

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL  
UNIDAD AJUSCO  
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA**

**CONDICIONES EN QUE SE HA DADO INCLUSIÓN EDUCATIVA DE UN NIÑO  
CON TDAH A LA ESCUELA PRIMARIA “BENITO PÉREZ GALDÓS”**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

**PRESENTA:  
ELAINE MARLEN HIDALGO GARCÍA**

**ASESOR:  
DR. ARTURO CRISTÓBAL ÁLVAREZ BALANDRA**

**MÉXICO, D.F. JUNIO DE 2015.**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN:</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1. PROPUESTAS EDUCATIVAS PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA EN MÉXICO</b>	<b>5</b>
1.1 La educación especial	6
1.2. Origen y desarrollo de la integración educativa en México	13
1.3. El programa para la inclusión educativa	19
<b>CAPÍTULO 2. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD</b>	<b>25</b>
2.1. El estudio del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	26
2.2. Etiología	33
2.3. Diagnóstico y tratamiento	36
2.4. Evaluación psicopedagógica	44
2.5. Ajustes razonables para las necesidades básicas aprendizaje de los niños con TDAH	48
<b>CAPÍTULO 3. LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE ARIEL: UN NIÑO CON TDAH</b>	<b>52</b>
3.1. Proceso seguido para la selección del caso	54
3.2. Características de la escuela primaria	58
3.3. Desarrollo pre, peri y posnatal del caso	61
3.4. Identificación, diagnóstico y evaluación de la discapacidad del caso	62
3.5. Apoyos institucionales para la atención e inclusión educativa del caso	70
3.6. Prospectiva del caso	74
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>78</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>86</b>

## **DEDICATORIAS:**

### **A DIOS**

Por llenar mi vida de tantas bendiciones y oportunidades.

### **A MIS PADRES**

En especial, a mi papá por creer infinitamente en mí y por su apoyo incondicional.

**AGRADECIMIENTOS:**

**A MI ASESOR**

AI DR. ARTURO CRISTÓBAL ÁLVAREZ BALANDRA POR GUIAR ESTE  
TRABAJO.

## INTRODUCCIÓN

Hablar de las personas con discapacidades, focalizar nuestra atención en esta población vulnerable, es remontarnos a muchos años de discriminación, exclusión y una serie de injusticias que les han derivado y generado distintas barreras tanto físicas como sociales, impidiendo su desarrollo personal y el lograr un buen vivir; sobre todo porque la sociedad consideraba sujetos que no tenían nada que aportar.

Es importante mencionar que dicha situación no es nueva, pues desde los inicios de la humanidad ha habido personas con alguna discapacidad y el trato que se le ha dado a éstas ha dependido del momento histórico, por ejemplo en las culturas prehistóricas estas personas eran abandonadas y se les dejaba a su suerte. Hoy en día, ha habido grandes avances pero aún falta mucho por hacer respecto a dicha población.

Cabe destacar que fue hasta los años 60 cuando se focalizó más la atención en este sector vulnerable, pues se emprendieron diversas acciones que se encaminaron a lograr su integración tanto social como educativa, en dicha década se dio inicio a lo que fue la Integración Educativa (IE) permitiendo que las personas con discapacidad empezaran a tener acceso a una educación regular lo que poco a poco acaba por impactar en todo el mundo, sin que México sea la excepción. Con el paso de los años (aproximadamente para inicios del siglo XXI) dicho enfoque empieza a dar paso a la Educación Inclusiva (EI) que cuestionaba las prácticas segregacionistas que derivaron de la integración en las aulas regulares, ya que el que se integrará los niños no implicaba el que se les incluyera en los procesos escolares, a la vez que eran etiquetados como niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE), como se hacía en los centros de

Educación Especial (EE), dejando toda la responsabilidad a los sujetos y sus familias sin implicar el contexto. Para ello se promueve hacer uso del concepto de Barreras para el Aprendizaje y la Participación (BAyP) que implica y centra la problemática en el contexto.

Un proceso de transformación y cambio que ha enfrentado la problemática de la gran diversidad de discapacidades que puede haber y que requiere de un amplio y profundo conocimiento. Caso ejemplar de ello es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), una discapacidad que ha sido objeto de un gran debate debido a la falta de precisión sobre cuáles son los factores que la generan<sup>1</sup>.

Pues es una discapacidad que se le ha asociado generalmente con diversos factores como: los genéticos, biológicos (asociados al sistema nervioso central), perinatales, alimenticios, cuestiones atmosféricas e incluso familiares en cuando a la manera como un niño es educado. Por otra parte el diagnosticar correctamente a un sujeto que presenta esta discapacidad, es un proceso que requiere del involucramiento y compromiso de varios profesionales que trabajen en conjunto de manera multidisciplinaria, para que se llegue al tratamiento y atención educativa correcta, puesto que para cada caso habrá requerimientos diferentes.

Una temática que por sus características, difícilmente puede ser estudiada a través de procesos cuantitativistas y estadísticos, ya que se trata de sujetos que no deben ser objeto de experimentaciones y que no pueden ser reducidos a un dato numérico. De ahí que una opción metodológica más útil es el realizar **estudios de caso** que permiten comprender en profundidad la especificidad de un sujeto en un lapso de tiempo. Una metodología que por sus características se ubica en el paradigma cualitativo de la investigación, entendido éste como "...el análisis [de...] datos de una naturaleza totalmente distinta [a la cuantitativa, ya que se trata de...] datos cualitativos, como los textos (transcripciones de entrevistas o

---

<sup>1</sup> La explicación sobre dicho debate se precisa de manera amplia en el capítulo 2 de esta tesis.

sesiones de observación) expresados en lenguaje natural...” (Bisquerra, 2004, p. 153).

