos para obtener la información necesaria. (En: Martín y Solé, 2011: 75) Asimismo, Colomer, Masot y Navarro enfatizan que la evaluación psicopedagógica es un proceso porque no es una acción única, ni una acción aislada, sino una continuidad de operaciones que se deben ir decidiendo por parte del orientador [profesional de apoyo] para propiciar cambios en las situaciones de enseñanza-aprendizaje. (*Apud.*, Castells y Solé, en: Martín y Solé, 2011: 75) García, Rosales y Sánchez complementan esta idea, al plantear que es un proceso de resolución de problemas en el que debe haber colaboración y corresponsabilidad del orientador maestro de apoyo y del docente para optimizar la situación que se considera como disfuncional. (*Apud.*, Castells y Solé, en: Martín y Solé, 2011: 75)

Una evaluación psicopedagógica siempre se realiza en una institución y se inicia cuando ésta asume la demanda o solicitud y establece el compromiso de atender y modificar la situación, por lo que concluirá cuando ya no se requiera de alguna intervención. En este sentido Castells y Solé indican que este proceso comprende las siguientes fases:

- **Petición de intervención y evaluación inicial**, la demanda se recibe por parte del orientador [maestro de apoyo], quien debe analizar quién realiza dicha solicitud, para quién, el contexto y el problema al que refiere, para decidir si dicho requerimiento es o no específico y si responde a una

necesidad real. Los instrumentos de los que puede valerse el orientador para esclarecer estos aspectos son el formato institucional en el que se describe la solicitud (o se canaliza al alumno) algún otro documento anexo (diagnóstico o prescripción de alguna institución médica) y la entrevista inicial con quien(es) hacen la demanda, con la finalidad de obtener mayor información sobre el problema, dificultades cognitivas del alumno, habilidades y competencias curriculares. En esta fase es importante que el profesional que funge como orientador, genere un ambiente de colaboración con el docente para establecer acuerdos y compromisos hacia el apoyo del alumno (a) en cuestión. (En: Martín y Solé, 2011: 77)

- **Evaluación de las competencias del alumno en relación con las capacidades implicadas en el desarrollo**, por lo que será importante obtener la mayor información posible sobre la dimensión global del alumno, es decir tanto las dificultades identificadas como las capacidades cognitivas, afectivas y sociales y asimismo su vivencia del problema, la percepción de sus capacidades, estrategias que emplea y ayudas que requiere. En esta fase es necesario indagar cuándo y cómo se dan las dificultades que preocupan al docente, para constatar cómo se producen y detectar las variables que intervienen, por lo que deberán realizar: observaciones en distintos momentos y con distintos formatos; análisis de trabajos en clase; entrevista con el alumno; exploración mediante pruebas de evaluación curricular o psicopedagógicas y colaboración con otros profesionales de servicios especializados en audición, lenguaje, rehabilitación física, pediatras, neurólogos y psiquiatras. (En: Martín y Solé, 2011: 79)
- **Asesoramiento en la respuesta educativa**, realizadas las acciones de las fases anteriores, se podrá consensuar el plan de intervención por lo que será importante explicar al alumno lo que implica la intervención y el uso de recursos. Esta intervención o respuesta estará condicionada por la manera

en que la propia institución entiende la diversidad y asume su compromiso social de favorecer la inclusión educativa. (En: Martín y Solé, 2011: 82)

- **Seguimiento**, que implica prolongar la evaluación psicopedagógica durante más tiempo con la finalidad de incorporar intervenciones y estrategias que en un primer momento eran difíciles de asumir, por lo que es recomendable que esta fase se realice durante toda la escolaridad del alumno para garantizar la adecuación curricular en la transición de grados o ciclos. (En: Martín y Solé, 2011: 83)

Es así que la evaluación psicopedagógica permitirá conocer la historia escolar del alumno, su desarrollo, la dinámica familiar, su relación con pares, el contexto sociocultural y principalmente detectará las necesidades educativas específicas y las barreras para el aprendizaje y participación social, por lo que será indispensable que quien (es) la realicen tengan un buen manejo metodológico de las técnicas e instrumentos para acopiar, sistematizar y analizar la información, así como la capacidad de síntesis para exponer de manera clara y precisa el informe técnico, medio a través del cual será posible pasar a la etapa de diseño del plan de intervención o respuesta educativa, desarrollo y seguimiento.

En síntesis podemos decir que el TDAH es un trastorno de gran prevalencia en nuestro país, cuyos síntomas característicos son: la falta de atención, impulsividad e hiperactividad, lo que exige una pronta y certera detección para derivar una completa y oportuna intervención, acciones que debe emprender un equipo de diferentes profesionales, sobre diferentes aspectos o áreas para que de manera conjunta determinen el diagnóstico, tratamiento e intervención psicopedagógica.

CAPÍTULO 3

LA INTERVENCIÓN DE LA USAER 74 EN EL

CASO DE UNA NIÑA DIAGNOSTICADA CON TDAH, EL CASO DE ARLETH

El estudio de caso es un método que se fundamenta en el enfoque cualitativo de la investigación y que lleva a conocer a profundidad situaciones o entidades sociales, con la finalidad de comprenderlos a través del acercamiento y recolección de información lo que permitirá posteriormente explicarlos en su especificidad.

En el estudio de caso se pueden emplear varias técnicas e instrumentos para el acopio de la información, al igual que distintos pasos para su desarrollo, logrando con ello una data extensa que se deberá ordenar de acuerdo a los aspectos que priorice quien investiga para explicar el caso. En este sentido la riqueza de este método es la vasta información y la profundidad en el conocimiento del caso, una vez que se procedió a comprender sus manifestaciones en un contexto determinado.

Con acuerdo a lo anterior, en este último capítulo, se explicará el caso de Arleth una niña con diagnóstico de TDAH que estaba cursando la educación primaria en una escuela oficial, institución que contaba con los servicio de apoyo de una USAER de la delegación Iztapalapa. Para tal propósito se iniciará con una caracterización de la metodología del estudio de caso y posteriormente se procederá a describir y explicar cada uno de los pasos que comprenden el tipo de método que proponen Montero y León.

3.1. Metodología

Al respecto es importante recordar que el estudio de caso es uno de los diferentes métodos que forman parte de la llamada investigación cualitativa, entendida como "...actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos

educativos y sociales, [para] la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimiento.” (Sandín, *apud.*, Dorio, Sabariego y Massot, en: Bisquerra, 2004: 276). En este tipo de investigación, quien la realiza interpreta, comprende o interviene entre la entidad o fenómeno social que haya delimitado, a partir de las percepciones, creencias y significados que proporcionen los que participan en ese contexto.

Por ello se dice que la finalidad del estudio de caso es la de ser un método que implica un proceder indagatorio, sistemático y profundo, sobre una entidad social o educativa, pensada como caso o casos. Por lo que Stake lo define como: “...el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas.”(*Apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 311). Por una parte Muñoz y Serván precisan que su propósito fundamental es “...*comprender la particularidad del caso*, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que los componen y las relaciones entre ellas para formar un todo.” (*Apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 311).

De ahí que un estudio de caso se caracteriza por ser: *particularista* o idiográfico, es decir se orienta a comprender de manera profunda la realidad singular de una persona, grupo, institución o comunidad; es *descriptivo* porque se obtiene como producto final una rica descripción que implica la consideración del contexto; es *heurístico* porque ilumina la comprensión del lector al descubrir significados, ampliar la experiencia o confirmar lo supuesto y por lo tanto permite la toma de decisiones y finalmente, es *inductivo*, porque a través de las observaciones detalladas, es posible analizar múltiples aspectos y analizarlos en relación con otros y a la vez desde su ambiente. (Pérez, *apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 312-313).

En cuanto a los tipos o modalidades del estudio de caso, podemos señalar que Stake los clasifica por su objetivo en tres: el *estudio intrínseco de casos*, en el que es importante lograr una mayor comprensión del caso como particular, por lo que el producto final es un informe descriptivo; el *estudio instrumental de casos*, en el

que el caso es un instrumento para analizar y lograr una mayor comprensión sobre un tema o aspecto teórico y el *estudio colectivo de casos*, en el que se realiza un estudio intensivo de varios y disímiles casos con la finalidad de maximizar las diferencias y dejar en claro las dimensiones del problema. (Apud., Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 312-313). Mientras que Merriam propone una tipología, considerando las características del informe final, de esta manera indica: el *estudio de casos descriptivo* presenta un informe detallado de la información básica, sin fundamentación teórica ni hipótesis previas; el *estudio de casos interpretativo* cuyo informe se conforma de descripciones densas que se analizarán de manera inductiva para establecer categorías conceptuales que confirmen o refuten los presupuestos teóricos establecidos antes del acopio de información y el *estudio de casos evaluativo* que con base en la descripción y explicación, evaluará para la toma de decisiones. (Apud., Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 314-315)

Algunas ventajas que reporta este método para realizar investigación en el ámbito socioeducativo son: que a partir de los primeros datos analizados, se puede profundizar en el acopio y análisis de la información; que resulta apropiado para investigaciones con marco limitado de tiempo, espacio y recursos; que puede retomar otras condiciones personales o bien instituciones diferentes con la finalidad de realizar comparaciones; que favorece el trabajo cooperativo, el trabajo interdisciplinar, propicia la reflexión sobre la práctica y la comprensión del caso a través de la búsqueda de información desde diferentes perspectivas y lleva a la toma de decisiones. (Latorre, Del Rincón y Arnal, *apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 311-312).

Considerando la finalidad, características y ventajas del estudio de caso, resultó éste la mejor opción metodológica para profundizar en la información concerniente a la intervención que se realizó la USAER 74 para atender a una alumna de nivel primaria quien fue diagnosticada con TDAH, el que se explica de manera descriptiva. Lo que se hace conforme a la propuesta de Montero y León que nos

servirá como una guía para exponer y explicar el proceder metodológico y los aspectos particulares del caso. Esta propuesta comprende cinco fases:

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. (*Apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 315)

Fases que integran los puntos de este capítulo.

3.2. Selección y definición del caso

Como se indicó anteriormente, el estudio de caso trata de una niña con diagnóstico de TDAH, trastorno que ha sido objeto de interés de quienes sustentamos el presente trabajo y que se remite al tiempo en que cursamos el 5° semestre del plan de estudios de la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional cuando en la materia de Investigación Educativa I elaboramos un proyecto tentativo sobre esta temática. Posteriormente este interés se retomó al cursar en los dos últimos semestres del programa educativo, en la Opción de Campo Integración/Inclusión Educativa, propuesta formativa en la que uno de sus objetivos es que los estudiantes realicen prácticas académicas en alguna escuela pública de nivel básico que cuente con el servicio de apoyo de alguna USAER o en algún CAPEP o CAM para que puedan observar cómo se realiza la práctica educativa de enseñanza a los alumnos que presenten NEE bajo el enfoque de la integración o inclusión educativa, experiencia sin duda valiosa para vivenciar, reflexionar y analizar los múltiples aspectos que implican estos procesos sociales y escolares.

De manera personal cada estudiante o pareja de estudiantes, ubica una de las instituciones antes mencionadas y solicita ante las instancias correspondientes a través de oficio, se permita el acceso para realizar las prácticas académicas.

En lo particular, nos dirigimos a la USAER 74 ubicada en la escuela primaria “Gaudencio Peraza”, en la Delegación de Iztapalapa, para presentar nuestra solicitud, sin embargo una vez que estuvimos en el plantel, la persona que nos recibió nos indicó que la Dirección General de Servicios Educativos de Iztapalapa (DGSEI) era la encargada de dar este tipo de permisos. Ante esta información, nos dimos a la tarea de acudir a dicha dirección y presentar nuestra solicitud. Estando en ésta, preguntamos si podríamos entrevistarnos con la persona encargada de área de Servicio Social y Prácticas Profesionales, sin embargo la persona que nos atendió nos indicó que no estaba la encargada en ese momento pero que ella nos podría atender. Ante esto, le expusimos la razón de nuestra visita y a continuación ella nos interrogó sobre el tipo de prácticas a realizar, qué observaríamos, para qué y por cuánto tiempo. Una vez que dimos respuesta a cada interrogante, nuevamente nos preguntó que a quién en específico iríamos a observar. Ante esta pregunta, respondimos que conocíamos a un niño que tenía diagnóstico de TDAH, cursaba el 4° grado de primaria y asistía a la escuela primaria “Gaudencio Peraza”, por lo que solicitábamos nos permitieran el acceso y pudiéramos hablar con el director o directora de USAER y de esta manera nos autorizaran seguir el caso o auxiliar a alguno de los profesionales que lo atendía. Ante esta respuesta, ella nos indicó que le dejáramos el oficio y el programa de actividades para que lo presentara con la instancia correspondiente y nos dieran respuesta en un tiempo aproximado de quince días hábiles. Pasados quince días, hicimos una llamada telefónica a la DGSEI y la respuesta fue positiva, indicándonos que tendríamos que pasar por el oficio que a su vez deberíamos presentar en la USAER 74.

En esa misma semana nos presentamos en la USAER 74, en donde nos atendió la maestra de apoyo² Verónica Galicia Ruiz, porque esa unidad no tiene director. Ella nos indicó que no había inconveniente para iniciar nuestra atención pedagógica con el niño seleccionado, asistiendo los viernes de 8:00 a 12:30 hrs., a

² Denominación que aparece en la estructura organizativa de la USAER en el Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial MASSE, 2011. (SEP-DEE, 2011: 128)

partir del mes de noviembre y cubriendo todo el ciclo escolar. Sin embargo nos informó que ella no tenía el diagnóstico del infante, razón por la que no estaba recibiendo el servicio de la USAER, sugiriendo que trabajáramos con otro alumno. Ante esta advertencia, le respondimos que preferíamos trabajar con el niño seleccionado. Al paso de unas semanas, la maestra de apoyo nos propuso de nueva cuenta trabajar con otro niño porque a quien estábamos apoyando, su diagnóstico que en esa fecha ya lo tenía, indicaba que el alumno presentaba retraso mental leve, sugiriéndonos trabajáramos con Arleth, una niña de quien sí tenía el diagnóstico y que reportaba TDAH. Ante esta insistencia y dado nuestro interés por conocer cómo desarrollaba la USAER el programa de intervención para un alumno que presentara TDAH, nuestra respuesta fue afirmativa. De esta manera el apoyar a esta niña posibilitaría lograr el objetivo de realizar prácticas académicas y el de observar, documentar y explicar el caso de Arleth, una niña diagnosticada con TDAH a partir de enero del 2012. Es importante mencionar que las condiciones para trabajar con el caso en dicha USAER estarían limitadas porque se nos permitiría observar a Arleth dentro del salón de clases siempre y cuando no estuviera el responsable de la zona de USAER, dado que esa unidad no contaba con director. Asimismo, podemos señalar que durante el periodo de enero a junio del 2012 sólo pudimos realizar 3 observaciones en el salón de clases debido a los constantes eventos cívicos, festivos y las juntas de consejo que en la escuela primaria se realizaba.

3.3. Elaboración de una lista de preguntas

Se formulan algunas preguntas con el propósito de precisar el ámbito a indagar y delinear los aspectos que sirvan como ejes de análisis, los que orientarán el acopio de la información. Para el caso de Arleth, se formuló una pregunta general y a partir de ésta se hizo un desglose.

Pregunta general:

¿Cuál fue el procedimiento del personal de la USAER 74 para atender el caso de una niña diagnosticada con TDAH?

Preguntas particulares:

- ¿Quiénes realizaron y en qué consistió el diagnóstico practicado a la niña?
- ¿Quién solicitó o demandó el servicio de USAER?
- ¿La USAER realizó una evaluación psicopedagógica?
- ¿Cuál fue el plan de intervención?