Método que en su especificidad presenta distintas formas de expresión, tal es el caso de autores como Sharan Merriam quien plantea que el estudio de caso puede ser *descriptivo* cuando se presenta un informe detallado del caso y “sin fundamento teórico ni hipótesis previas”; *interpretativo* cuando éste aporta descripciones densas y ricas con el propósito de interpretar, categorizar y teorizar sobre el caso; y el *evaluativo*; en el que además de describir se explica y se emiten juicios de valor que constituyan la base para tomar decisiones. Por su parte Robert Stake indica que hay estudios de caso *intrínsecos*, cuando el propósito de éstos es lograr una mayor comprensión del caso en sí mismo y no se persigue generar ninguna teoría ni generalizar los datos; *instrumental de caso*, cuando la intención es analizarlo para obtener mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico, lo que hace que el caso pase a un lugar secundario, es un instrumento para conseguir otro fin indagatorio; y *estudio colectivo de casos*, cuando la investigación se orienta al análisis de un fenómeno, problema o población para identificar sus diferencias y con ello encontrar con claridad cuáles son éstas. (Álvarez, 2010, párr. 26). Otra manera de poder desarrollar el estudio de caso es la que propone Álvarez quien indica que un estudio de caso puede ser *descriptivo-interpretativo*, el *evaluativo-interpretativo*, el de *intervención-descriptivo* y el de *intervención-evaluativo*. Tal diferencialidad implica el tener que tomar una postura, para así poder determinar qué tipo de estudio de caso se ha de desarrollar.

Ya en lo que corresponde a la manera como se puede presentar el informe final de investigación, Sabariego, Massot y Doria indican que los metodólogos León y Montero proponen que todo informe final de un estudio de caso se elabore siguiendo cinco pasos: 1. La selección del caso, 2. La elaboración de una lista de preguntas, 3. La localización de las fuentes de datos, 4. El análisis e interpretación y 5. La elaboración del informe; cinco pasos que de manera secuencial orientan el quehacer en el estudio de caso (En: Bisquerra, 2004, p. 315). Mientras que

Álvarez indica a diferencia de Montero y León, la integración del informe final toma como punto de partida el tipo de estudio de caso, lo que se vincula con las preguntas que el investigador se pueda hacer para estructurar la explicación del caso, idea que fundamenta en el supuesto de que todo estudio de caso, independientemente del tipo que sea, es producto de un conocimiento *aposteriori* y no a priori como en el positivismo qué. En correspondencia con esta manera de pensar el, la presente investigación se desarrolla a través de un estudio de caso *descriptivo-interpretativo*, entendido este como la acción de "...describir el proceso que se ha seguido en una etapa de la vida el caso, haciendo relevantes los aspectos según sea la delimitación y la intencionalidad investigativa que se tiene con respecto al caso..." (Álvarez, 2010, párr. 27).

De eso trata el presente trabajo, cuya finalidad es explicar el caso de Ariel un niño diagnosticado con TDAH que prácticamente desde educación preescolar y lo que lleva de educación primaria, había sido etiquetado como un niño "problemático", "olvidadizo" y sin ganas de trabajar por parte de sus profesores y compañeros; a pesar de haber contado con un diagnóstico emitido por el sector salud con TDAH. Condición que por cuestiones familiares, cambio de domicilio y, por consiguiente, llega a una nueva escuela a cursar el sexto año de primaria, se inicia el proceso de apoyo de una USAER a pesar de la gran demanda de trabajo con alumnos con problemas de aprendizaje y el poco personal con que éste cuenta.

Para elaborar una explicación de lo antes indicado y en los términos que se plantea, esta tesis se estructuró en tres capítulos: Un primero llamado: Propuestas Educativas Para La Inclusión Educativa en México, en dicho capítulo se habla sobre la educación especial y se retoma un panorama internacional que posibilitará comprender mucho mejor el origen y desarrollo de la integración educativa en México hasta llegar al cambio de enfoque que se maneja hoy en día, es decir, el programa para la inclusión educativa, lo anterior desde la perspectiva de las políticas educativas que permitieron que dicho enfoque se establecieran en el sistema educativo.

Un segundo llamado: El Trastorno por Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad en el cual se habla de la perspectiva histórica sobre el estudio del Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), esto con la finalidad de obtener una mayor comprensión acerca de dicho trastorno, lo anterior se logrará mediante la revisión breve de algunas aportaciones, estudios, descripciones de carácter clínico, observaciones y propuestas significativas que se han llevado a cabo durante el pasar de los años. Además, se habla sobre lo que implica dicho trastorno para, con base en ello, tener claridad sobre: qué es; qué hacer; cómo identificarlo; de qué manera se puede diagnosticar y atender; y cómo se evalúa para ofrecerle los apoyos educativos pertinentes.

Y un tercer y último denominado: La Inclusión Educativa de Ariel un niño con TDAH. Ariel, un niño que al momento de este estudio de caso cursaba el sexto año de primaria en la escuela Benito Pérez Galdós, una escuela pública que cuenta con el servicio de USAER, De ahí que el presente capítulo está dedicado a la descripción de las condiciones en las que se dio la inclusión educativa de este niño, partiendo del análisis de la observación, la narrativa y los documentos que la madre y la escuela me proporcionaron.

## **CAPÍTULO 1.**

### **PROPUESTAS EDUCATIVAS PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA EN MÉXICO**

El hablar de las personas con discapacidades y el focalizar nuestra atención en esta población vulnerable es remontarnos a muchos años de discriminación, confusión, exclusión y una serie de injusticias que han tenido que enfrentar. Proceso que tiene que ver con la visión de sociedad que se tenía y con las condiciones económico-político en que se vivía. Sin embargo, con el paso del tiempo, han surgido diversos acontecimientos en pro de esta población y aunque hay mucho por hacer aun en materia de concientización, se puede destacar el esfuerzo tanto a nivel nacional como internacional para mejorar la situación actual.

Aportaciones desde un enfoque clínico, (medicina) hasta la creación de ciertas instituciones y el compromiso de los países para reconocer por medio leyes, foros, acuerdos que los grupos vulnerables y en riesgo, tienen los mismos derechos que el resto de la población.

Para elaborar una explicación sobre la problemática antes planteada, en este capítulo es necesario precisar cómo es que surge la Educación Especial (EE) para las personas con discapacidad, el conjunto de avatares que se fueron dando y que permitieron que se viera como una necesidad el ofrecer atención y educación a este sector de la población. Posteriormente, se procede a la explicación acerca del origen y desarrollo de la Integración Educativa (IE) en México misma que se instituye con la firma del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (ANMEB), ya que con éste se dieron diversos cambios y reestructuraciones en el sistema educativo de nuestro país. Y finalmente, se habla de la crítica que surge a la IE y el concepto de Necesidades Educativas Especiales (NEE) el cual es muy significativo para la comprensión de diversos enfoques.

## 1.1. La educación especial

Durante la Edad Media, la Iglesia Católica empezó a ver la manera de “proteger” a las personas con alguna discapacidad, llevándolas a los hospicios, hospitales e internados para su protección y “atención”, sin bien esta institución no dejó de pensar que en algunos casos se trataba de personas que estaban poseídos por espíritus “malignos” (Demonios), lo que condujo a que se les practicaran exorcismo; un periodo en el que hubo casos ejemplares en los que respecta a la educación de las personas con cierto tipo de discapacidad. Claro ejemplo de ello es Pedro Ponce de León, fraile español que según cronistas de su orden, se dedicó a enseñarles a hablar, leer y escribir a niños sordos empleando el método de la lectura labial, lo que les permitía descifrar el mensaje por medio de la visualización del movimiento labial (Sánchez, 1991, p. 22).

Con el derrumbe del poder de la Iglesia Católica y la sustitución de su dogma de fe por el de la ciencia (motor del proceso de modernización e industrialización de la humanidad), se empezó a generar un interés por estudiar la etiología de las distintas discapacidades, para ofrecerles atención y cuidados, esto permitió que poco a poco, se fuera consolidando el modelo médico-asistencial que se enfocó a explicar la discapacidad y los mecanismos para su atención y cura, una etapa en la que se buscó clasificar a los sujetos en función de los tipos de discapacidad que tenían, sin importar las condiciones en que se les debería ofrecer educación y capacitación para la vida.

Es un contexto de cambio y avance en el que surgen figuras como Pinel, Esquirol, Itard y Séguin, médicos que se enfocaron a buscar y aplicar diversas alternativas de intervención de tipo clínico y, algunos de ellos, educativa; demostrando que sí se podía ofrecer alternativas educativas a las personas discapacitadas cuando se realizaba una adecuada intervención con fundamento científico. De ahí que:

Para Pinel ni el “idiota” ni mucho menos el “demente” son idóneos para ser educados y propone como recurso para la reinserción a la sociedad de estos sujetos una terapia

ocupacional adecuada a sus necesidades. Cabe destacar que el abogado por un "trato moral" que fuera justo (Sánchez, 1997, p. 4).

Por su parte Esquirol se enfocó en el estudio de las enfermedades mentales, escribiendo: "...tratados sobre dicho tema, contribuyendo a la diferenciación entre 'idiotia' y 'demencia', aportaciones que fueron de la mano de la medicina" (Broyna, 2009, p. 52).

En el caso de Itard, a pesar de haber sido médico, se enfocó en desarrollar propuestas pedagógicas para la educación de sujetos sordomudos, para ello recurrió a estrategias como la transcripción de palabras y asociación (por ejemplo él dibujaba una llave, acto seguido colocaba unas llaves encima del dibujo y debajo el nombre de este objeto propiciando la asociación), sus trabajos en general llevaron a que algunos autores lo ubiquen como unos de los pioneros de la EE. Cabe destacar que un ejemplo claro de su trabajo fue lo que él realizó con el llamado niño salvaje de Aveyron, un niño de aproximadamente 11 años de edad que estuvo aislado de la sociedad desde muy pequeño en un bosque de Francia y quien incluso no sabía hablar, sólo emitía ciertos ruidos extraños cabe destacar que se logró que pudiera comunicarse, aprendiendo a leer, a escribir frases simples y a seguir órdenes (Broyna, 2009, p. 56).

Por su parte Séguin fue un médico dedicado a estudiar y trabajar en Francia y Estados Unidos. Parte de sus estudios los realizó con Itard quien lo orientó a dedicarse a la investigación y entrenamiento de niños con retardo mental, lo que lo llevó a crear la primera escuela dedicada a su educación. Esto produjo que Séguin publicara su primer libro, el cual tituló *The Moral Treatment, Hygiene, and Education of Idiots and Other Backward Children* (El tratamiento moral, la higiene y la educación de los idiotas y otros retrasos mentales de niños), en el que plateaba cuáles eran las necesidades educativas de niños con esta discapacidad. Por sus estudios y experiencia, al llegar a los Estados Unidos, es nombrado como profesor de la escuela de niños "anormales" de Boston, buscando establecer más instituciones para sujetos con esta discapacidad. Unos años después, para 1866,

escribe otro libro titulado *Idiocy: and its Treatment by the Physiological Method* (Idiotéz: y su tratamiento por el método fisiológico), donde describe el método que él empleaba para la atención de niños con deficiencia mental en la *Escuela de Fisiología*, ubicada en la ciudad de Nueva York. Cabe destacar que los trabajos que Séguin sobre los sujetos con discapacidad mental, sirvieron de inspiración para la doctora italiana María Montessori (Sánchez, 1997, p. 67).

Ya para finales del siglo XIX se inició un proceso de crecimiento de las instituciones para la atención de las personas con discapacidad, lo que se da con la conformación de los Estados-nación, pues éstos tuvieron que reconocer a este sector de la población como parte de los ciudadanos que los integraban y que por ello, tenían derecho a recibir atención y educación. Se puede decir que se trata de los inicios de la institucionalización de la EE en el mundo.

México no se vio exento de este proceso, sobre todo a partir del gobierno de Benito Juárez, quien en 1866 crea la *Escuela Nacional para Sordos*, para que tres años después, en 1870, cree la *Escuela Nacional para Ciegos*. Dos instituciones que se ubicaron en la Ciudad de México y que se orientaron a dar atención y cierta educación a personas que tenían dichas discapacidades.