3.4. Localización de las fuentes de datos

Para dar respuesta a las preguntas formuladas, fue necesario que ubicáramos las fuentes que nos proporcionarían información suficiente, determinar las técnicas a emplear y los instrumentos para sistematizar los datos. En este sentido, las fuentes fueron: la maestra de apoyo de la USAER, los profesores de 1° y 2° grado de la escuela primaria, los padres de Arleth y ella misma; documentos oficiales tanto de la escuela primaria, como de la USAER y de alguna institución de salud en la que se proporcionara información sobre su desarrollo psicomotriz, cognitivo, de salud; así como su trayectoria escolar y requerimientos particulares para mejorar su desempeño académico. Finalmente podemos señalar que una fuente importante fue la escuela primaria como contexto escolar en el que podríamos observar el comportamiento, interacción y desempeño de la niña.

En cuanto a las técnicas, decidimos emplear tanto las directas como indirectas ya que las primeras, permiten obtener información de manera inmediata con los informantes claves y en las segundas es a través de diferentes documentos escritos, que se pueden recuperar datos sobre la vida, salud, trayectoria y comportamiento de la persona o sobre el funcionamiento y organización de alguna institución.

Como técnicas directas, se optó por la observación de tipo participante y la entrevista, tanto semiestructurada como la no estructurada. Con respecto a la primera, podemos señalar que "...consiste en observar al mismo tiempo que se participa en las actividades propias del grupo que se está investigando." (Massot, Dorio y Sabariego, en: Bisquerra, 2004: 332) Este tipo de observación la

realizaríamos en el aula para constatar el comportamiento y desarrollo de actividades. Para registrar esta información, se determinó emplear como instrumento las notas de campo, que consisten "...en una descripción-narración de los acontecimientos desarrollados en una situación natural." (Massot *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 336)

En cuanto a la segunda, la entrevista, "...es una técnica cuyo objetivo es 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 estudia." (Massot *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 336). El tipo semiestructurada consiste en preguntas abiertas de acuerdo a un guión que se determina previamente de acuerdo a la información que se necesita obtener. La no estructurada, se realiza a partir de una pregunta detonadora sin guión previo y se construye a partir de las respuestas del entrevistado. (Sabariego, Massot y Dorio, en: Bisquerra (coord.), 2004: 337) Para el registro de este tipo de entrevistas se emplearía una grabadora.

De las técnicas indirectas se empleó el análisis documental que consiste en revisar todo tipo de documentos escritos que formen parte del expediente del caso, con la finalidad de recabar información que no ha sido posible obtener por otros medios y que resulta relevante para comprender el caso. Una vez recabada esta información se procedió a su análisis.

3.5. Análisis e interpretación

Para realizar el análisis de la información acopiada, retomamos el procedimiento que plantean Massot *et al.*, que consiste en buscar temas comunes o agrupaciones conceptuales en un conjunto de narraciones y datos de base, para lo que será necesario: establecer categorías que son unidades de contenido de acuerdo a criterios temáticos y la asignación de códigos a cada una de las categorías, para después segmentar la información conforme a dichas categorías e identificar tanto regularidades, patrones, principios, inconsistencias, incoherencias y discontinuidades. (En: Bisquerra, 2004: 358)

Las categorías y códigos establecidos para el análisis de la información acopiada del caso de Arleth fueron:

- Diagnóstico (DC)
- Demanda o solicitud del servicio de USAER (D)
- Evaluación Psicopedagógica (EPP)
- Plan de Intervención (PI)

En el primer encuentro formal con la maestra de apoyo de USAER, que tuvo lugar el 13 de enero del 2012 nos proporcionó algunos detalles del caso y nos mostró el expediente que estaba conformado por: el reporte psicológico de PEDICENTRO Especialidades pediátricas y tres recetas de la misma institución, una firmada por una neuróloga pediatra y las otras dos por otro neurólogo. Posteriormente en el día 20 del mismo mes, la misma maestra nos mostró la “Hoja de seguimiento” que se había elaborado con fecha del 12 de diciembre del 2011 y la “Hoja de recomendaciones” que ella había entregado al profesor de grupo de 2° grado y a los padres de la alumna. Hasta el día 9 de marzo, pudimos tomar una fotografía de la “Constancia de estudios” de Arleth, que remite a la fecha 3 de marzo, porque la maestra de apoyo sólo nos la enseñó y no nos permitió copiarla o tomar nota. Asimismo ella indicó que en todos los expedientes de los alumnos que USAER atendía, se anexaba este tipo de constancia para corroborar si la intervención de la unidad incidía en la mejora de su rendimiento escolar. Otro documento que en esa misma fecha nos mostró fue la “Entrevista a Padres”, realizada el 4 de enero del 2012 y que fue elaborada por la Dirección Regional de Servicios Educativos de San Miguel Teotongo. Supervisión de Zona No. 9 de EE. Este formato de entrevista comprende 6 áreas: datos generales, estructura familiar, antecedentes del desarrollo, dinámica familiar, datos socioeconómicos y trayectoria escolar. Al final de este documento sólo aparece la firma la madre de la alumna y los espacios vacíos en donde se indica firma del docente de apoyo, del docente de grupo, del director de escuela regular y del director de servicio.

Con respecto a las observaciones de tipo participante en el salón de clases de 2° grado se puede señalar que fueron tres, una con fecha del 10 de febrero, otra del 17 del mismo mes y una más del 24 de mayo. Sólo pudimos realizar estas tres, porque la escuela programaba de manera constante actividades fuera del aula, lo que obstaculizó la elaboración de nuestros registros. El tiempo aproximado para realizar las observaciones antes señaladas fue de 20 a 45 minutos.

En cuanto a las entrevistas, éstas fueron de tipo semiestructurado y no estructurado. Las de tipo semiestructurado fueron cuatro y se realizaron con: el docente de 2° grado el día 2 de marzo, con Arleth el día 9 de marzo, con el padre de la alumna el día 9 de mayo y finalmente con la maestra de apoyo el día 11 de junio.

Las entrevistas no estructuradas fueron dos y se realizaron con: la profesora de 1° grado, el día 2 de marzo y la pregunta detonadora fue: ¿Nos podría comentar algunas observaciones que usted recuerde sobre su comportamiento en clase? y con la madre de la alumna, el 29 de mayo de ese mismo año, planteando la pregunta detonadora: ¿Cuál es su opinión sobre el diagnóstico de su hija?

Para explicar lo concerniente a las categorías establecidas, iniciaremos con la primera que refiere al Diagnóstico y cuyo código es (DC), sobre este aspecto podemos señalar que los documentos que lo integraban eran el reporte psicológico expedido por una psicóloga de una institución privada llamada PEDICENTRO Especialidades Pediátricas (Ver anexo 2³) y dos recetas médicas expedidas por diferentes neurólogos-pediatras de la misma institución. Por las fechas de estos documentos, podemos inferir que la revisión de Arleth por un neurólogo pediatra fue el 10 de septiembre del 2011 porque la primera receta

³ En el apartado de anexos, el lector podrá revisar cada uno de estos documentos e instrumentos que constituyen las evidencias con base en las cuales se construyó la explicación para cada una de las categorías propuestas. Asimismo es importante señalar que antes de este apartado se presenta un cuadro de anexos, en el que se concentra la información de todos y cada uno, es decir el número de anexo, la fecha de realización, el tipo de documento, quién lo elaboró, el contenido y la categoría a la que corresponde.

indica esta fecha, la extiende y firma una doctora y en ésta se puede leer “Realizar EEG convencional y un mapeo cerebral. Dx: TDAH”, no se agrega ninguna otra información sobre el supuesto diagnóstico. (Ver anexo 1) En el reporte psicológico aparece octubre 2011 y aparte del nombre de la paciente, edad, fecha de nacimiento y escolaridad, se indica como motivo de la consulta: “...valoración psicológica y aplicación de pruebas por petición del área de neurología. La paciente Arleth [...] acude a consulta psicológica acompañada de su mamá, la cual hace referencia sobre su preocupación ya que su hija pierde la atención muy fácilmente lo cual pudiera ocasionarle problemas escolares.”(Ver anexo 2) Asimismo se dan generalidades del embarazo, del nacimiento, peso, talla, a qué edad caminó y expresó sus primeras palabras.

Otro aspecto que señala el reporte es el motivo de aplicación: “Se desean conocer los procesos intelectuales de Arleth...” (Ver anexo 2) y se indican las pruebas aplicadas: “Prueba de inteligencia Pierre Guilles Weil, Prueba de inteligencia Beta II-R, Prueba de inteligencia BARSIT, Habilidades matemáticas y Juegos didácticos.” (Ver anexo 2). A continuación aparece el rubro de conducta observada y se escribe lo siguiente:

Arleth acudió puntual a las sesiones programadas en compañía de su madre, [...] A lo largo de la evaluación se mostró tranquila y en momentos platicadora. No tuvo dificultades para comprender las indicaciones. La actitud hacia el examinador fue de aceptación. Durante la aplicación de las pruebas:

- La paciente sí presta atención a las indicaciones, pero pierde atención con facilidad ya que platica mucho. [A esta indicación se debe señalar que en el documento aparece sombreado lo referente a que pierde atención con facilidad. Este sombreado lo hizo la profesora de apoyo de USAER, quien nos informó al respecto, señalando que lo había hecho con la finalidad de remarcar la incongruencia del reporte]
- Sus trazos al iluminar son controlados, ya que respeta los límites en los dibujos.
- Reconoce los números al verlos escritos, y los traza sin problemas.
- Reconoce los colores.
- En cuanto a las figuras geométricas identifica sin problemas el cuadrado, rectángulo, triángulo y estrella.(Ver anexo 2, hoja 2)

Como resultados obtenidos, se presenta una tabla en la que aparece el nombre de la prueba, el puntaje obtenido y la calificación obtenida en el CI (85). En esta última celda o columna se indica en todas las calificaciones término medio (TM), lo que nos lleva a pensar que Arleth no tenía problemas que incidieran en su aprendizaje.

Asimismo en este reporte se anota que las pruebas con juegos didácticos, (rompecabezas, memorama y lotería) “Se realizaron esto con la intención de identificar si la paciente sigue y respeta reglas, capacidad de atención y memoria, obteniendo como resultado una actitud favorable.” (Ver anexo 2, hoja 2)

Después de una descripción general y finalidad de la aplicación de cada una de las pruebas, se escribe:

De acuerdo a los resultados de las pruebas de inteligencia realizadas, la paciente no muestra problemas de comprensión y percepción. Su aprendizaje se realiza a un ritmo normal. Se recomienda que para evitar que la paciente pierda la atención o se distraiga la enseñanza sea un poco más personalizada y con indicaciones claras. Profesionalmente, me inclino a pensar que la falta de atención no es a causa de un daño neurológico sino a una mínima falta de maduración en la capacidad de atención, debidas a la falta de motivación y estimulación que la paciente requiere. (Ver anexo 2, hoja 3)

Como observación a este párrafo en el que la psicóloga expone sus conclusiones, de nueva cuenta aparecen sombreadas las palabras: “comprensión y percepción, mínima falta de maduración en la capacidad de atención”. (Ver anexo 2, hoja 3) Sobre estas tachaduras, que realizó la maestra de apoyo de USAER en el documento, podemos indicar que no pueden tomarse como señalamiento de que la niña presenta un grave problema de inatención, ni de hiperactividad, ni de impulsividad, síntomas característicos del TDAH.

En la segunda receta con fecha del 12 de noviembre del 2011, el neurólogo pediatra que la firma, indica: “Metilfenidato tabletas 10 mg. (Ritalín) Tomar 1 tableta diario mañana por 2 meses sin suspender. Se sugiere tomar Terapia Conductual” (Ver anexo 3). En la tercera receta con la misma fecha y que la realizó el mismo neurólogo pediatra se indica “Diagnóstico Trastorno de déficit de

atención e hiperactividad, tipo mixto. Tratamiento: terapia cognitivo conductual y metilfenidato (ritalín).” (Ver anexo 4)

Con respecto a lo encontrado, se puede señalar como ya se anotó en el capítulo 2 del presente trabajo que el diagnóstico para un paciente que se sospecha que presenta TDAH, debe ser exhaustivo, minucioso y debe ser realizado por un equipo de profesionales como: neurólogos, psiquiatras, pediatras (en caso de niños), psicólogos, pedagogos y profesores, quienes de manera particular y colectiva emitirán sus respectivas observaciones para concluir si el paciente presenta dicho trastorno. Asimismo, existen diversas pruebas tanto clínicas, de laboratorio, como psicológicas y escalas, además de los criterios de observación que pauta la APA en el DSM IV TR y la OMS en el CIE 10, como instrumentos que pueden aportar información importante sobre la existencia o no de TDAH en una persona.

Con base en lo antes señalado, se puede indicar que el diagnóstico emitido para Arleth por parte de los 2 neurólogos y la psicóloga de la institución particular llamada PEDICENTRO Especialidades Pediátricas, es poco sustentado, según los especialistas referenciados en el capítulo 2, para determinar que la niña presenta TDAH de tipo mixto.

De hecho en el reporte de la psicóloga, se hace alusión que la niña no presenta TDAH, cuando informa: “...me inclino a pensar que la falta de atención no es a causa de un daño neurológico, sino una mínima falta de maduración en la capacidad de atención, debidas a la falta de motivación y estimulación que la paciente requiere.” (Ver anexo 2, hoja 3) Asimismo, la maestra de apoyo de USAER en una entrevista nos indicó: *... Yo considero y se los comento a ustedes que hay un mal diagnóstico, que muchas veces las instituciones privadas con el afán de ganar un dinero, le digo al padre lo que quiero escuchar, sí porque nosotros generalmente aquí en educación especial en el sistema enviamos al sistema de salud porque hay una seriedad porque lo tienen que hacer, entonces por eso digo que existen algunas situaciones específicas que no me cuadran.* (Ver anexo 14, hoja 2)

En el diagnóstico que emiten los neurólogos pediatras, indican que Arleth presenta TDAH de tipo mixto, sin embargo queremos enfatizar que en la revisión de la bibliografía especializada, ninguno de los autores señalados refieren el tipo mixto, en todo caso Van-Wielink menciona un tipo combinado, en el que la hiperactividad y la inatención están presentes y son significativos estos síntomas; por su parte Castells y Silber refieren el perfil combinado, en el que se presentan los síntomas del perfil disatencional e impulsivo y finalmente Mendoza, remite al déficit de atención e impulsividad en el que estos síntomas son la causa principal de los problemas. Es por esto, por lo que nos atrevemos a indicar que el TDAH de tipo mixto no está referenciado en la literatura especializada y en todo caso, atendiendo a la sintomatología del tipo combinado, debe presentarse tanto la inatención como la impulsividad o hiperactividad y en el caso de Arleth en ninguno de los documentos emitidos por el PEDICENTRO Especialidades Pediátricas se hace la mención de estos síntomas; asimismo en las observaciones realizadas en el salón de clases no se pudieron constatar estos comportamientos, ni en las entrevistas se reportó que la niña frecuentemente estuviera inatenta o que presentara una conducta impulsiva e hiperactiva.

En todo caso, se debe tener presente que la propia Arleth cuando se le entrevistó, señaló: *...Antes no me apuraba en la escuela pero es porque estaba atrás y no podía ver nada.* (Ver anexo 11). Situación que probablemente haya sido un factor para que la niña no atendiera o perdiera concentración en las actividades del salón de clases.

Arleth debía usar anteojos, sin embargo en algunos días observamos que no los llevaba, razón por lo que en la entrevista le preguntamos si tenía que usar anteojos y ella respondió: *Sí, pero a veces no, porque no los encuentro.* A esta respuesta, le formulamos la siguiente pregunta: Cuando no traes tus lentes a la escuela, ¿puedes hacer todas las actividades de la clase?, la respuesta fue: *Sí, aunque me pongan en la segunda mesa.* (Ver anexo 11). A esto se debe señalar, que en los días que realizamos las observaciones en el salón de clases, pudimos constatar que Arleth siempre permaneció sentada en la primera fila y cerca de la

puerta del aula, condición que le permitía estar cerca de la pizarra, pero que en ocasiones si alguien entraba o salía del salón, ella perdía concentración por unos instantes y reiniciaba su actividad o atendía a la explicación del profesor. Por lo tanto podemos indicar que en ningún momento observamos que la niña mostrara conductas inatentas de manera frecuente, o impulsivas y mucho menos hiperactivas.

En cuanto al tratamiento farmacológico sugerido por el segundo neurólogo que fue tomar 1 tableta diaria de 10 mg de metilfenidato, podemos hacer la denotación que este médico sin haber realizado un diagnóstico exhaustivo y minucioso, recetó esta dosis de psicoestimulante, la que a su vez tendría que haber verificado mediante otras pruebas de laboratorio y observación, si era conveniente para el peso y talla de la niña, así como para su condición de salud por los efectos colaterales. Al respecto, es pertinente recordar que Castells señala que el tratamiento debe ser multimodal y organizarse por sectores, es decir considerar lo médico, lo conductual, lo emocional y lo escolar para que el equipo de profesionales que atiende, decida si es conveniente el uso de fármacos. Asimismo agrega que el uso del metilfenidato aun y cuando es de rápido efecto, su mecanismo de acción incrementa los neurotransmisores (catecolaminas, dopamina y noradrenalina) para la sinapsis de las neuronas, por lo que se aconseja no administrarse en niños menores de 6 años, ya que sus efectos secundarios son: pérdida de apetito, dificultades para conciliar el sueño nocturno, irritabilidad, dolor de cabeza, dolor abdominal, pérdida de peso y disminución en el crecimiento. Por su parte, Van-Wielink señala que este tipo de tratamiento tiene que evaluarse cada seis meses para confirmar su efectividad, recomendación con la que coincide Parellada, quien aconseja que antes de iniciar el tratamiento con fármacos, el médico tratante deberá explicar con detalle que la medicación: es parte del tratamiento y es importante la intervención de la familia; que puede mejorar algunos síntomas del trastorno, por lo que se deben conocer y considerar sus efectos secundarios para controlarlos en el seguimiento y que una vez que se inicie el tratamiento, se evaluará su efectividad y pertinencia para continuarse a mediano plazo. Por lo que concluye que será importante que el médico tratante

realice evaluaciones periódicas teniendo en cuenta los comentarios y observaciones del paciente, padres y profesores de la escuela.

Sobre el tratamiento de Arleth, su padre en la entrevista hecha el día 9 de mayo, comentó que el neurólogo sí le había informado del tratamiento, que éste consistía en la toma de ritalín, una pastilla diaria por las mañanas y que había observado mejoría, pero había perdido el apetito y que la obligaban a comer. Asimismo agregó que durante 6 meses le prescribieron este medicamento y que después le mandaron realizar otro encefalograma, recetándole de nueva cuenta ritalín pero la toma sería los lunes, miércoles y viernes por las mañanas, por lo que llevaba un año 3 meses de este tratamiento. (Ver anexo 12)

Sobre este aspecto, el profesor de 2° grado en la entrevista, del 2 de marzo, informó que no estaba enterado de que Arleth tomara medicamento. Asimismo la madre de Arleth en la entrevista del día 29 de mayo, comentó que ya no tomaba medicamento.

Sobre estos reportes podemos señalar que tanto a los padres de Arleth, como al profesor de 2° grado y a la maestra de apoyo, nunca se les informó con detalle sobre la prescripción del tratamiento farmacológico, ni sus efectos colaterales y sobre todo de la conveniencia de las evaluaciones periódicas que debió realizar el médico tratante para confirmar o rectificar tanto el fármaco como la dosis. A esto hay que recordar que a la niña sólo le realizaron 2 EEG como única prueba de laboratorio para diagnosticarla con TDAH de tipo mixto, por lo que podemos señalar con base en los autores antes referidos, que este tipo de prueba o técnica permite estudiar la actividad eléctrica cerebral, pero no es suficiente por sí misma para evidenciar la presencia del TDAH, por lo que recomiendan realizar un diagnóstico multiaxial que contemple exploraciones médicas y evaluaciones psicológicas para tener certeza clínica diferencial, es decir detectar, comparar y diferenciar la sintomatología.

Para la segunda categoría que es la demanda o solicitud del servicio de USAER cuyo código es (D) es importante considerar el procedimiento que se sigue en la

mayoría de las escuelas de nivel primaria, remite a que un alumno o alumna puede recibir atención y apoyo por parte de este servicio si previamente el docente de aula regular ha observado y detectado en él o ella, alguna dificultad para acceder a la propuesta curricular regular, que no necesariamente esté en relación con alguna discapacidad, sea física, sensorial, psicológica o intelectual. Por lo tanto una vez que el docente a través de varias observaciones y actividades confirma la dificultad, debe proceder a reportarla al director de la escuela, quien a su vez hace el requerimiento a la USAER para que los profesionales de esta instancia procedan a realizar la evaluación psicopedagógica del alumno o alumna y con base en los resultados, precisen cuáles son las necesidades educativas específicas y las BAyP que enfrenta el niño o niña y así diseñen un plan de intervención.

En el caso de Arleth, la maestra de apoyo de USAER nos informó que quien solicitó el servicio fue la docente de 1° grado por exigencia e insistencia de la madre de la alumna. Esta docente de aula regular, en entrevista realizada el día 2 de marzo del 2012, reportó: *...La mamá se Arleth [...] me pidió que la canalizara a USAER e insistentemente me exigió que lo hiciera porque tenía el diagnóstico de TDAH mixto. (Ver anexo 9). Esto lo confirmó la maestra de apoyo en entrevista, señalando: Arleth llega a nosotros por la mamá, [...] la maestra Hilda no reporta nada y solamente me dice que la mamá necesita hablar conmigo porque quiere unas estrategias para su niña porque tiene TDAH, yo le cuestionaba a la maestra que si había notado algo. Para que a USAER llegue, a nosotros y podamos atender a un chico tiene que ser derivado por el docente y el docente ya debe haber agotado ya todas sus estrategias, esto es en el caso de Arleth, podría ser que está diagnosticada, yo diría entre comillas como TDAH porque tengo mis dudas, Llega ella diagnosticada con TDAH nos llama mucho la atención la niña y la maestra no reporta nada, dice que enseña igual y que la niña sigue siendo de alto aprovechamiento, incluso en su boleta ella tiene diez, ella es de diez [...] que lo único es que es muy seria, muy tranquila pero no incide en su aprendizaje, sin embargo tenemos que darle respuesta al padre, entonces hacemos la entrevista*

con la mamá, a quien nosotros empezamos a notar que bueno, ya desde la experiencia propia que realmente era algo más atribuible a ella, no, que ella sentía que la chica tenía que tener un mejor aprovechamiento, no, y que las conductas en casa, no, hay un establecimiento de límites claros, entonces quiere que la escuela se los solucione [...] sin embargo por ya llegar con un diagnóstico, empezamos a atenderla y darle un seguimiento, esto pasa con estos chicos, así llega Arleth con nosotros. (Ver anexo 14, hoja 2)

Con base en lo antes expuesto, podemos afirmar que la demanda o solicitud del servicio de USAER procedió básicamente por la insistencia y presión de la mamá de Arleth, pues según ella, su hija manifestaba conductas agresivas y por ello decidió llevarla a una institución privada llamada PEDICENTRO Especialidades Pediátricas para una valoración neurológica y psicológica. En el reporte psicológico se indicó: “Motivo de la consulta [...] su mamá hace referencia sobre su preocupación ya que su hija pierde la atención fácilmente lo cual pudiera ocasionarle problemas escolares.” (Ver anexo 2, hoja 1)

En entrevista el padre de Arleth ante la pregunta ¿por qué había decidido llevarla a un centro de especialidades pediátricas?, nos respondió: *...porque cuando entró a la primaria empezó a ser agresiva, no quería hacer tarea y le aventaba los cuadernos a la maestra. (Ver anexo 12)*

Considerando estos reportes, podemos señalar que la docente de aula regular del 1° grado de primaria, no tenía motivo alguno para requerir el servicio de la USAER en el caso de Arleth, sin embargo por exigencias de la mamá, la docente procedió a reportarlo con la maestra de apoyo de la USAER, quien entrevistó a la señora y no obstante de dudar sobre el diagnóstico de TDAH y percatarse de los supuestos de la madre de la alumna, accedió a atender a la niña y dar seguimiento, argumentando que la USAER debía dar respuesta al requerimiento de la madre y sobre todo porque ya se le había realizado un diagnóstico. (Ver anexo 14)

Ante esta situación, podemos indicar que el proceder de la maestra de apoyo no fue conveniente porque debió explicarle a la madre de Arleth que independientemente del diagnóstico realizado por el neurólogo del PEDICENTRO Especialidades Pediátricas, se tendrían que realizar observaciones por parte de la USAER para detectar qué síntomas presentaba la niña de la sintomatología característica del TDAH y asimismo realizar una evaluación psicopedagógica con la finalidad de detectar sus necesidades educativas específicas y las BAYP. Estas acciones hubiesen posibilitado tener más referencias sobre aspectos familiares y algunos otros que estuviesen detonando la angustia de la madre y que a su vez estuvieran asociados a la insistencia de que su hija fuera atendida por la USAER para mejorar su aprovechamiento. Con los resultados de la evaluación psicopedagógica, se hubiese tenido información suficiente para tomar decisiones sobre la intervención o no de USAER para el caso de Arleth y cómo informar y proceder con los padres sobre estos aspectos, considerando a su vez a la docente de aula regular y al director de la escuela primaria.

El no haber realizado una evaluación psicopedagógica o por lo menos observaciones de la niña en diferentes espacios y actividades escolares, para detectar y confirmar si presentaba la sintomatología característica del TDAH, muestra que la maestra de apoyo de USAER no cumplió con las funciones que se indican en la normativa de este tipo de servicio y sólo accedió a la exigencia de la madre de Arleth para no enfrentar algún problema, lo que generó las siguientes situaciones: 1) reforzó el supuesto de la madre para pensar que su hija presentaba TDAH; 2) hizo creer a los padres de la niña, que se le atendía y apoyaba cuando les indicó que se daría seguimiento, no obstante de que esto no fue así porque nunca realizó una observación, ni mucho menos una evaluación psicopedagógica; 3) propició el desconcierto de la profesora de aula regular, al mostrar contradicción cuando le indicó que dudaba del diagnóstico de TDAH tipo mixto y sin embargo accedió a la exigencia de la madre de Arleth para ofrecerle el servicio de apoyo, sin considerar la opinión de la docente. Este proceder por ningún motivo podría considerarse un trabajo colaborativo, aspecto importante que tendría que haberse

realizado para que en conjunto se diseñara y conviniera una estrategia de cómo proceder con esta situación.

Para la tercera categoría Evaluación Psicopedagógica cuyo código es (EPP) podemos señalar que la maestra de apoyo de USAER no procedió a realizar este tipo de evaluación para el caso de Arleth, si consideramos las funciones que se establecen en el Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial, MASEE 2011 y las diferentes acciones y sugerencias que proponen los autores revisados y referenciados en este trabajo.

Acceder a tratar a la alumna sólo por una exigencia, sin considerar la opinión de la profesora de 1er grado, el reporte psicológico y las generalidades del diagnóstico de los neurólogos de PEDICENTRO Especialidades Pediátricas, así como el no haber diseñado una entrevista estructurada y focalizada para indagar sobre el por qué la madre de la alumna suponía que presentaba TDAH y que su rendimiento académico era bajo, así como el no realizar observaciones en el aula y otros espacios escolares para acopiar y sistematizar información sobre el comportamiento, interacción social, aprendizaje y habilidades y competencias de la alumna; son referencias que nos permiten inferir que la maestra de apoyo no contaba con la suficiente información sobre el TDAH para decidir qué técnicas e instrumentos emplear con el objetivo de detectar si Arleth presentaba comportamiento impulsivo o hiperactivo, así como dificultades de atención que obstaculizaran o limitaran su aprendizaje y participación en las actividades escolares. Por lo tanto el carecer de esta información, no posibilitó que la maestra de apoyo tomara una decisión meditada y con argumentos sobre qué tan necesaria sería o no la intervención de USAER para esta alumna y asimismo proceder a explicar este proceso de manera clara y precisa para la docente de aula regular y los padres de la niña.

Sobre la indicación que hizo la maestra de apoyo a los padres de la alumna de que haría seguimiento, por las evidencias acopiadas, se puede señalar que éste consistió en sólo entregar a los padres de la alumna y al docente de aula regular,

una hoja de recomendaciones para profesores de alumnos con TDAH elaborada por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Ver anexo 7) y la hoja de seguimiento elaborada por la Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa, Dirección Regional de Servicios Educativos San Miguel Teotongo, en la que aparecen inscripciones generales como: “Acciones realizadas: Se presentó la Sra [...] que solicitó apoyo para su hija por presentar TDAH mixto [y] se realizó entrevista. Acuerdos: Cita [...] Entrevista a padres. Comentar con el profesor. Trabajar estrategia con la alumna” (Ver anexo 5).

Sobre este aspecto, podemos señalar que la declaración de la maestra de apoyo de que hacía seguimiento, sin haber analizado previamente la demanda y realizar la evaluación inicial, la evaluación de las competencias del alumno y el asesoramiento en la respuesta educativa, simplemente es una afirmación sin fundamento alguno, porque el seguimiento sería la fase consecutiva de las antes mencionadas, es decir la cuarta de lo que en sentido estricto es una evaluación psicopedagógica. Asimismo podemos señalar que el seguimiento, permite incorporar estrategias o técnicas que en un primer momento no se consideraron como convenientes y que ahora pueden aportar información para profundizar en el conocimiento del comportamiento y condición del alumno, así como valorar la respuesta educativa.