En este proceso de crecimiento de acciones para la atención se empezaron a realizar varios eventos académicos, uno de los primeros es el *Primer Congreso Mexicano del Niño*, el que se realizó en 1921 y que estaba enfocado a temas de la EE. Evento que de una u otra forma marcaría el desarrollo de la institucionalización de la EE en nuestro país (momento en el que las patologías y sintomatologías de ciertos déficit ya eran estudiados y a través de diferentes mecanismos: experimentación, el uso de *test* estandarizados<sup>2</sup> y el seguimiento de casos particulares), dos años más tarde, en 1923, se llevó a cabo el *Segundo Congreso Mexicano del Niño*, evento que permitió realizar reflexiones profundas

---

<sup>2</sup> 1905 El primer *test* estandarizado fue elaborado por Alfred Binet y Théodore Simon, se trata de un instrumento empleado para medir las habilidades cognitivas en niños, dicho instrumento no pretendía etiquetar sino más bien detectar para intervenir (Sánchez, 1997, p. 8).

acerca de la urgencia de crear escuelas de EE según el tipo de discapacidad. Contribuyendo de manera significativa en todo lo relacionado con la atención, diagnóstico y estudio de las personas con discapacidad, lo que llevó a que en 1925 en México se creara el *Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar*, departamento que para 1936 se convertiría en el *Instituto Nacional de Psicopedagogía*, orientado a proporcionar bases científicas a la investigación educativa y al estudio de los problemas de aprendizaje de los niños, para el diseño de los planes y programas de estudio de nuestro naciente Sistema Educativo Nacional (SEN). Institución que fortalecería el trabajo que se desarrollaba con los niños que tenían problemas de aprendizaje o alguna discapacidad, creándose para 1937 la *Clínica de Ortolalia* en la que se seguía un enfoque médico-terapéutico buscando ofrecer atención a los niños y jóvenes que presentaban trastornos del lenguaje.

Conforme pasaron los años fue en aumento el esfuerzo e interés de las autoridades por atender a los sectores más vulnerables de la sociedad, prueba de ello es que en el año de 1955 la *Secretaría de Salubridad y Asistencia* y la *Lotería Nacional para la Asistencia Pública* trabajaron de manera conjunta, con la finalidad de lograr la creación del *Instituto para la Rehabilitación de los Niños Ciegos y Débiles Visuales*, institución que se orientó a ofrecer rehabilitación y terapia desde bebés, hasta los adolescentes de 16 años de edad.

Dado el incremento de instituciones de EE, la SEP crea en 1956 la *Oficina de Coordinación de Educación Especial* con la finalidad de cuidar el funcionamiento de toda institución pública encargada de ofrecer estos servicios educativos, oficina que dependía directamente de la *Dirección General de Educación Superior e Investigación Científica* y que estaba a cargo de Odalmira Mayagoitia Alarcón, quien durante su gestión "...logró la apertura de 10 escuelas de educación especial en el Distrito Federal y 12 en el interior de la República, en ciudades como Monterrey, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Culiacán, Mérida, Colima, Hermosillo, Chihuahua y San Luis Potosí " (SEP, 2010, p. 39). Un año después,

para 1957, la maestra impulsó la creación de las *Escuelas Primarias de Perfeccionamiento* (la 1 y 2 en 1960 y la 3 y 4 en 1961), partiendo de la idea de que "...la pedagogía especial era para ofrecer una educación terapéutica somato-psíquica que desarrollará habilidades mentales, mayor coordinación motriz, un mejora del lenguaje y las posibilidades de intercambio en el ambiente para la efectiva rehabilitación" (SEP, 2010, p. 39).

Lo anterior sirvió para que durante la presidencia de Adolfo López Mateos (1958-1964), el secretario de educación pública Jaime Torres Bodet, se promoviera un estudio sobre la situación de la educación en el país, con el que se encontraron datos desalentadores sobre la atención y educación de las personas con discapacidad, por lo que se procedió a impulsar iniciativas en pro de la educación de este sector de la población en todo el país, para buscar algunas soluciones a esta desatención educativa. Jaime Torres Bodet puso en marcha lo que se llamó el *Plan a Once Años* con el que se buscaba dar continuidad:

...a la política educativa de 1958 hasta 1970. Las metas del plan incorporaban a todos los niños de 6 a 14 años; creaban plazas docentes para atenderlos y buscaba lograr una eficiencia terminal de 38% en la primaria para 1970. Entre las acciones relacionadas con el Plan de Once Años, destacan la creación de la Comisión de Libros de Texto Gratuitos, los desayunos escolares, la creación de la Telesecundaria y el fortalecimiento del preescolar. [Además de que un...] gran número de escuelas comenzó a funcionar en doble turno (SEP-DEE, 2011, párr. 25).

Sin embargo, y a pesar del creciente proceso de institucionalización de centros para la atención y educación de personas con discapacidad en México, la EE no se había establecido como un derecho, motivo por el que aún había serias deficiencias en la administración y coordinación de las instituciones responsables de ofrecer estos servicios. Tuvieron que transcurrir 14 años para que en la SEP se creara la *Dirección General de Educación Especial* (DGEE), que tendría la responsabilidad de:

...organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación especial y la formación de maestros especialistas. A partir de entonces, [de manera oficial] el servicio de educación especial prestó atención a personas con deficiencia

mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos (SEP, 2002, p. 12).

Esto llevó a que para los años 80 se iniciara un proceso de crecimiento significativo de los Servicios de EE, los cuales, en ese momento, se clasificaron en dos modalidades: Indispensables y complementarios.