Asimismo, podemos concluir que de haber realizado una evaluación psicopedagógica, la maestra de apoyo hubiese contado con un acopio valioso de información sobre la alumna, con base en el cual podría haber evitado juicios precipitados como el que reportó en entrevista ante la pregunta ¿Cuáles considera usted que son las necesidades educativas que Arleth presenta? a lo que ella respondió: *Ella necesita estar en contextos favorables para desarrollar sus potenciales, yo incluso pensaría y ahorita que estamos trabajando con los niños sobresalientes, para mí específicamente Arleth yo podría considerarla una chica sobresaliente por todo lo que ella da, la necesidad de ella es darle una respuesta diversificada para que le permita avanzar y desarrollar todos sus potenciales.* (Ver anexo 14, hoja 3)

Finalmente en la categoría Plan de Intervención cuyo código es (PI), se puede mencionar que debido a que no se realizó una EPP no se diseñó dicho plan para Arleth y el único documento que se tiene es la hoja de seguimiento antes referida, que tampoco es un seguimiento. (Anexo 5). Sin embargo al entrevistar a la maestra de apoyo y preguntarle ¿cuál era el plan de intervención en el caso de Arleth?, ella respondió: *Nosotros ahorita estamos en seguimiento mientras la chiquita no le incida en el aprendizaje, estaremos dando seguimiento, ahorita estamos esperando el siguiente ciclo escolar porque hemos tenido tres cambios de profesor, a mí me llama la atención también este diagnóstico, un TDAH no le puedes estar haciendo estos cambios, ella cambiaría, reaccionaría diferente, incluso subiría, bajaría el aprovechamiento y ella sigue igual, entonces problemas para relacionarse o los cambios, no le afectan, entonces ahorita llevamos un seguimiento y bueno sería pensar en el siguiente ciclo escolar a estos chicos se les da seguimiento.* (Ver anexo 14, hoja 3)

Con respecto al trabajo con padres por parte de USAER, esta misma maestra nos reportó: *Los padres nada más llegan y a entrevistas, no hay un compromiso real, yo observo que nada más es dejar la responsabilidad a la escuela y en los demás no, no hay un trabajo específico con ella y además que son muy duros con ella, creo que lo que ellos pretenden en la chiquita es ven lo que ellos no pudieron hacer, el perfeccionismo y creo eso es lo que más le afecta, que buscan lograr en ella lo que ellos no hicieron.* (Ver anexo 14, hoja 3)

Con lo antes reportado, se puede inferir que no hubo un análisis de la demanda o solicitud de la madre de Arleth, ni tampoco una evaluación psicopedagógica de la alumna para referir y explicar a los padres de cuáles eran sus necesidades educativas específicas y las BAYP que enfrentaba y si en realidad presentaba alguna dificultad en su aprendizaje y relación social que ameritaba la intervención y atención de un servicio educativo especializado de USAER.

3.6. Informe final

El siguiente cuadro hace referencia a los datos generales y personales del estudio de caso.

Datos del caso:

1. Nombre: Arleth
2. Edad: 7 años.
3. Nombre y ubicación de la escuela:
Escuela Primaria "Gaudencio Peraza", Iztapalapa D.F.
4. Datos familiares: Madre: 25 años, ocupación hogar, padre: 28 años, ocupación: empleado, hermano: 1 año 10 meses.
5. Diagnóstico emitido por neurólogo: Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) tipo mixto.
6. Antecedentes del caso: La madre de la niña indicó que era agresiva y que tenía bajo rendimiento.
7. Instituciones que la han atendido: PEDICENTRO y USAER.
8. Profesionales que han participado en su diagnóstico y atención: dos neurólogos pediatras, psicóloga, maestra de apoyo, profesores.
9. Tratamiento: farmacológico metilfenidato (ritalín) y terapia cognitivo conductual.

Arleth es una niña que fue diagnosticada con TDAH desde los siete años de edad, por dos neurólogos de una institución de especialidades pediátricas, quienes con base en dos electroencefalogramas indicaron que presenta TDAH de tipo mixto, proponiendo tratamiento farmacológico con metilfenidato (ritalín) y terapia cognitivo-conductual. En la misma institución se le realizó una valoración psicológica cuyo reporte no presenta coincidencia con el diagnóstico neurológico. Posterior a esto Arleth fue atendida por USAER a petición e insistencia de su mamá quien indicó que la alumna tenía un diagnóstico de TDAH. La maestra de apoyo de este servicio de educación especial, procedió a entregarle a la señora un cuestionario por escrito para que lo contestara, después le dio un listado de recomendaciones generales para alumnos que presentan TDAH realizado por un hospital psiquiátrico infantil, indicó que realizaba seguimiento sin haber realizado y presentado el informe de la evaluación psicopedagógica.

Cuando se revisaron los documentos que conforman el expediente de la alumna, se pudo observar que no hay un informe de evaluación psicopedagógica, no existe registro o reporte sobre la entrevista con los profesores de la alumna, ni tampoco registros de observaciones hechas en el salón de clases. Ante esta carencia de información, las sustentantes de la presente tesis, una vez que se nos permitió trabajar con la alumna, decidimos diseñar y realizar entrevistas semiestructuradas con los padres de la alumna, con los profesores de aula regular, con la maestra de apoyo de USAER y con la propia Arleth. Asimismo se realizaron algunas observaciones en el salón de clases y se consideraron los documentos que conformaban el expediente. Con el análisis de toda la información obtenida, podemos indicar que lo que independientemente de que Arleth tiene un diagnóstico neurológico de TDAH, la niña no presentó la sintomatología característica de este tipo de trastorno. Por lo tanto las exigencias de la madre de la alumna para que fuera atendida por USAER, dado su diagnóstico y constantes muestras de inatención, llevan a suponer que tal demanda encierra otras razones o que ésta puede encubrir las altas expectativas que tiene la señora para con su hija, o angustia detonada por otras condiciones o simplemente queja de algún comportamiento que la niña tiene en casa y que la madre no sabe cómo enfrentarlo. Esta demanda o solicitud de la madre de Arleth debió haberse aclarado mediante una entrevista con la intención de profundizar en cuáles eran los argumentos o razones para exponer este planteamiento.

Respecto a la respuesta de la maestra de apoyo para aceptar que USAER atendiera a la alumna y sólo entregar a los padres y al docente de aula regular una información general sobre el TDAH con membrete de un hospital psiquiátrico, demuestra precipitación y poca reflexión sobre la respuesta que debe dar la USAER como servicio de apoyo a los niños y jóvenes de la educación básica que presentan necesidades y requerimientos específicos, para ofrecerles apoyos y recursos diversos que les posibiliten su aprendizaje y relación social, así como el ejercer con equidad y calidad su derecho a la educación.

CONCLUSIONES

En nuestro país se han realizado cambios estructurales y organizativos en el subsistema de educación básica que deben propiciar un adecuado servicio de formación escolar y de valores que implique un trabajo de colaboración y de corresponsabilidad por parte de los profesionales que lo conforman.

En este sentido existen orientaciones en diversos documentos para esclarecer el papel que deben asumir tanto los directivos, como los docentes y personal de educación especial para dar respuesta a todos los requerimientos de los alumnos, independientemente de sus condiciones sociales, culturales, de género, físicas, psicológicas e intelectuales, lo que redundará en una mejor convivencia y relación social.

Para atender la diversidad y no excluir ni marginar a ningún alumno, los profesores de aula regular pueden contar con la asesoría de parte de los profesionales de educación especial que conforman los denominados servicios de apoyo como las USAER, quienes una vez que delimiten las dificultades que presentan los alumnos en sus procesos de aprendizaje, podrán detectar las necesidades educativas y las barreras para el aprendizaje y la participación por medio de procedimientos y técnicas diversas que implica el realizar una evaluación psicopedagógica. Como resultado de este amplio proceso de acopio y sistematización de la información, se elabora un informe que se explicará tanto a los docentes como a los padres de familia, con la idea de intercambiar información y para que de manera conjunta se delinee las etapas y aspectos que comprenderá el plan de intervención o atención del alumno para disminuir las dificultades tanto en el contexto escolar como en el familiar.

Este trabajo en colaboración permitirá una adecuada intervención que posibilitará la mejora en el desempeño escolar del alumno, así como el cambio de actitudes de la comunidad escolar para favorecer la integración e inclusión educativa de todos los alumnos, independientemente de presentar alguna condición que

dificulte su participación como puede ser la presencia de un trastorno de alta incidencia como lo es el TDAH.

Los niños que presentan este tipo de trastorno, manifiestan dificultades tanto en su atención como en la regulación y control del movimiento, lo que se conoce como hiperactividad e impulsividad, lo que les provoca alteraciones constantes que afectan su desarrollo psicomotriz, cognitivo, emocional y social.

Es importante que las escuelas cuenten con profesores con la preparación suficiente para observar y detectar en el comportamiento y desempeño de los alumnos cualquier indicio que les parezca importante de tratar tanto con los padres de familia, con el director y con los profesionales de los servicios de apoyo, para que de manera conjunta se decida cuál será el procedimiento a seguir con la intención de ayudarlo con todo lo que requiera para dar una respuesta educativa a sus requerimientos personales.

En el caso de niños que presentan el TDAH, si no se cuenta con un diagnóstico completo, la escuela regular o el servicio de apoyo pueden canalizar al alumno a alguna institución de salud especializada para que realicen el diagnóstico y se pueda confirmar si realmente padece este trastorno. Teniendo la respuesta, se puede consultar a los médicos especialistas para preguntarles sobre el tratamiento prescrito, así como cualquier duda sobre el mismo y recomendaciones a seguir en la escuela. Posterior a esto, la intervención y respuesta que puede ofrecerle la USAER se enfocará hacia los aspectos psicopedagógicos, es decir detectar sus requerimientos en términos de interés, motivación, estilo de aprendizaje, lo que será fundamental para orientar al docente de aula regular en las estrategias didácticas a emplear en el proceso de enseñanza, así como el uso de algunos recursos y apoyos para habilitar en el alumno las funciones ejecutivas como son: el razonamiento, la inhibición de la respuesta impulsiva o hiperactiva, la planificación conductual, la atención selectiva, la organización y la disponibilidad de la información.

La atención, apoyo e intervención adecuada y prudente a cualquier alumno que presente alguna dificultad en su desempeño escolar y en su interacción social en el contexto escolar, debe ser una prioridad en la labor de cualquier profesional del ámbito de la educación, porque el compromiso de formar tanto escolar como socialmente a un niño, implica un ejercicio ético que exige buscar siempre su bien y para poder ofrecerlo es necesaria una formación sólida, una actualización constante y sobre todo proceder honestamente con él y con la familia.

En este sentido, el profesional de la Pedagogía puede brindar a este ámbito de la integración/inclusión educativa, un trabajo que articule la dimensión curricular del plan de estudios de educación básica, los objetivos de aprendizaje, la evaluación educativa y los requerimientos temáticos y didácticos del profesor de aula regular, con los apoyos y estrategias necesarias que exige el alumno para interiorizarlos y ponerlos en ejercicio en su vida diaria.

REFERENCIAS

Bibliográficas

- Amadio, Massimo y Operti, Renato “Educación inclusiva, cambios de paradigmas y agendas renovadas en América Latina” en: Dávila, Paulí y Naya, Luis (comps) (2011) *Derechos de la infancia y educación inclusiva en América Latina*. Buenos Aires, Granica.
- Amstrong, Thomas (2008) *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad ADD/ADHD: estrategias en el aula*. Buenos Aires, Paidós.
- Aranda, Rosalía (coord.) (2008) *Educación Especial*. Madrid, Pearson Educación.
- Barkley, Russell (1999) *Niños hiperactivos cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España, Paidós Ibérica.
- Benito, Rafael (2008) *Evaluación en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Infancia-adolescencia-madurez*. Madrid, Draf Editores S.L.
- Bermeosolo, Jaime (2010) *Psicopedagogía de la diversidad en el aula*. México, Alfaomega.
- Bernaldo de Quirós, Guillermo “El síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, (AD/HD)” en: Joselevich, Estrella (comp) (2006) *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad A.D. / H.D., en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires, Paidós.
- Blanco, Rosa (1999) “Hacia una escuela para todos y con todos” En: Boletín del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe. Chile, ORELAC-UNESCO, núm. 44, pp. 55-72.
- Brennan, Wilfred (2006) *El currículo para niños con necesidades especiales*. México, Siglo XXI editores.

- Carballo, María del Carmen (2011) *Coaching para quienes viven con TDAH*. México, Alfaomega.
- Castells, Paulino (2006) *Nunca quieto, siempre distraído*. España, Espasa.
- Castells, Nuria y Solé, Isabel (2011) “Estrategias de evaluación psicopedagógica” en: Martín, Elena y Solé, Isabel (coords) (2011) *Orientación Educativa. Modelos y estrategias de intervención*. España, Graó.
- Colomer, Teresa; Masot, Ma. Teresa y Navarro, Isabel “La evaluación psicopedagógica” en: Sánchez-Cano, Manuel y Bonals, Joan (coords) (2005) *La evaluación psicopedagógica*. España, Graó.
- Deutsch, Deborah (2003) *Bases psicopedagógicas de la EE*, España, Pearson Educación.
- Dorio, Inma; Sabariego, Marta y Massot, Inés “Características generales de la metodología cualitativa” en: Bisquerra, Rafael (coord.) (2004) *Metodología de la investigación educativa*. Madrid, La Muralla.
- Fernández, Albero y Calleja, Beatriz (2004) *Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) Abordaje multidisciplinar*. Madrid, Asociación de padres de niños con síndrome de hiperactividad y déficit de atención.
- García, Ismael *et al.* (2000). *La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*, México, SEP-Cooperación Española.
- Huguet, Teresa “Evaluación psicopedagógica del alumnado y trabajo en red” en: Sánchez-Cano, Manuel y Bonals, Joan (coords) (2005) *La evaluación psicopedagógica*. España, Graó.
- Jané, Claustre; Ballespí, Sergi y Dorado, Montse “La evaluación psicopedagógica del alumnado con problemas y trastornos emocionales y conductuales” en: Sánchez-Cano, Manuel y Bonals, Joan (coords) (2005) *La evaluación psicopedagógica*. España, Graó.

- Masot, Inés; Dorio, Inma y Sabariego, Marta “Estrategias de recogida y análisis de la información” en: Sánchez-Cano, Manuel y Bonals, Joan (coords) (2005) *La evaluación psicopedagógica*. España, Graó.
- Mendoza, Ma. Teresa (2005) *¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros*. México, Trillas.
- Michanie, Claudio “Comorbilidad en el AD/HD” en: Joselevich, Estrella (comp) (2006). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad A.D. / H.D., en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires, Paidós.
- Morales, Sofioleticia “La educación indígena, especial e inicial de modelos complementarios a estrategias claves para reivindicar la igualdad en la diferencia” en: Latapí, Pablo (coord.) (1998). *Un siglo de educación en México II*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Fondo de Cultura Económica.
- Moyano, José María (2004) *ADHD ¿Enfermos o singulares? Una mirada diferente al síndrome de hiperactividad y déficit de atención*. Argentina, Lumen Humanitas.
- Parellada, Mara (2009). *TDAH trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. España, Alianza.
- Peisekocius, Raquel (2003) *Rápido, rápido, rápido el niño hiperactivo*. México, American Store.
- Polaino, Aquilino, Ávila, Encío y Rodríguez, Zafra (1991). *Tratado de Educación Personalizada. Educación especial personalizada*. Madrid, Ediciones Rialp S.A.
- Puigdemívol, Ignasi. (2007) *La educación especial en la escuela integrada*. España, Graó.
- Rickel, Annette y Brown, Ronald (2008) *Trastorno por deficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México, Manual Moderno.
- Sabariego, Marta; Massot, Inés y Dorio, Inma “Métodos de investigación cualitativa” en: Bisquerra, Rafael (coord.) (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid, La Muralla.

Sánchez, Esteban (2001). *Principios de EE*. Madrid, CCS.

Sánchez, Pedro *et al.*, “Parte III Educación Especial en México (1990-2001) en: Sánchez, Pedro (coord.) (2003) *Aprendizaje y Desarrollo. Cuadernillo No. 4*. México, COMIE.

SEP (1992) *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica*. México, SEP

SEP (2006). *Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial*, México, SEP.

SEP-DEE (2011) *Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial*. México, SEP-DEE.

Sola, Tomás y López, Natividad “La educación especial y los sujetos con necesidades educativas especiales” en: Lou, María y López, Natividad (coords) (2001) *Bases psicológicas de la educación especial*. Madrid, Pirámide.

Vallés, Antonio (2006) *Alumnos con Inatención, Impulsividad e Hiperactividad. Intervención Multimodal*. Madrid, EOS.

Van-Wielink, Guillermo (2004) *Déficit de Atención con Hiperactividad*. México, Trillas.

Internet

Artículo 3º constitucional <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/4.htm?s>

CUADRO DE ANEXOS

ANEXOS	FECHA	TIPO DE DOCUMENTO	ELABORADOR	CONTENIDO	CATEGORIA
ANEXO 1	10 de septiembre de 2011	Receta médica.	Emitido por PEDICENTRO Especialidades Pediátricas Elaborado por la Dra. Guadalupe Jean Tron.	Diagnóstico y la elaboración de exámenes clínicos.	"Realizar EEG convencional y mapeo cerebral. DX. TDAH" (DC)
ANEXO 2	25 de octubre de 2011	Reporte psicológico.	Emitido por PEDICENTRO Especialidades Pediátricas Elaborado por la Psc. Jenny Trejo Laison.	Valoración psicológica y aplicación de pruebas psicológicas. Descripción y puntajes obtenidos de la aplicación de pruebas psicológicas.	<p>La paciente si presta atención a las indicaciones, pero pierde atención con facilidad ya que platica mucho. [A esta indicación se debe señalar que en el documento aparece sombreado lo referente a que pierde atención con facilidad. Este sombreado lo hizo la maestra de apoyo de USAER, quien nos informó al respecto, señalando que lo había hecho con la finalidad de remarcar la incongruencia del reporte.] (DC)</p> <p>"Se realizaron esto con la intención de identificar si la paciente sigue y respeta reglas, capacidad de atención y memoria, obteniendo como resultado una actitud favorable." (DC)</p> <p>"De acuerdo a los resultados de las pruebas de inteligencia realizadas, la paciente no muestra problemas de comprensión y percepción. Su aprendizaje se realiza a un ritmo normal. Se recomienda que para evitar que la paciente pierda la atención o se distraiga la enseñanza sea un poco más personalizada y con indicaciones claras.</p> <p>Profesionalmente, me inclino a pensar que la falta de atención no es a causa de un daño neurológico sino a una mínima falta de maduración en la capacidad de atención, debidas a la falta de motivación y estimulación que la paciente requiere." (DC)</p> <p>:"...me inclino a pensar que la falta de atención no es a causa de un daño neurológico, sino una mínima falta de maduración en la capacidad de atención, debidas a la falta de motivación y estimulación que la paciente</p>

						requiere." (DC)
ANEXO 3	12 de noviembre de 2011	Receta médica.	Emitido por PEDICENTRO Especialidades Pediátricas Elaborado por el Dr. Sabino Suárez Hortiales.	Tratamiento y dosis del mismo.	"Metilfenidato (Ritalin) tabletas 10 mg tomar una tableta diaria por la mañana por 2 meses sin suspender" "Se sugiere Terapia Cognitivo Conductual" (DC)	
ANEXO 4	12 de noviembre de 2011	Receta médica.	Emitido por PEDICENTRO Especialidades Pediátricas Elaborado por el Dr. Sabino Suárez Hortiales.	Diagnóstico y Tratamiento	" Diagnóstico: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad tipo Mixto" (DC) "Tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual y Metilfenidato (Ritalin)" (DC)	
ANEXO 5	20 de enero de 2012	Hoja de seguimiento.	Emitido por la DGSEI Elaborado por la Docente de apoyo Verónica Galicia Ruiz.	Intervención de la USAER 74 (Hoja de seguimiento)	(EPP) (PI)	
ANEXO 6	3 de marzo de 2012	Constancia de estudios.	Emitido por la SEP Elaborado por el Director Alberto Hernández Moreno.	Calificaciones de Arleth	.	
ANEXO 7	20 de enero de 2012	Hoja de recomendaciones para profesores de alumnos con T.D.A.H.	Emitido por la Secretaría de Salud.	Recomendaciones para los profesores	(EPP)	
ANEXO 8	4 de enero de 2012	Entrevista a padres de familia.	Emitido por la DGSEI	Información relevante del niño: estructura familiar, desarrollo, dinámica familiar, datos socioeconómicos, historia escolar y situación actual.		
ANEXO 9	2 de marzo de 2012	Entrevista no estructurada a la profesora de 1er grado.	Elaborado por las sustentantes	Información sobre el comportamiento y rendimiento escolar de Arleth.	me pidió que la canalizara a USAER e insistentemente me exigió que lo hiciera porque tenía el diagnóstico de TDAH mixto (D)	
ANEXO 10	2 de marzo de 2012	Entrevista Semi-estructurada al profesor de 2 ° grado.	Elaborado por las sustentantes	Información respecto al comportamiento y rendimiento académico de Arleth.	(EPP)	
ANEXO 11	9 de marzo de 2012	Entrevista Semi-estructurada a Arleth.	Elaborado por las sustentantes	Información personal (gustos e intereses), académica.	...antes no me apuraba en la escuela pero es porque estaba atrás y no podía ver nada . (DC)	
ANEXO 12	9 de mayo de 2012	Entrevista Semi-estructurada al padre de Arleth.	Elaborado por las sustentantes	Información respecto a la evolución del caso de Arleth, desde la forma en la que se diagnosticó hasta los resultados del tratamiento.	...porque cuando entró a la primaria empezó a ser agresiva, no quería hacer tarea y le aventaba los cuadernos a la maestra. (DC)	

ANEXO 13	29 de mayo de 2012	Entrevista no estructurada a la madre de Arleth.	Elaborado por las sustentantes	Percepción que tiene la mamá respecto al comportamiento de Arleth	
ANEXO 14	11 de junio de 2012	Entrevista Semi-estructurada a la maestra de USAER.	Elaborado por las sustentantes	Información de la intervención de USAER en el caso de Arleth.	<p>...yo considero y se los comento a ustedes que hay un mal diagnóstico, que muchas veces las instituciones privadas con el afán de ganar un dinero, le digo al padre lo que quiero escuchar, si porque nosotros generalmente aquí en educación especial en el sistema enviamos al sistema de salud porque hay una seriedad porque lo tienen que hacer, entonces por eso digo que existen algunas situaciones específicas que no me cuadran. (DC)</p> <p>Arleth llega a nosotros por la mamá, (...) la maestra Hilda no reporta nada y solamente me dice que la mamá necesita hablar conmigo porque quiere unas estrategias para su niña porque tiene TDAH, yo le cuestionaba a la maestra que si había notado algo. Para que a USAER llegue, a nosotros y podamos atender a un chico tiene que ser derivado por el docente y el docente ya debe haber agotado ya todas sus estrategias, esto es en el caso de Arleth, podría ser que está diagnosticada, yo diría entre comillas como TDAH porque tengo mis dudas. Llega ella diagnosticada con TDAH nos llama mucho la atención la niña y la maestra no reporta nada, dice que enseña igual y que la niña sigue siendo de alto aprovechamiento, incluso en su boleta ella tiene diez, ella es de diez, mmm, que lo único es que es muy seria, muy tranquila pero no incide en su</p>

<p>aprendizaje, sin embargo tenemos que darle respuesta al padre, entonces hacemos la entrevista con la mamá, a quien nosotros empezamos a notar que bueno, ya desde la experiencia propia que realmente era algo más atribuible a ella, no, que ella sentía que la chica tenía que tener un mejor aprovechamiento, no, y que las conductas en casa, no, hay un establecimiento de límites claros, entonces quiere que la escuela se los solucione (...) sin embargo por ya llegar con un diagnóstico, empezamos a atenderla y darle un seguimiento, esto pasa con estos chicos, así llega Arleth con nosotros. (DC)</p> <p>...Para que a USAER llegue nosotros y podamos atender a un chico tiene que ser derivado por el docente y el docente debe ya haber agotado ya todas sus estrategias, esto es en el caso de Arleth podría ser que esta diagnosticada yo diría entre comillas como TDAH porque tengo mis dudas no. Llega ella diagnosticada como TDAH nos llama mucho la atención que la niña la maestra no reporta nada, dice que enseñaría igual y que la niña sigue siendo de alto aprovechamiento, incluso en su boleta ella tiene diez, ella es de diez mmm que lo único es que es muy seria, muy tranquila pero no incide en su aprendizaje sin embargo tenemos que darle respuesta al padre, entonces hacemos la entrevista con la mamá quien nosotros empezamos a notar que bueno ya desde la experiencia propia que realmente era algo más</p>					
--	--	--	--	--	--

atribuible a ella no, que ella sentía que la chica tenía que tener un mayor aprovechamiento no y que las conductas en casa no hay un establecimiento de límites claros, entonces quiere que la escuela se lo solución. Nosotros por lineamientos tenemos que dar respuesta, por eso llega Arleth a nosotros y empezamos a darle seguimiento. (D)

... en el caso de Arleth podría ser que está diagnosticada, yo diría entre comillas como TDAH porque tengo mis dudas no. (EPP)

Ella necesita estar en contextos favorables para desarrollar sus potenciales, yo incluso pensaría y ahorita que estamos trabajando con los niños sobresalientes, para mí específicamente Arleth yo podría considerarla una chica sobresaliente por todo lo que ella da, la necesidad de ella es darle una respuesta diversificada para que le permita avanzar y desarrollar todos sus potenciales. (EPP)

Nosotros ahorita estamos en seguimiento mientras la chiquita no le incida en el aprendizaje, estaremos dando seguimiento, ahorita estamos esperando el siguiente ciclo escolar porque hemos tenido tres cambios de profesor, a mí me llama la atención también este diagnóstico, un TDAH no le puedes estar haciendo estos cambios, ella cambiaría, reaccionaría diferente, incluso subiría, bajaría el aprovechamiento y ella sigue igual, entonces problemas para relacionarse o los cambios, no le afectan, entonces ahorita llevamos un

ANEXO 15	10 de febrero de 2012	Primera observación a Arleth.	Elaborado por las sustentantes	Información del comportamiento de Arleth dentro del salón de clases.	seguimiento y bueno sería pensar en el siguiente ciclo escolar a estos chicos se les da seguimiento. (Pl) Los padres nada más llegan y a entrevistas, no hay un compromiso real, yo observo que nada más es dejar la responsabilidad a la escuela y en los demás no, no hay un trabajo específico con ella y además que son muy duros con ella, creo que lo que ellos pretenden en la chiquita es ven lo que ellos no pudieron hacer, el perfeccionismo y creo eso es lo que más le afecta, que buscan lograr en ella lo que ellos no hicieron. (Pl)
ANEXO 16	17 de febrero de 2012	Segunda observación a Arleth.	Elaborado por las sustentantes	Información del comportamiento de Arleth en actividades lúdicas.	
ANEXO 17	24 de mayo de 2012	Tercera observación a Arleth.	Elaborado por sustentantes	Información del contexto aulico	

e

ANEXO 1

Fecha: 10 de septiembre de 2011

Receta médica en la que se solicita realizar EEG y mapeo cerebral

ANEXO

(A)

PEDICENTRO
Especialidades Pediátricas

Calle Francisco I. Madero No. 18, Los Reyes La Paz Edo. de México C.P. 56400 Tel: 41211091

Dr. Candelaria Jara Ibarra
Especialidad: Neurología Pediátrica
Ced. Prof. 4782915

NOMBRE: Arleth Nave Rosas

Realizar EEG convencional
y mapeo cerebral

DixitPAH.

FECHA 10/09/11
EDAD 7 años
PESO 21.5 kg
TALLA _____
TEMP. _____
T.A. _____

Presente esta receta en su próxima consulta

Cell: _____
E-mail: pedicentro@hotmail.com

LUNES A VIERNES
9:00 A.M. A 19:00 Hrs.
SABADO
9:00 A.M. A 14:00 Hrs.

ANEXO 2

Fecha: 25 de octubre de 2011
Reporte psicológico



PEDICENTRO

Especialidades Pediátricas

Octubre-2011

REPORTE PSICOLOGICO

Nombre de la paciente: Arleth Nava Rosas
Edad: 7 años 5 meses
Fecha de nacimiento: 20/abril/2004
Escolaridad: 2 do de primaria

Motivo de consulta: valoración psicológica y aplicación de pruebas por petición del área de neurología.

La paciente Arleth Nava Rosas, de 7 años de edad, acude a consulta psicológica acompañada de su mamá, la cual hace referencia sobre su preocupación ya que su hija pierde la atención muy fácilmente lo cual pudiera ocasionarle problemas escolares.

La Sra. Mariana la cual es la madre de la paciente, refiere que durante el embarazo, no tuvo problemas de salud. El embarazo llevo a buen término a los 9 meses, Arleth nació pesando 4,400 kg y midió 53cm, lloro al nacer y no tuvo complicaciones medicas, fue amamantada durante 11 meses. No gateo, y camino aprox. al año, sus primeras palabras fueron mamá y papá a los 9 meses.

Durante las primeras sesiones, se trabaja en establecer rapport y ganar la confianza de la paciente para facilitar el trabajo en el consultorio.

MOTIVO DE APLICACIÓN

Se desean conocer los procesos intelectuales de Arleth Nava Rosas

PRUEBAS APLICADAS

- Prueba de inteligencia Pierre Guilles Weill
- Prueba de inteligencia BETA II-R
- Prueba de inteligencia BARSIT
- Habilidades matemáticas
- Juegos didácticos

CONDUCTA OBSERVADA

Arleth acudió puntual a las sesiones programadas en compañía de su madre, la Sra. Mariana Rosas. A lo largo de la evaluación se mostro tranquila y en momentos platicadora. No tuvo dificultades para comprender las indicaciones. La actitud hacia el examinador fue de aceptación.

E-mail: pedicentro@hotmail.com / carloscantillomaza@hotmail.com

Calle Francisco I. Madero No. 18, Los Reyes La Paz Edo. de México C.P. 56400 Tel: 41211091



PEDICENTRO

Especialidades Pediátricas

Durante la aplicación de las pruebas:

- La paciente si presta atención a las indicaciones, pero pierde la atención con facilidad ya que platica mucho.
- Sus trazos al iluminar son controlados, ya que respeta los límites en los dibujos.
- Reconoce los números al verlos escritos, y los traza sin problemas.
- Reconoce los colores.
- En cuanto a las figuras geométricas identifica sin problema el cuadrado, rectángulo triángulo y estrella.

RÉSULTADOS OBTENIDOS

Nombre de la Prueba	Puntaje obtenido	Calificación en C.I
Pierre Guilles Weil	34	S.T.M (superior a término medio)
Beta II-R	39	TM (término medio) C.I 85
BARSIT	23	TM (término medio)
Habilidades matemáticas	19	T.M (término medio)
Rompecabezas	3:00 min	T.M (Termino medio)
Memorama	16/25	T.M (término medio)

*Cabe mencionar que las calificaciones han sido cotejadas en tablas estandarizadas de acuerdo a la edad y escolaridad de la paciente

En las pruebas con juegos didácticos (rompecabezas, memorama y lotería). Se realizaron esto con la intención de identificar si la paciente sigue y respeta reglas, capacidad de atención y memoria, obteniendo como resultado una actitud favorable.

*Pierre Guilles Weil: es una prueba de inteligencia que consiste en una serie de dibujos incompletos, a los cuales debe escoger entre los dibujos de abajo y tachar el objeto faltante, esta prueba mide habilidad capacidad de observación, percepción y razonamiento analógico.

*BETA II-R: es una prueba de inteligencia no verbal, está compuesta por seis tareas, cada una de ellas mide como uno puede resolver determinados problemas. Las tareas son: laberintos, claves, figuras geométricas, figuras incompletas, pares iguales Vs pares desiguales y objetos equivocados.