En el caso de los primeros (servicios de carácter Indispensable) se atendía a niños con todo tipo de discapacidad, además de que se recibían niños que presentaban dificultades en su desarrollo tanto físico, intelectual y emocional, desde que nacían hasta los cuatro años. Se trataba de servicios que funcionaban en espacios específicos, separados de la educación regular y estaban conformados por:

- Los Centros de Intervención Temprana (CIT).
- Las Escuelas de Educación Especial (EEE) Estas eran centros educativos en donde se proporcionaba atención a niños que cursaban desde preescolar hasta primaria y los cuales contaban con una “deficiencia” o “atipicidad” (sensorial, física o intelectual).
- Los Centros de Capacitación de Educación Especial (CECADEE) en donde se capacitaba a los sujetos para que estos pudieran desempeñar oficios (carpintería, panadería, repostería, cocina, corte de cabello, herrería y costura) y de esta forma pudieran insertarse al campo laboral (SEP, 2010, p. 109).

Cabe destacar que además de estos servicios, de carácter indispensable, también estaban los Grupos Integrados “B”, en los cuales se atendía a niños que estaban en las escuelas primarias regulares y que tenían una deficiencia; ya sea de tipo mental leve o que bien eran hipoacúsicos (sordos).

En el caso de los segundos (los servicios de carácter complementario) estaban los *Centros Psicopedagógicos*, en los cuales se brindaba atención a los alumnos de Educación Preescolar y Educación Primaria que presentaban problemas de lenguaje y aprendizaje. Centros en los que había profesores de Educación

Especial, Psicólogos, Médicos y Trabajadores Sociales, para diagnosticar y atender de forma individual a estos niños y posteriormente definir a dónde serían canalizados. Esta modalidad también incluía las Unidades de Atención a Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS). Dichas unidades y los llamados Grupos Integrados “A”, ofrecían atención y educación a los alumnos con dificultades de aprendizaje y CAS (SEP, 2002, p.14).

Para el desarrollo de las actividades en estos grupos, la DGEE propuso el *Plan de Trabajo para el Fortalecimiento de los Grupos Integrados*, en el que estableció:

1. [Iniciar...] con entrevistas a inspectores y directores, conferencias de orientación a maestros sobre la importancia y fines de los programas integrados y [...] orientación sistemática a los padres de familia para continuar esta labor dirigida y reforzada en sus propios hogares.
2. Planear y realizar la selección y clasificación con equipos y de la Unidad Técnica y de Investigación de la DGEE, con base en un diagnóstico integral (médico, psicológico, pedagógico y social) a efecto de identificar a los niños atípicos [...].
3. Organización de grupos con un máximo de 25 educandos, en caso de deficiencia mental ligera.
4. Organización de servicios de terapia pedagógica y técnica rehabilitatoria, en caso de niños con problema de lenguaje, hipoacúsicos o con problemas de conducta.
5. Selección de los mejores maestros especialistas [...].
6. Dotar las aulas destinadas para ellos con instalaciones adecuadas: [...].
7. Evitar toda designación diferente a la adoptada en los grupos ordinarios de la escuela en donde el niño se encuentra.
8. Organización y supervisión técnica a cargo de la supervisora [...].
9. Control y estudio minucioso para la promoción de los alumnos, con el fin de poder reintegrar en grupos superiores a quienes tuvieran mayor capacidad, o [...] encauzar hacia las escuelas de Educación Especial a quienes no pueden continuar en la escuela primaria regular.
10. Garantizar la eficiencia terminal en la atención de los alumnos atípicos, [...].
11. Contribuir [...] mediante estudios científicos, a reducir [...] la reprobación del primer año del nivel elemental (SEP, 2010, p. 104).

Conjunto de servicios y funciones que pueden ser considerados como antecedentes de los que en nuestro país pasarían a ser las instituciones que apoyaría la Integración Educativa IE, modelo educativo que será adoptado en México a partir de 1992, cuando se da la firma del *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica* (ANMEB), punto de partida para la transformación de los servicios de EE.

## 1.2. Origen y desarrollo de la integración educativa en México

Dentro de las diversas instancias, acuerdos, informes y asociaciones internacionales que se han preocupado y ocupado por intervenir en pro de la integración social y educativa de los sujetos con alguna discapacidad tenemos que para 1945, *la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* (UNESCO por sus siglas en inglés) suscribió con los países afiliados una constitución en la que afirmaron estar convencidos de la necesidad de asegurar a toda persona el pleno e igual acceso a la educación. Esto queda de manifiesto en el Artículo 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos donde se establece que: "...toda persona tiene derecho a la educación" (UNESCO, 2011, p. 8). Es así que desde este momento los países que integraban la UNESCO se dieron a la tarea de establecer los mecanismos que permitieran asegurar a todas las personas el acceso a la educación y el reconocer que ésta es un derecho universal. (UNESCO, 1995, párr. 7).

En ese mismo sentido, la ONU impulsó de manera decidida la perspectiva de que las personas con alguna discapacidad, al igual que todo sujeto, tienen los mismos derechos, lo que queda de manifiesto en 1975 con la *Declaración de los Derechos de los Impedidos*, en la que se establece:

...los discapacitados [deben...] gozar de los mismos derechos políticos y civiles que los demás, incluyendo medidas que les permitiesen ser autosuficientes. La Declaración reafirmaba los derechos de estas personas a la educación, a la atención sanitaria y a servicios de colocación (UNESCO, 1995, p. 92).

Un concepto que toma gran fuerza a partir de que es empleado en el Informe Warnock, el cual fue publicado en 1978. Quedando claro en éste que las NEE<sup>3</sup> apelan a la idea de diversidad y con ello de las múltiples necesidades que pueden tener los alumnos de una escuela, sea por su discapacidad o por tener problemas de aprendizaje, lo que requiere de ser focalizado para poder determinar las

---

<sup>3</sup> Es conveniente indicar que el concepto de NEE, es empleado por primera vez en dicho informe en el que se indica que se emplearía en lugar de mencionar una serie de categorías de deficiencias. Con la finalidad de dar cobertura a todos "...los niños con dificultades de aprendizaje y con trastornos emocionales o de comportamiento significativos, así como a los que presentan deficiencias físicas y mentales" (Warnock, 1987, pp. 72-73).

adecuaciones curriculares que permitan la integración de todos y cada uno de los niños. Cabe destacar que no sólo se pretendía que se ofrecieran ciertos apoyos a estos sujetos, sino que además, se dieran todos los apoyos para atender las demandas de los educandos.

En este Informe se establecía que:

1. Ningún niño será en lo sucesivo considerado ineducable.
2. La Educación es un bien al que todos tienen derecho.
3. Los fines de la Educación son los mismos para todos. La Educación Especial consistirá en la satisfacción de las necesidades educativas [NNEE] de un niño con objeto de acercarse al logro de estos fines.
4. Las NNEE son comunes a todos los niños
5. Ya no existirán dos grupos de alumnos, los deficientes que recibirán educación Especial (EE), y los no deficientes que reciben simplemente educación. Si las NNEE forman un continuo, también la EE debe entenderse como un continuo de prestación que va desde la ayuda temporal hasta la adaptación permanente o a largo plazo del currículum ordinario.
6. Las prestaciones educativas especiales, donde quiera que se realicen tendrán un carácter adicional o suplementario y no alternativo o paralelo.
7. Actualmente los niños son clasificados de acuerdo con sus deficiencias y no según sus NNEE. Se recomienda, por tanto, la abolición de las clasificaciones legales de los deficientes -Se utilizará, no obstante, el término "dificultad de aprendizaje" para describir a los alumnos que necesitan alguna ayuda especial-.
8. Se adoptará un sistema de registro de los alumnos que necesitan prestaciones especiales en el que no se impondría una denominación de deficiencia sino una explicación de la prestación requerida (Guajardo, 2009, párr. 11).

Informe que sin duda tiene un gran valor en la transformación del enfoque educativo y de los cambios que se dieron en gran parte de los sistemas educativos de las naciones pertenecientes a la *Organización de las Naciones Unidas* (ONU). Un marco de referencia para introducir la integración como enfoque en los sistemas educativos.

Para 1979 América Latina hace su aportación a partir de que en México y otros países promueven:

...el proyecto principal de educación (PPE) el cual se presentó en la Conferencia Regional de Ministros de Educación y de Ministros Encargados de la Planificación Económica de los países de la América Latina y el Caribe, evento que fue planeado para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en Inglés), en conjunto con la Comisión Económica

para América Latina (CEPAL) y la Organización de Estados Americanos (OEA), en el que se expusieron tres objetivos primordiales [...]:

1. asegurar la escolarización a todos los niños en edad escolar y ofrecerles una educación general mínima de 8 a 10 años antes de 1999
2. eliminar el analfabetismo antes del fin del siglo, y desarrollar y ampliar los servicios educativos para los adultos.
3. mejorar la calidad y la eficiencia de los sistemas educativos a través de la realización de las reformas necesarias: (Álvarez, Álvarez y Escalante, 2012, p.1).

Ya para 1990 en Jomtien Tailandia se elabora la *Declaración Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje*, en la que se propuso aumentar la calidad de los servicios educativos, además de que se destacó la importancia de que la educación sea concebida como un derecho fundamental el cual todo ser humano debe recibir , haciendo énfasis en la importancia de que todos accedan a la educación básica (compromiso que se contemplará más tarde en la *Normas Uniformes de la Organización de las Naciones Unidas ONU sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, las que fueron aprobadas en 1993) (Casanova, 2011, p. 33).

Cuatro años más tarde, en 1994, se llevó a cabo la *Conferencia Mundial Sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad*, en España, dando pie a la llamada “Declaración de Salamanca” la cual repercutió significativamente a nivel internacional; ya que promovió un acuerdo mundial para que se lograra que el alumnado con NEE pudiera integrarse a la escuela regular y que además de esto se ofrecieran respuestas adecuadas y pertinentes a cada necesidad individual que presentara cada uno de los educandos.

Cabe mencionar que “...se analizaron y se cambiaron los aspectos más relevantes de la política con el fin de favorecer el enfoque de la educación integradora, sobre todo para los niños con necesidades especiales” (Frola, 2004, p. 36), en dicha declaración se pone de manifiesto que:

- Todos los niños de uno y otros sexos tienen derecho fundamental a la educación y debe dárseles la oportunidad de alcanzar y mantener un nivel aceptable de conocimientos
- Cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que le son propios

- Los sistemas educativos deben ser diseñados y los programas aplicados de modo que tengan en cuenta toda la gama de esas diferentes características y necesidades
- Las personas con necesidades educativas especiales deben de tener acceso a las escuelas regulares, que deberán integrarlos en una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer sus múltiples necesidades.
- Las escuelas regulares con esta orientación integradora representan el medio más eficaz para combatir las actitudes discriminatorias, crear comunidades de acogida, construir una sociedad integradora y lograr la educación para todos: además, proporcionan una educación efectiva a la mayoría de los niños y mejoran la eficacia y, en definitiva, la relación costo-eficacia de todo sistema educativo (Gobierno Español/UNESCO, 1994, pp. 7-8).

Pero no solo en el mundo, ya se habían dado procesos de transformación en los que se buscaba que todas personas tuvieran derecho a recibir educación. En México, un año antes del Tratado de Salamanca ya se había dado el cambio hacia la IE y la transformación del Subsistema de Educación Especial.

Se puede decir que el modelo educativo para la IE, en México surge con el ANMEB, el que es firmado por la presidenta del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), los gobernadores de los estados, el presidente del país y el titular de la SEP; donde se estableció que se daría:

...la reorganización del sistema educativo, mediante la transferencia de recursos técnicos y financieros del gobierno federal a los respectivos gobiernos estatales; la reformulación de los contenidos y materiales educativos—fundada en una nueva idea de educación básica de calidad que se instrumentara con programas emergentes de aplicación inmediata para cada uno de los niveles que la constituyen , y la revalorización de la función magisterial, donde el maestro aparece como un actor central en el mejoramiento de la calidad educativa (Frola, 2004, p.58).