*BARSIT: Esta prueba mide la capacidad general para resolver problemas eficazmente. Es un cuestionario de opción múltiple que consta de 60 reactivos en los que se califica: información o conocimientos generales, comprensión de vocabulario, razonamiento verbal, razonamiento lógico y razonamiento numérico. Con límite de tiempo de 10

E-mail: pedicentro@hotmail.com / carloscantillomaza@hotmail.com

Calle Francisco I. Madero No. 18, Los Reyes La Paz Edo. de México C.P. 56400 Tel: 41211091



PEDICENTRO

Especialidades Pediátricas

minutos por aplicación. Para niños de niveles primarios y adultos con 1° de Secundaria o inferior o a partir de mandos intermedios hacia abajo.

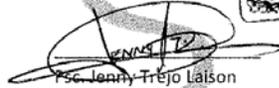
***Habilidades Matemáticas:** esta prueba consiste en operaciones numéricas de acuerdo a la edad del paciente en este caso (sumas, restas así como operaciones para observar la capacidad de noción de cantidades). Mide capacidad de razonamiento lógico-matemático.

De acuerdo a los resultados de las pruebas de inteligencia realizadas, la paciente no muestra problemas de ~~comprensión y percepción~~. Su aprendizaje se realiza a un ritmo normal. Se recomienda que para evitar que la paciente pierda la atención o se distraiga la enseñanza sea un poco más personalizada y con indicaciones claras. Profesionalmente, me inclino a pensar que la falta de atención no es a causa de un daño neurológico sino a una ~~mínimo falta de maduración, en la capacidad de atención~~, debidas a la falta de motivación y estimulación que la paciente requiere. (3)

Sin más por el momento me despido de usted, esperando que este reporte le sea de utilidad, para el diagnóstico y tratamiento oportuno de nuestra pequeña paciente ya que el trabajo en conjunto logra grandes y mejores resultados.

Atentamente




Psc. Jenny Trejo Laison

E-mail: pedicentro@hotmail.com / carloscantillomaza@hotmail.com

Calle Francisco I. Madero No. 18, Los Reyes La Paz Edo. de México C.P. 56400 Tel: 41211091

Nota: los subrayados los hizo la maestra de USAER quien comentó que la razón fue porque esas partes las consideró como incongruencias del informe.

ANEXO 3

Fecha: 12 de noviembre de 2011

Receta médica en la que se prescribe metilfenidato y terapia conductiva conductual

PEDICENTRO
Especialidades Pediátricas

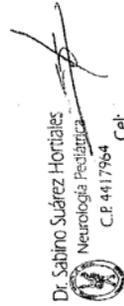
Dr. Sabino Suárez Hortalés
Especialidad: Neurología Pediátrica
Ced. Prof. 6880403

Calle Francisco I. Madero No. 18, Los Reyes La Paz Edo. de México C.P. 56400 Tel: 41211091

NOMBRE: Arleth Nave Rivas

FECHA 12/11/2011
EDAD 70.8m
PESO 22kg
TALLA _____
TEMP. _____
T.A. _____

0 Metilfenidato 70 tablets 10mg
(1 tableta)
Tomar 1 tableta dos veces por la
mañana por 2 meses sin
suspender

Dr. Sabino Suárez Hortalés
Neurología Pediátrica
C.P. 4417964 Cel: 

E-mail: pedicentro@hotmail.com

LUNES A VIERNES
9:00 A.M. A 19:00 Hrs.
SABADO
9:00 A.M. A 14:00 Hrs.

Presente esta receta en su próxima consulta

*Se sugiere Terapia Conductiva Conductual

ANEXO 4

Fecha: 12 de noviembre de 2011

Receta médica que indica el diagnóstico y tratamiento

 Dr. Sabino Suárez Hortales
Especialidad: Neurología Pediátrica
Ced. Prof. 6880483

PEDICENTRO
Especialidades Pediátricas

Calle Francisco I. Madero No. 18, Los Reyes La Paz Edo. de México C.P. 56400 Tel: 41211091

FECHA 12/11/2011 Nov NOMBRE: Amelth Lorea Rosas

EDAD 7e Sm

PESO 22 Kg

TALLA _____

TEMP. _____

T.A. _____

* Diagnóstico
- Transitorio de Debye L de Atkinson
- Hipercalcemia Tipo Mixto

* Tratamiento
- Terapias según sea Conducido
- Metilfenidato (Cada)

LUNES A VIERNES
9:00 A.M. A 19:00 Hrs.
SABADO
9:00 A.M. A 14:00 Hrs.

Dr. Sabino Suárez Hortales
Neurología Pediátrica
C.P. 4417964 Cel:
 E-mail: pedicentro@hotmail.com

Presente esta receta en su próxima consulta

ANEXO 5

Fecha: 12 de diciembre de 2011
Hoja de seguimiento de USAER

Zona de Supervisión de Educación Especial N° 1
 Región San Miguel Teotongo, Iztapalapa
 Documento de apoyo para actualización de docentes y paraprofesionales

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS SAN MIGUEL TEOTONGO

HOJA DE SEGUIMIENTO

Alumno: Alleth Nava Rosas Grado: 2 Grupo: A
 CCT: _____ Torno: Matutino

Escuela: "Gaudencia Pedraza"
 Prof(a) Grupo: _____
 Docente de apoyo: Verónica Galicia Ruiz Paraprofesor: José Flores Martínez
 USAER: 74 CCT: Torno Matutino Zona Educ. Especial: _____
 Fecha: _____ Ciclo Escolar: _____

Fecha	Acciones realizadas	Acuerdos	Responsables
12/Dic/2012	* Se presentó la Sra. Mariana Rosas Telle. a solicitar apoyo para su hijo que present TDH.	* cita para el 04 de Enero de 2012 8:30am. * Para entrevista a padres. * Comentar con el profesor	 Verónica R. Ruiz Verónica R.
04-Enero-2012	Se realizó la entrevista con los padres de familia de la alumna Alleth Nava Rosas.	* Trabajar estrategia con la alumna.	

Profesor de Grupo: _____ ATENTAMENTE
 Docente de apoyo: _____ Paraprofesor: José Flores Martínez

ANEXO 6

Fecha: 3 de marzo de 2012
Constancia de estudios



SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
PÚBLICA | **SEP**

NOMBRE : PROFR. GAUDENCIO PERAZA

CCT: 09DPR32910

CLAVE ECO: M-362-63-XII-X

DOMICILIO: AV. UNION DE COLONOS NO.6

DELEGACIÓN: IZTAPALAPA

COLONIA: SAN MIGUEL TEOTONGO

C.P.: 09630 **TELÉFONO:** 58571092

EXT:

ASUNTO: CONSTANCIA DE ESTUDIOS.

A QUIEN CORRESPONDA:

El suscrito Director de la Escuela citada en la referencia hace constar que la Alumna:

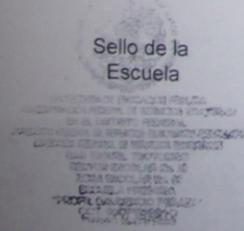
ARLETH NAVA ROSAS CURP: NARA040420MMCVSRAO

está inscrita en el SEGUNDO grado, grupo A de este Ciclo Escolar.

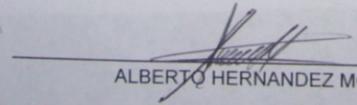
EVALUACIÓN	ESP.	MAT.	ENYS	F.C.	E.F.	E.A.	S.L.	PROMEDIO
PRIMER PERÍODO	8	9	10	9	10	10	**	9.3
SEGUNDO PERÍODO	10	10	10	10	10	10	**	10.0
TERCER PERÍODO	10	10	10	10	10	10	**	10.0
CUARTO PERÍODO	**	**	**	**	**	**	**	**
QUINTO PERÍODO	**	**	**	**	**	**	**	**
PROMEDIO	9.3	9.6	10.0	9.6	10.0	10.0	**	9.7

A petición de la interesada y para los fines legales que a la misma convengan, se extiende la presente CONSTANCIA en México, Distrito Federal, el día cinco de marzo de dos mil doce.

Sello de la Escuela



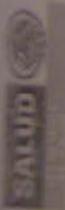
ATENTAMENTE
DIRECTOR DE LA ESCUELA



ALBERTO HERNANDEZ MORENO

ANEXO 7

Fecha: 20 de enero de 2012
Hoja de recomendaciones

SALUD  **SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

**RECOMENDACIONES PARA PROFESORES DE
ALUMNOS CON T. D. A. H.**

- * *No sentarlo junto a las ventanas o puertas.*
- * *De preferencia sentarlo adelante y cerca de las figuras de autoridad (profesor-a).*
- * *Sentarlo de ser posible, sin compañero de pupitre.*
- * *Ser especialmente constante en el manejo de límites.*
- * *Si realiza acciones positivas como : cooperar y permanecer atento, reforzarlas con comentarios positivos.*
- * *Si efectúa acciones inapropiadas, llamarle la atención en privado sin avergonzarlo.*
- * *No dejar pasar situaciones inapropiadas y malas conductas señalándolas brevemente o si ya existía una advertencia previa, cumplir los castigos (sin ponerlo en ridículo y evitando lastimar su autoestima).*
- * *En caso necesario invitar a los padres a que observen en casa la falta de atención de su hijo y como puede no concluir sus deberes por distracción.*
- * *Estimular con frecuencia su conducta positiva con estímulos verbales de felicitación que los comprometen a mejorar.*
- * *Considerando la rapidéz con la que puede terminar sus actividades, planear trabajos alternos (cuadernos adicionales para favorecer la maduración perceptual).*
- * *Tenerla mucha paciencia ya que son niños inteligentes que biológicamente no pueden mantener su atención en un solo lugar y continuamente su cuerpo y mente están activos.*

ENTREVISTAS

ANEXO 8

Fecha: 4 de enero de 2012
Entrevistados: padres de Arleth
Hora de inicio: 8:30 a.m.
Hora de término: 9:00 a.m.

Original



DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS San Miguel Teacalco
SUPERVISIÓN DE ZONA No. 9 DE EDUCACIÓN ESPECIAL
USAER 74 C.C.T. CEFOA

Fecha: 04-Enero-2012

CICLO ESCOLAR 2011 - 2012

ENTREVISTA A PADRES

Esta entrevista tiene la finalidad de obtener información relevante respecto al niño: estructura familiar, desarrollo, dinámica familiar, datos socioeconómicos, historia escolar y situación actual actuales para apoyar acciones que favorezcan el aprendizaje del alumno.

Cabe recordar que en su carácter de entrevista, la información que se recabe mediante este instrumento será más precisa y pertinente, si es aplicada por el maestro de apoyo u otro profesional de la USAER considerando el tiempo y el espacio adecuado.

I. DATOS GENERALES

Nombre del (la) alumno (a): Arleth Nava Rosas
Edad actual: 7 años 9 meses
Domicilio: Calle Hinas Mena #114 Lote M-A
Colonia San Miguel Teacalco
Teléfono: 58554785 58551755+Recambos
Escuela: Gaudencio Pedraza
Turno: Matutino Grado: 2º Grupo: "A"

II. ESTRUCTURA FAMILIAR

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Madre	<u>Mariana Rosas Teate</u>	<u>25</u>	<u>Medio Superior</u>	<u>Hogar</u>
Padre	<u>Jhonatan Cuevas</u>	<u>28</u>	<u>Medio Superior</u>	<u>Empleado</u>
Hermanos	<u>Nava Jimenez</u>			
	<u>Hector Nava Rosas</u>	<u>1 año y 6 meses</u>		
Otros familiares que vivan con el menor				

MÉXICO 2010

Bicentenario Independencia
Centenario Revolución

¿Alguno de los (las) herman@s ha estado en algún Servicio de Educación Especial? Si No
¿Quién?: _____
Motivo: _____

III. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

1. Características del embarazo:
Los 3 primeros meses náuseas y vómito, fue de 9 meses la gestación
Cesárea, No presentó dolores y ya era la fecha y decidí
la cesárea porque venía muy grande.
2. Características del parto:
4 Kilos 400 grs. lloró al nacer, (No recuerda la coloración)
Le realizaron la prueba del Tumbiz,
3. Antecedentes heredo-familiares (enfermedades hereditarias, madre, padre, abuelos):
Tto materno presente (Hipo-tiroidismo)
4. Enfermedades significativas o alteraciones que ha enfrentado el niño@, y la atención que ha recibido:
Sólo gripas de lo normal.
5. Edad a la que: caminó con ayuda tanto (mes) A los 10 meses empezó a usar Andador Edad a la que habló: _____
6. Edad en que controló esfínteres (avisó para ir al baño): 2 años con ayuda
2 años 7 meses sin ayuda
Dejó de usar el pañal.
7. Enfrenta alguna discapacidad su hijo@ Si No
8. Institución que diagnostica y brinda atención:
"PEDICENTRO"

Valeción → 9 meses
ter. Sitaba → (ma) 9 meses
ter. Palabra → "Mamá" 10 meses
ter. Oración → "No recuerda"

IV. DINÁMICA FAMILIAR

1. ¿Los padres del (la) menor viven juntos? Si No
2. ¿Con quién vive el (la) menor?

3. ¿Describa como es la comunicación entre los padres?
Preferen hablar o resolver sus problemas hablando que no se dé cuenta la niña porque la niña les pregunta porque discuten.
4. ¿Cómo interactúa el (la) menor con sus padres, con sus hermanos y otros familiares?
Cuando hay momentos que les platica que es lo que le pasa en la escuela, con ambos se relaciona y cuando quiere algo va con quien cree que le va a resolver ^{o dar la respuesta.}
5. ¿Están enterados los padres o la familia cómo interactúa el (la) menor con otr@s niñ@s de su edad? (Elabore una descripción)
Es muy llevada con los niños, juega muy pesado
6. ¿Quién o quiénes toman las decisiones importantes de la familia? (cambios de domicilio, cambio de escuela para el niño, tratamientos, desplazamientos familiares)
Ambos toman la decisión.
De escuela en el kinder a cambio dejó de ir xq' un niño la molestaba y por eso la cambia y cuando entro
7. ¿Qué tipo de decisiones le permiten tomar al (la) niñ@? Ejemplifique.
Que ella escoja que programas quiere ver
Que se quiere poner de ropa / Si quiere ir con su papá.
Cuando le compraron los lentes ella los escogió
8. En caso de ser usted o quién es responsable del (la) menor, considera que si este comete una falta ¿Cuál es la actitud que toma ante este hecho?
Le explican que no están bien las cosas que no se deben de hacer así las cosas y ella las ignora.
9. Tienen dificultades para integrar al (la) niñ@ en las actividades familiares Si No
¿Por qué? (Elabore una descripción) ALGUNAS
Siempre prefiere quedarse en casa ella y no salir con sus papás.

10. ¿El horario y las características del trabajo de los padres les permite dedicar tiempo al (la) menor y a su familia?

Por parte de la mamá sí todos los días.
El papá la trae en las mañanas todos los días
y en las noches cuando llega y los fines de semana.

V. DATOS SOCIOECONÓMICOS

1. La familia habita en:

- | | |
|--|--|
| Casa: | Departamento: |
| <input checked="" type="checkbox"/> propia | <input checked="" type="checkbox"/> propio |
| <input type="checkbox"/> rentada | <input type="checkbox"/> rentado |
| <input type="checkbox"/> en préstamo | <input type="checkbox"/> en préstamo |
| <input type="checkbox"/> compartida | <input type="checkbox"/> compartido |

Otro tipo de habitación (especifique)

2. Número de habitaciones con las que cuenta su casa o departamento (excluyendo sala, comedor y baño) 5

3. La casa o departamento en la que vive cuenta con el servicio de:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> luz | <input checked="" type="checkbox"/> agua | <input checked="" type="checkbox"/> gas |
| <input checked="" type="checkbox"/> teléfono | <input checked="" type="checkbox"/> drenaje | <input type="checkbox"/> Tipo de piso |
- Describe: Lozeta.