Transformación que derivó en la reestructuración de dicho Subsistema de Educación Especial y la forma de trabajo en la educación regular de nuestro país. Cambio de visión educativa que buscaba potenciar una educación en la que todo sujeto tuviera como derecho recibir educación dentro de los subsistemas regulares de educación en el país sin menoscabo de sus características y condiciones.

Esto llevó a que se reformara el Artículo 3º constitucional, quedando establecido que: “...todo individuo tiene derecho a recibir educación” (López, 2004, p. 215).

Estatuto constitucional que se ve acompañada con la promulgación de la *Ley General de Educación* en 1993, en la que se estableció que:

La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social. Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciara (*sic.*) su integración a los planes de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurara (*sic.*) la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva. Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren alumnos con necesidades especiales de educación (López, 2004, p. 215).

Legislación educativa que en su momento dio pauta a una serie de reorientaciones y cambios estructurales de los servicios de EE, modificando sus condiciones de funcionamiento. Dichos cambios llevaron a que los servicios escolarizados de EE se les denominara *Centro de Atención Múltiple (CAM)*, los que se dividieron en dos modalidades: por un lado, los CAM básico, cuya función era y es atender y apoyar la educación de aquellos niños que por la gravedad de su discapacidad o por la diversidad de éstas no pudieran ser integrados a las escuelas regulares. Un servicio con el que se buscaba y se busca proporcionar Educación Básica a los niños en estas condiciones; por el otro, los CAM laboral, cuya función era capacitar a los estudiantes para lograr cierta autonomía y que contaran con las bases necesarias que les permitiera insertarse al campo laboral de acuerdo a las competencias que ellos adquirieran.

Además se crearon las *Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER)*, que quedaron integradas por el personal responsable de los servicios complementarios y cuyo propósito era atender a los niños con discapacidad y apoyar a los docentes regulares para lograr la IE de los educandos que con NEE con o sin discapacidad en la Educación Primaria y Educación Secundaria. Se trataba de un grupo multiprofesional<sup>4</sup> que además tenía que ofrecer orientación a los padres de familia.

---

<sup>4</sup> Se le llama equipo multiprofesional: a un equipo de trabajo conformado por: un psicólogo, trabajador social y maestro de lenguaje.

Así mismo se abrieron las *Unidades de Orientación al Público* (UOP), instancias responsables de proporcionar información referente a distintas discapacidades (intelectual, sensorial, motora y de niños superdotados), a los padres de familia y a los profesores regulares de los niveles antes indicados. Sin que esto signifique que sean instancias responsables de cumplir el papel que desempeña un orientador escolar<sup>5</sup>, sino la de ser la instancia que puede orientar a procesos y padres de familia para llevar a cabo la IE de aquellos niños con NEE; además de ser unidades donde se encuentran fuentes de información y acciones de capacitación para cumplir con dicha función.

En Educación Preescolar se dio de manera diferente, pues los *Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar* (CAPEP) permanecieron como los responsables de apoyar la IE de los niños con NEE, ya que dichos servicios no pertenecían a EE, sino a Educación Preescolar; quedando con las mismas responsabilidades que las USAER, pero en los Jardines de Niños.

Estas modificaciones estructurales y organizacionales del Subsistema de Educación Especial, se orientaron a apoyar la IE, buscando que todo niño accediera a una educación regular y que todos tuvieran una plena participación en las escuelas regulares. Proceso de transformación que debía responder a los principios: de *normalización, sectorización, integración e individualización de la enseñanza*.

En el caso del primero, se trata de lograr que: "...las personas con discapacidad [cuenten con] los servicios de habilitación o rehabilitación y las ayudas técnicas para que alcancen tres metas esenciales: una buena calidad de vida, el disfrute de sus derechos humanos y la oportunidad de desarrollar sus capacidades" (García *et al.*, 1993, p. 40). Un concepto que es atribuido al danés Bank-Miklsen y que

---

<sup>5</sup> Hay que entender que la Orientación Escolar es: "...un proceso sistemático y continuo de asesoramiento, orientación y ayuda, en aspectos personales, educativos y laborales, a lo largo de las distintas etapas educativas y en la inserción laboral, a la institución escolar en su conjunto y en especial a los distintos elementos de la comunidad educativa (alumnos, profesores y padres)" (Sánchez, 1997, p. 68).

posteriormente fue desarrollando Bengt Nirje, para que Wlof Wolfensberger lo difundiera con sus trabajos en Canadá.

En el caso del segundo, se hace referencia a la necesidad de que todo niño pueda recibir los servicios educativos y de apoyo para su IE en el centro escolar más cercano a su hogar (Solzi, 2008, p.29).

En el caso del tercer se trata de un principio en el que se establece que:

...las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de su comunidad. Se busca su participación en todos los ámbitos (familiar, social, escolar, laboral) y por tanto la eliminación de la marginación y la segregación. [De ahí que el...] "objetivo de la integración es coadyuvar al proceso de formación integral de las personas discapacitadas en forma dinámica y participativa, aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades. Se brindara así a cada individuo la posibilidad de elegir su propio proyecto de vida"... (ANUIES, 1993, p. 8).

En el caso del cuarto y último, se hace referencia a la necesidad de reconocer que en las escuelas hay una gran diversidad de educandos y el que sus potencialidades son diferentes, lo que hace necesario realizar adecuaciones curriculares que sean pertinentes a sus características y potencialidades, con la finalidad de dar respuesta a sus NEE y con ello puedan acceder exitosamente al currículo regular.

Un conjunto de principios que poco tiempo después son recuperados por un nuevo enfoque que se encontraba en un proceso de emergencia y que implicaba, buscar resolver algunas de las fallas que derivaron de su mal entendimiento que llevó a cuestionar la IE.