4. ¿Cuántas personas aportan al ingreso familiar?

1

5. ¿El niño contribuye con el ingreso familiar? Si No ¿Cómo?

6. ¿A cuánto asciende el ingreso quincenal de la familia? (Especifique en salarios mínimos)

\$ 8,300.00

7. ¿Con qué servicio médico cuenta? (Especifique)

IMSS y gastos médicos mayores

VI. TRAYECTORIA ESCOLAR

A. EDUCACIÓN INICIAL

1. ¿El (la) alum@ acudió a Estancia Infantil/CENDI:

Si: ___ No: Oficial: ___ Particular: ___

2. Edad de ingreso: _____ Periodo de permanencia: _____

3. Describa con detalle las características de adaptación del niñ@ a la educación inicial (le costó trabajo, fue sencillo, etcétera):

B. SITUACIÓN ESCOLAR ANTERIOR Y ACTUAL

Nivel escolar en que se encuentra el niñ@

() Preescolar

Primaria

() Secundaria

Edad a la que ingresó a preescolar: 4 años

Años cursados: _____

Edad a la que ingresó a primaria: 6 años

Años cursados: _____

Edad a la que ingresó a secundaria: _____

Años cursados: _____

¿Con qué frecuencia asiste el (la) alum@ a la escuela?

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

Normalmente diario excepto que llegé a enfermarse.

Rendimiento académico del (la) alum@:

Es regular

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

Que no pedía permisos

Conducta del (la) alum@ en la escuela:

Su conducta es buena

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

¿Cómo interactúa el (la) alum@ con sus maestr@s, compañer@s, amig@s, etcétera?

a) Dentro del salón Es socialde

b) En el recreo

c)Fuera de la escuela

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

¿Qué le gustaría que l@s profesor@s tomaran en cuenta a la hora de relacionarse con su hij@?
La paciencia.

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

¿Qué se le facilita aprender al (la) alumn@?
Todo menos matemáticas

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

¿Enfrenta dificultades en su aprendizaje?
En matemáticas

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

¿Quién y cómo apoyan en la realización de las tareas escolares?
La mamá,

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

Tareas escolares que se le facilitan o se le dificultan:

¿Algo que quiera destacar del nivel escolar anterior?

Mencione qué actividades extraescolares realiza

Expectativas en relación a su hij@ (qué espera de él (ella):

Esperan que aproveche todo lo que tiene y pueda salir de la primaria y tenga buen aprendizaje.

¿Qué está usted dispuest@ a hacer para ayudar en el aprendizaje de su hij@?

Lo que los maestros les indiquen



¿Qué está usted dispuest@ a hacer para apoyar a su hij@ a relacionarse de una manera diferente con las que personas con quienes convive?

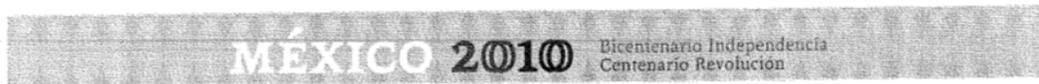
Mariana Rosas Tente
Nombre y firma del Padre o Tutor

Docente de Apoyo
Nombre y firma

Docente de Grupo
Nombre y firma

Director (a) de Escuela Regular
Nombre y firma

Director (a) del Servicio
Nombre y firma



ANEXO 9

Fecha: 2 de marzo de 2012

Entrevistada: Profesora de 1° grado.

Hora de inicio: 8:30 a.m.

Hora de término: 8:45 a.m.

La entrevista fue no estructurada o abierta y se realizó en el patio de recreo de la escuela, pidiéndole a la profesora su autorización para hacerle una entrevista, a lo que ella indicó que sí, pero que fuera breve. La pregunta fue: **Profesora, usted tuvo como alumna a Arleth el año pasado escolar, ¿nos podría comentar algunas observaciones que usted recuerde sobre su comportamiento en clase?** A esto, ella comentó: *Yo estuve con el grupo de Arleth por un mes porque anteriormente hubo otros docentes, pero en ese corto tiempo observé que la niña hablaba mucho, que es una niña muy lista e inteligente, sin embargo me pareció curioso que Arleth expresaba que estaba enferma porque su mamá eso le decía. En el tiempo que estuve frente al grupo, un día la mamá de Arleth se presentó y me pidió que la canalizara a USAER. La señora es muy exagerada e insistentemente me exigió que lo hiciera porque tenía el diagnóstico de TDAH mixto. A esto informé a la maestra de apoyo de USAER para que la atendiera. La niña faltaba mucho, aunque trabajaba muy bonito, no era una niña de 10, pero se esforzaba mucho.*

Entonces la USAER atiende a Arleth por exigencia de la mamá, haciéndole un seguimiento.

Concluye indicándonos que eso es todo lo que puede decir.

ANEXO 10

Fecha: 2 de Marzo de 2012
Entrevistado: Profesor de 2° grado
Hora de inicio: 9:10 a.m.
Hora de término: 9:25 a.m.

La entrevista fue no estructurada o abierta y se agradeció al profesor por acceder a compartimos sus comentarios sobre Arleth quien es su alumna en 2° grado de primaria y permitirnos usar una grabadora.

1.- ¿Profesor, indique cuánto tiempo lleva a cargo de este grupo?

Todo lo que va del curso, 8 a 9 meses.

2.- ¿Qué nos puede decir del desempeño académico de Arleth?

Yo creo que de acuerdo a lo que he observado con esta niña, su desarrollo académico es muy bueno, es muy muy detallista, también en cuanto a la elaboración de cada uno de sus trabajos que realiza..., en las asignaturas que manejamos.

3.- ¿Cómo es la relación de Arleth con sus compañeros?

Con el grupo no es muy muy sociable, tiene..., amigas o amistades..., muy contadas como alrededor de cinco, seis compañeros y de ahí que yo noto que por momentos se aísla un poco.

4.- ¿Cómo es la relación con usted?

Yo, yo he notado últimamente que la niña conmigo, me platica sus cosas de su casa por ejemplo, por ejemplo este, me comentó que su hermanito le arranca las hojas de su cuaderno, que su hermanito hizo una travesura, queeee, que va ir al doctor por eso no va a venir, incluso ayer me mencionó que no iba a asistir hoy porque sus papás la iban a llevar al médico, por esa razón no está ahorita...,yo siento que... le inspiro confianza... a la niña, me comenta, me comenta lo que pasa en su casa, lo que hace, a dónde va.

5.- Podría indicarnos ¿cómo es su comportamiento en el salón de clases?

Por ese lado es muy muy disciplinada la niña, es muy tranquilita, tiene una disciplina muy ordenadita porque está sentadita eeeh, hace sus actividades, las termina, se viene a calificar, regresa y me dice ¿qué hago maestro? ¿qué cuaderno saco? ¿qué libro saco? es muy activa en cuanto ese tipo de actividades.

6.- ¿Cómo trata el grupo de compañeros a Arleth?

El grupo pues, el grupo la trata pues, como yo les comento, que, que debemos de tratarnos aquí como compañeros porque pues trabajamos todo el día, nos estamos aquí toda la mañana, entonces nos debemos de tratar bien, llevarnos bien y el grupo con la niña pues se lleva, se lleva bien, no hay ningún problema con ella, ni con el grupo, ni dificultades, ningún tipo de problema hacia ella, ni ella hacia el grupo.

7.- ¿Ha notado algún comportamiento agresivo de parte de Arleth para con sus compañeros?

No, no, en ocasiones como que observo que se aísla, pero no se da ese caso con ella.

8.- ¿Se le ha informado del trabajo que realiza la USAER con Arleth y el motivo de la atención?

A pues por la maestra Vero que una vez me vino a decir que iba a observar a la niña porque tenía problemas y me comentó varias cosas de su situación y yo le comenté..., yo la verdad maestra desconozco todo esto. Hasta que yo hablé con la mamá fue que ella me hizo el comentario y cuando me dijo quién era su hija, dije... ¡hay no puede ser!, por el aprovechamiento que yo veo que tiene la niña. Posteriormente de esos comentarios, la maestra de USAER me enteró del seguimiento.

9.- ¿Detecta en Arleth algún problema de aprendizaje?

No, no, es una niña que, que todas sus actividades las realiza, las realiza bien, bien; claro con la ayuda de la mamá o del papá, pero creo que es con la ayuda de la mamá, pero sí, sus actividades son buenas eeeh, todas, todas son buenas y cuando saca una baja calificación se pone triste, pero es una niña muy buena, de eso estoy seguro.

10.- ¿Se le ha informado si Arleth requiere de la toma de algún medicamento?

No eso si lo desconozco, no me comentó nada la mamá e incluso yo le dije que me tuviera al tanto pero no, no hizo algún tipo de comentario sobre esto.

ANEXO 11

Fecha: 9 de marzo de 2012
Entrevistada: Arleth Nava
Hora de inicio: 9:50 a.m.
Hora de término: 10:20 a.m.

La entrevista fue no estructurada o abierta. Se agradeció a Arleth por contestar nuestras preguntas y usar una grabadora.

1. ¿Te gusta asistir a la escuela?

Sí, porque me gusta estudiar.

2. ¿Quién te trae a la escuela?

Mi papá o mi mamá.

3. ¿Por qué vienes a la escuela?

Para estudiar, para aprender.

4. ¿Qué es lo que te gustaría estudiar?

Doctora.

5. ¿Qué es lo que más te gusta de la escuela?

La sala de lectura.

6. ¿Arleth, en la escuela tienes amigas?

Sí, ellas me invitan a jugar aquí y a veces me invitan a jugar a su casa.

7. Cuando te invitan a jugar a sus casas, tu mamá, ¿te da permiso?

Sí.

8. ¿Quién es tu mejor amiga?

Alison y va en mi salón

9. ¿Te gusta jugar con tus compañeros?

Sí en el recreo.

10. ¿En el salón de clases a veces platicas con tus compañeros?

Sí pero luego el maestro nos regaña.

11. ¿Cómo te trata tu maestro?

Pues bien, a mí no me maltrata, ni a los que se apuran, pero a los que no se apuran les habla fuerte.

12. Cuando tu maestro explica la clase o algún tema, ¿le entiendes lo que dice?

Sí, pero a veces lo vuelve a explicar.

13. ¿Por qué crees que explica de nueva cuenta los temas?

Para que podamos....., para que nos diga qué hacemos en los trabajos.

14. ¿Qué es lo que más te agrada de tu maestro, ¿cómo enseña? o ¿cómo los trata?

Como nos trata....a los inteligentes

15. ¿Cómo trata a los inteligentes?

Nos dice ¡así, muy bien!, ¡que buen trabajo!, ¡sigan así!

16. ¿A ti, te dice así?

Sí

17. ¿Te molesta algo de tu maestro?

No

18. ¿Tu maestro acostumbra jugar con ustedes?

A veces, a veces nos saca a jugar afuera, jugamos a los quemados

19. ¿Qué clase es la que más te gusta?

Matemáticas

20. ¿Y por qué te gustan las matemáticas?

Porque lo que me enseñan, es que.....lo que casi no me sé, son la tablas

21. ¿Esas te fallan un poco?

Sí pero me gustan hacerlas

22. ¿Qué clase es la que más se te dificulta?

Las restas, porque luego hasta mi mamá me dice éste con éste, le pides uno prestado al otro

23. ¿Te gustaría que te ayudáramos con las restas?

Sí

24. ¿Quién te ayuda a hacer tu tarea?

Mi mamá

25. ¿Siempre es tu mamá?

Sí, a veces cuando no está mi mamá, mi papá

26. Por las tardes en tu casa, ¿sólo estás con tu mamá?

Sí, porque mi papá se va a trabajar y tengo un hermanito de 2 años

27. ¿Tu mami te revisa tus cuadernos y ejercicios de los libros?

Sí

28. ¿Y cuando llevas un 10 en algún ejercicio, qué te dice tu mamá?

Pues que felicidades

29. ¿Te gusta que te diga eso?

Sí

30. Cuando fuiste al doctor, ¿te mandó algún medicamento?

Sí, unas pastillas

31. ¿Y todavía las tomas?

Sí, los lunes, miércoles y viernes.

32. ¿Cuántas veces te tomas las pastillas al día?

Sólo una, en la mañana.... A las ocho y cuarto.

33. ¿Debe ser a la misma hora?

Sí, o si no más tarde.

34. ¿Y cómo te sientes cuando te la tomas?

Bien.

35. ¿Sabes por qué te están dando esas pastillas?

No.

36. ¿Te ha explicado esto tu mami?

A veces, que son para el cerebro, para que aprenda, para que bueno o casi no, pero sólo me explica eso.

37. ¿Tu mami te explica por qué te lleva al doctor?

Sí, porque estoy enferma, porque me dan consulta con la psicóloga.

38. ¿Hace mucho tiempo que te llevan al doctor?

Sí, este es el veintiun estudio

39. ¿Te gusta ir con el doctor o te da miedo?

Sí me gusta, no me da miedo el doctor.

40. ¿De qué estás enferma?

A veces de la tos, porque como mucho helado, a veces de la gripa o vómito.

41. Dices que tu mami te dice que estás enferma y por eso te lleva con el psicólogo, pero explícanos, ¿para qué te llevan con el psicólogo?

Ahorita ya no estoy enferma, pero un día me dio vómito, tos y gripa.

42. ¿Por qué tuviste vómito?

No sé, como que comí algo que no me cayó bien.

43. ¿Tu mami es la que siempre te lleva al doctor?

Sí, a veces mi papá.

44. ¿Cómo te llevas con tu mami?

Bien, le platico las cosas que hago en la escuela.

45. Cuando sales de la escuela, ¿qué te dice tu mami?

Que cómo me fue en la escuela, qué hiciste, a dónde fuiste...algo así.

46. ¿Los fines de semana vas con tu familia a algún lugar?

A veces salimos con mis primos y a veces nos quedamos en la casa.

47. ¿Cómo te portas en tu casa?

Bien.

48. ¿Eres una niña obediente?

Si, antes no me apuraba en la escuela, pero es porque estaba atrás y no podía ver nada.

49. ¿Usas lentes?

Sí, pero a veces no, porque no los encuentro.

50. Cuando no traes tus lentes a la escuela, ¿puedes hacer todas las actividades de la clase?

Sí, aunque me pongan en la segunda mesa.

ANEXO 12

Fecha: 9 de mayo de 2012
Entrevistado: padre de Arleth
Hora de inicio: 8:35 a.m.
Hora de término: 9:00 a.m.

La entrevista fue no estructurada o abierta y se agradeció al padre de Arleth por acceder a la entrevista y permitir el uso de una grabadora.

- 1. ¿A partir de qué edad notó que su hija necesitaba recibir atención especializada?**
A los seis años.
- 2. ¿Por qué decidió llevarla a un Centro de Especialidades Pediátricas?**
Porque cuando entró a la primaria empezó a ser agresiva, no quería hacer tarea y le aventaba los cuadernos a la maestra.
- 3. ¿Cuántos especialistas le diagnosticaron TDAH?**
Primero la llevamos con un psicólogo que la diagnosticó con déficit de atención, después con un neurólogo quien reafirmó el diagnóstico del psicólogo y nos mandó a que le hiciéramos el electroencefalograma.
- 4. ¿Cuál fue el tratamiento que recomendó el neurólogo?**
El ritalín, una pastilla diaria por las mañanas.
- 5. ¿Con el tratamiento observó alguna mejoría en su hija?**
Demasiada mejoría, fue un cambio radical, desde el primer año ya se comportaba bien.
- 6. ¿Durante la toma del ritalín, usted observó en Arleth algún efecto colateral?**
Ya no tenía apetito, la teníamos que obligar a comer.
- 7. ¿Por cuánto tiempo le prescribieron este medicamento?**
Durante seis meses, después le mandó a hacer el electroencefalograma y después le dio otra vez el ritalín pero ahora la dosis bajó y sólo se la toma lunes, miércoles y viernes por las mañanas, actualmente lleva 1 año 3 meses tomando el medicamento.

8. ¿Cuántas veces le han cambiado la dosis del medicamento?

Dos, el primero con una dosis más fuerte y el que se está tomando actualmente con una dosis más baja.

9. ¿Qué pronóstico le dio el especialista?

Que le mandarían a hacer otro electroencefalograma para checar cómo iba mejorando con el medicamento y si resultaba, se le iba a bajar cada vez más la dosis hasta que se le quitara por completo.

10. ¿Qué información le proporcionó el especialista?

Todos los especialistas nos han explicado los estudios que le han mandado a hacer a Arleth, lo que es el TDAH...nos han dado bastante información.

11. ¿Ante el diagnóstico, cómo reaccionó la familia?

Arleth tuvo un acercamiento con su hermanito, porque al principio no se acercaba a él, sentía que le quitaba atención, pero después ya lo cuidaba y le daba de comer.

12. ¿Cómo tratan a Arleth, los demás miembros de la familia?

Ya tienen una mejor relación con Arleth, le dicen que bonita niña, se porta bien, ha cambiado.

13. ¿Le ha explicado a Arleth lo que el especialista diagnosticó?

Sí, le explicamos todo, le decimos que hay niños que son hiperactivos, niños que son inteligentes, niños que son traviosos, que todos somos diferentes y así como es tu prima que hace sus cosas, se porta bien, no es grosera, tiene más amigos y amigas, ¿así te gustaría ser a ti?

14. ¿Qué actitud mostró su hija cuando le dieron esta explicación?

Muy tranquila no lo tomó a mal, sirvió por ejemplo, al principio le molestaba tomar la medicina, después ella se la tomaba porque en la familia le decían que era una bonita niña y que había cambiado mucho.

ANEXO 13

Fecha: 29 de mayo de 2012
Entrevistada: madre de Arleth
Hora de inicio: 10:30 a.m.
Hora de término: 11:00 a.m.

La entrevista fue no estructurada o abierta y se agradeció a la madre de Arleth su colaboración, así como el permitir usar una grabadora.

1. ¿Cuál es su opinión sobre el diagnóstico de su hija?

Arleth no está tomando su medicamento, la niña ya no ha tomado medicamento y veo cambios.

2. ¿Qué observaron y por qué decidieron cambiar a Arleth de su anterior escuela?

Emm, primero iba en la escuela Benito Pérez Galdós, la cambiamos por problemas con otra niña y falta de atención de la maestra de grupo, actualmente la maestra ya está jubilada.

3. ¿Cómo ha observado a Arleth, ahora que ya no toma el medicamento?

Como que otra vez empieza a distraerse, pero también creo que depende de ella, en la actitud que tiene.

4. ¿Qué recomendaciones le hizo la maestra de USAER?

Llevarla a terapia cognitiva, la mando a la FES Zaragoza para que pueda recibir la terapia, sin embargo no la he llevado, pero pienso llevarla al Psiquiátrico de Santa Catarina.

5. ¿La maestra de USAER ya cuenta con todo el informe médico?

La próxima consulta le pediré el electroencefalograma al pediatra, ya que éste se lo hicieron en el ISSSTE y lo tiene el pediatra, para entregárselos a la maestra.

ANEXO 14

Fecha: 11 de junio de 2012
Entrevistada: Maestra de USAER
Hora de inicio: 11:00 a.m.
Hora de término: 11:30 a.m

La entrevista fue no estructurada o abierta y se agradeció a la profesora por acceder a compartirnos sus comentarios sobre Arleth y permitir usar una grabadora.

1. ¿Qué función realiza en USAER?

Atender a los chicos con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, lo que hacemos nosotros es disminuir y eliminar las barreras al aprendizaje y la participación, esto es que nuestro chicos sean integrados a la escuela y no nada más integrados que se les dé una respuesta educativa que cubra sus expectativas, ¿cómo lo hacemos?... de manera colaborativa con los docentes, con toda la comunidad escolar, esa es nuestra función.

2. ¿Cuenta con apoyo técnico?

Sí, nosotros somos una USAER que atiende cinco escuelas, tenemos psicólogo, terapeuta de lenguaje, trabajador social no lo hay porque no están completos los grupos y nuestra supervisión cuenta con asesores que cuando necesitamos algo vienen, nos brindan esa asesoría de manera integral en las dudas que tenemos.

3. La USAER atiende a cinco escuelas, entonces cuando un niño requiere atención especializada, usted como maestra de apoyo se traslada a la escuela?

No, la USAER 74 depende de la supervisión nueve, nuestra USAER atiende a cinco escuelas, cada escuela tiene su maestro de apoyo lo que es itinerante es el equipo paradocente que es comunicación y psicología, ellos tienen un día asignado a cada escuela y van y atienden cada escuela, pero cada maestro de apoyo tiene una escuela donde es responsable.

4. ¿Cuántos niños atiende esta USAER?

En estadística en que nosotros podemos comprobar doce, pero en realidad se atiende a toda la escuela porque cuando tú trabajas no puedes pensar en el chico nada más, como deben ser prácticas inclusivas realizas actividades y estrategias que benefician al alumno y al resto del grupo.

5. ¿Cuenta con el apoyo del director y de los maestros?

En esta escuela sí, mira desgraciadamente para nosotros es muy difícil abrir los servicios, por qué, porque no están abiertos a la diversidad y muchas veces cuando los equipos de USAER llegan ellos creen que llegamos para revisarlos, para checarlos, para fiscalizarlos, nos toca hacer un fuerte trabajo de sensibilización para que los maestros le entren con nosotros a trabajar y trabajemos colaborativamente, no es un proceso fácil porque implica que ellos nos permitan ver su planeación, planear juntos, estudiar, ver su metodología, cómo enseñan y nosotras ahí incidir, entonces no es muy fácil porque a nadie le gusta ser evaluado y entonces si no contamos con todo eso es muy difícil poder impactar y es un fuerte trabajo de sensibilización.

6. ¿Hablando específicamente de Arleth, cómo llega a la USAER?

Arleth llega a nosotros por la mamá, ese grupo tiene unas características específicas ha tenido tres cambios de maestro, la primera era la maestra Angélica y ella no reportaba nada, ella no, cuando hacemos la evaluación diagnóstica inicial Arleth no aparece, aparecen otros dos chiquitos con rezago y bueno se evalúan y sabemos que ésta es la metodología y se le dan las sugerencias. En el periodo que, en... la segunda parte queda la maestra Hilda ella no nos reporta nada, solamente me dice que la mamá que necesita hablar conmigo porque quiere unas estrategias para su niña porque tiene TDAH, yo le cuestionaba a la maestra que si ella había notado algo. Para que a USAER llegue y podamos atender a un chico tiene que ser derivado por el docente y el docente debe ya haber agotado ya todas sus estrategias, esto es en el caso de Arleth podría ser que está diagnosticada, yo diría entre comillas como TDAH porque tengo mis dudas no. Llega ella diagnosticada como TDAH nos llama mucho la atención la niña y la maestra no reporta nada, dice que enseña igual y que la niña sigue siendo de alto aprovechamiento, incluso en su boleta ella tiene diez, ella es de diez, que lo único es que es muy seria, muy tranquila pero no incide en su aprendizaje, sin embargo tenemos que darle respuesta al padre, entonces hacemos la entrevista con la mamá, a quien nosotros empezamos a notar que bueno, ya desde la experiencia propia que realmente era algo más atribuible a ella, que ella sentía que la chica tenía que tener un mayor aprovechamiento no y que las conductas en casa no,

hay un establecimiento de límites claros, quiere que la escuela se lo solucione. Nosotros por lineamientos tenemos que dar respuesta, por eso llega Arleth a nosotros y empezamos a darle seguimiento a observarla a ver qué pasa con Arleth, sí notábamos que es muy seria, que es muy retraída es todo lo que notamos, pero en lo que nos compete a nosotros, realmente no incide en el aprendizaje ni en las relaciones interpersonales, sin embargo por ya llegar con un diagnóstico, empezamos a atenderla y dar un seguimiento, esto pasa con estos chicos, así llega Arleth a nosotros. Yo considero y se los cometo a ustedes que hay un mal diagnóstico, que muchas veces las instituciones privadas con el afán de ganar un dinero, le digo al padre lo que quiere escuchar, sí porque nosotros generalmente aquí en educación especial en el sistema, enviamos al sistema de salud porque hay una seriedad, porque lo tienen que hacer, entonces por eso digo que existen algunas situaciones específicas que no me cuadran no.

7. ¿Alguna vez le ha sugerido a los papás de Arleth que es necesario otro diagnóstico médico?

Sí la sugerencia se les dio a los padres, que vieran otra posibilidad, que escucharan otra opinión, esto es como cuando vas al médico y te da una opinión, creo hay que escuchar varias no, sin embargo creo que por allí existe una apatía de los papás a esforzarse, porque llegar a una institución pública implica llegar temprano, llegar a veces a apartar un lugar. Aquí tenemos chicos que hemos derivado a esas instituciones para el diagnóstico, esto no determina la atención, pero sí nos da muchos elementos para nosotros por dónde vamos a atender al chico, qué tipo de TDAH está presentando, qué tipo de medicamento, no siempre estamos a favor del medicamento, muchas veces todos estos niños con TDAH todo es pedagógico y se pueden hacer muchas cosas, porque el medicamento trae efectos a la larga.

8. ¿Cuáles considera usted que son las necesidades educativas que Arleth presenta?

Ella necesita estar en contextos favorables para desarrollar sus potenciales, yo incluso pensaría y ahorita que estamos trabajando con los niños sobresalientes, para mí específicamente Arleth yo podría considerarla una chica sobresaliente por todo lo que ella da, la necesidad de ella es darle una respuesta diversificada para que le permita avanzar y desarrollar todos sus potenciales.

9. ¿Cuál es el plan de intervención que tiene?

Nosotros ahorita estamos en seguimiento mientras la chiquita no le incida en el aprendizaje, estaremos dando seguimiento, ahorita estamos esperando el siguiente ciclo escolar porque hemos tenido tres cambios de profesor, a mí me llama la atención también este diagnóstico, un TDAH no le puedes estar haciendo estos cambios, ella cambiaría, reaccionaría diferente, incluso subiría, bajaría el aprovechamiento y ella sigue igual, entonces problemas para relacionarse o los cambios no le afectan, entonces ahorita llevamos un seguimiento y bueno sería pensar en el siguiente ciclo escolar, a estos chicos se les da seguimiento pasan a la siguiente ciclo escolar y por qué no pensar en el desarrollo de aptitudes sobresalientes.

10. ¿Cómo ha sido el trabajo con los padres?

Los padres nada más llegan y a entrevistas, no hay un compromiso real, yo observo que nada más es dejar la responsabilidad a la escuela y en los demás no, no hay un trabajo específico con ella y además que son muy duros con ella, creo que lo que ellos pretenden en la chiquita es ven lo que ellos no pudieron hacer, el perfeccionismo y creo eso es lo que más le afecta, que buscan lograr en ella lo que ellos no hicieron.

ANEXO 15

OBSERVACIONES

Primera observación**Fecha: 10 de Febrero de 2012****Hora de inicio: 8:48 a.m.****Hora de término: 9:30 a.m.****Lugar: Salón de clases**

Arleth está sentada hasta el frente en la última fila del lado derecho, se sienta sola y mantiene su mirada en su cuaderno y al parecer está escribiendo algo. Observa al maestro cuando da indicaciones a otros niños, deja de hacer lo que estaba haciendo por un momento y después continua haciendo lo de su cuaderno, responde a lo que el maestro pregunta al grupo. Se mantiene en su lugar y continúa atenta a su cuaderno. Después de un rato el profesor pregunta ¿cuál es la actividad del libro de matemáticas en la que nos quedamos? ella saca su libro y le indica al profesor la actividad, posteriormente saca su cuaderno y espera a que se inicie la actividad, se lleva los dedos a la boca y mira hacia arriba, después pone su cuaderno sobre la mesa y comienza a escribir, empieza a copiar lo que el profesor escribe en el pizarrón.

Arleth se muestra atenta y participativa en la clase, responde a las preguntas e indicaciones del profesor, observa su libro y comienza a hacer la actividad que había indicado el profesor, después de un rato voltea a verme, gira su cabeza y mira a sus compañeros, continúa con la actividad de su libro de matemáticas. Cuando se abre la puerta su atención se dispersa, pero después de unos segundos continúa realizando la actividad, pero sin atender la indicación del profesor pues debía copiar lo que él estaba escribiendo en el pizarrón, voltea a mirar a unos de sus compañeros que piden permiso para ir al baño por lo que aún no copia lo anotado en el pizarrón, después busca algo en su lapicera, mira hacia la puerta y comienza a escribir pero después de un tiempo deja de hacerlo por unos segundos y retoma rápidamente la actividad.

Observo que es frecuente que Arleth se lleve las manos a la boca. Termina de copiar lo anotado en el pizarrón y empieza a realizar la actividad de matemáticas que consiste en contar los cuadros de conforman cuadrados de diferentes tamaños, la termina rápido, se levanta para que la califique el profesor, cierra su cuaderno y lo guarda. Abre su libro, nuevamente se lleva las manos a la boca, pero se mantiene en su lugar, escucha y atiende las indicaciones del profesor.

ANEXO 16

Segunda Observación

Fecha: 17 de Febrero de 2012

Hora de inicio: 9:00 a.m.

Hora de término: 9.15 a.m.

Lugar: Salón de clases

Entramos al salón, Arleth, estaba muy atenta a las explicaciones que el maestro daba sobre el juego “conejos y conejeras” en el que todo el grupo participaría. Se levantaron de su lugar, hicieron parejas. Arleth se observaba muy pasiva, no se movía de su lugar, ni busca a algún compañero para participar en el juego hasta que el maestro se acercó, la tomo de la mano y la llevo con el compañero que realizaría el juego, no sonreía, continuaba muy pasiva, sin moverse de su espacio para buscar otra pareja, no interactuaba con los demás niños.

ANEXO 17

Tercera observación

Fecha: 24 de mayo de 2012

Hora de inicio: 10:03 a.m.

Hora de término: 10:30 a.m.

Lugar: salón de clases

Cuando el grupo ingresó al aula estaba muy inquieto, había mucho ruido y desorden, sin embargo, cuando entramos los observadores, el profesor de manera inmediata se dirigió al grupo, indicándoles que los íbamos a observar. El grupo atendió y nos saludó, Arleth se sonríe con nosotras. El profesor pide que el grupo se siente y algunos alumnos empiezan a dispersarse. Ante esto el profesor para controlar al grupo recurre al castigo, indicándoles que les quitará 5 minutos del receso como castigo. Ante esto, el grupo no hace caso, algunos alumnos hablan, otros juegan y otros se levantan de sus asientos, sólo unos cuantos realizan la actividad requerida.

El profesor se sienta en su escritorio y la mayor parte del tiempo permanece ahí, por lo que de manera constante un grupo de alumnos le rodean, entre los que se encuentra Arleth. Cuando se dirige al grupo en general, usa un tono de voz alto y enérgico, amenaza constantemente indicándoles que los castigará.