### **1.3. El programa para la inclusión educativa**

Es así que dicho enfoque de la IE, empezó a ser cuestionada por diversos teóricos y especialistas que veían en él prácticas escolares que derivaban en acciones y

condiciones escolares exclusión de los niños que eran integrados. Pues a pesar de que se había logrado que todo niño independientemente de sus condiciones y características pudiera ir a una escuela regular, en la práctica se les seguía excluyendo de los procesos escolares (producto de las actitudes y proceder de los docentes regulares, de los compañeros y, a veces por sobreprotección de los padres de familia), independientemente de que sí podía ingresar a las instituciones regulares. Así, para la primera década del siglo XXI dio inicio a un movimiento orientado a promover una EI, lo que llevó a que en el 2002 Tony Booth y Mel Ainscow, propusieran su *Guía para la Evaluación y Mejora de la Educación Inclusiva* (conocido como INDEX for Inclusión). Guía donde se plantea un conjunto de estrategias y materiales orientados a facilitar el desarrollo de una EI en los centros escolares, documento que surge con el claro objetivo de: "...construir comunidades escolares colaborativas que fomenten en todo el alumnado altos niveles de logro" (SEP, 2002, p. 7). De ahí que el proceso que se propone en dicho INDEX, sólo son una ayuda para contribuir a la consecución de ese objetivo.<sup>6</sup>

Se trata de una propuesta orientada a establecer mecanismos de organización del trabajo escolar, con miras a establecer los requerimientos escolares para lograr la EI, a través de atender tres dimensiones indispensables, las cuales son:

#### Dimensión A: Crear CULTURAS inclusivas

Esta dimensión se relaciona con la creación de una comunidad escolar segura, acogedora, colaboradora y estimulante, en la que cada uno es valorado, lo cual es la base fundamental primordial para que todo el alumnado tenga mayores niveles de logro. Se refiere, asimismo, al desarrollo de valores inclusivos, compartidos por el personal de la escuela, los estudiantes, los miembros del Consejo Escolar y las familias, que se transmitan a todos los nuevos miembros de la comunidad escolar. Los principios que se derivan de esta cultura escolar son los que guían las decisiones que se concretan en las políticas escolares de cada escuela y en su quehacer diario, para apoyar el aprendizaje de todos a través de un proceso continuo de innovación y desarrollo de la escuela.

---

<sup>6</sup> Para Álvarez el INDEX que proponen Booth y Ainscow "...acaban haciendo de la [Investigación-Acción...] un quehacer esquemático en el que como ellos dicen '[...] se apoya en un conjunto detallado de indicadores y de preguntas, a partir de las cuales el centro educativo se tiene que comprometer a realizar un análisis detallado de su situación presente, y de sus posibilidades futuras de cara a una mayor inclusión'. Olvidando que en la [Investigación-Acción...] es en correspondencia con la identificación de una problemática a partir de los mismos actores del hecho educativo, con fundamento en lo que ellos logran identifica y no con un proceder normativo que es guiado por un coordinador y en función de una estructura esquemática y sin que para ello se establezca un compromiso ético con el cambio y las condiciones en que se tiene que realizar éste (Álvarez, 2011, párr. 31).

#### Dimensión B: Elaborar POLÍTICAS inclusivas

Esta dimensión tiene que ver con asegurar que la inclusión sea el centro del desarrollo de la escuela, permeando todas las políticas, para que mejore el aprendizaje y la participación de todo el alumnado. Se considera como “apoyo” todas las actividades que aumentan la capacidad de una escuela para dar respuesta a la diversidad del alumnado. Todas las modalidades de apoyo se agrupan dentro de un único marco y se conciben desde la perspectiva del desarrollo de los alumnos y no desde la perspectiva de la escuela o de las estructuras administrativas.

#### Dimensión C: Desarrollar PRÁCTICAS inclusivas

Esta dimensión se refiere a que las prácticas educativas reflejan la cultura y las políticas inclusivas de la escuela. Tiene que ver con asegurar que las actividades en el aula y las actividades extraescolares promuevan la participación de todo el alumnado y tengan en cuenta el conocimiento y la experiencia adquiridos por los estudiantes fuera de la escuela. La enseñanza y los apoyos se integran para “orquestrar” el aprendizaje y superar las barreras al aprendizaje y la participación. El personal moviliza recursos de la escuela y de las instituciones de la comunidad para mantener el aprendizaje activo de todos (Booth y Ainscow, 2002, p.18).

Esta manera de replantear los procesos educativos en los que los niños con alguna discapacidad eran incorporados a las aulas regulares, es ratificado en el *Foro Mundial sobre la Educación* el cual se llevó a cabo en Dakar Senegal, cabe destacar que en dicho evento también se tomó en cuenta una evaluación sobre los avances logrados en materia de equidad y la calidad por parte de los países para que de esta forma se pudiera propiciar una educación para todos.

Enfoque educativo que trajo como consecuencia una crítica al concepto de NEE, ya que se le cuestionaba el hecho de que se adjudicaran los problemas de aprendizaje a los educandos, que además pasaban a ser etiquetados empleando este concepto; cuando era necesario reconocer que en gran medida las dificultades de aprendizaje de los niños se debían al contexto escolar y social y no por su déficit. Crítica que llevó a proponer el concepto de *Barreras para el Aprendizaje y la Participación* (BAyP) como el más adecuado para reconocer lo implicado en el enfoque la EI. Dicho concepto dice que una BAYP es aquello que:

...dificulta o limita el acceso a la educación o al desarrollo educativo del alumnado, [surgen de la] interacción con las personas, las instituciones, las políticas, las circunstancias sociales y económicas; es decir, son obstáculos que impiden a cualquier estudiante, en este caso un alumno con discapacidad, participar plenamente y acceder al aprendizaje del centro educativo (Booth y Ainscow, 2000, p. 20).

Idea de inclusión que en el INDEX se plantea como:

...un conjunto de procesos sin fin, ya que también supone la especificación de la dirección que debe asumir el cambio, y esto es relevante para cualquier escuela, independientemente de lo inclusiva o excluyente que sean su cultura, sus políticas y sus prácticas. La inclusión significa que los centros educativos se comprometan a realizar un análisis crítico sobre lo que se puede hacer para mejorar el aprendizaje y la participación de todo el alumnado en la escuela y en su localidad (Booth y Ainscow, 2000, p. 22).

Tal visión educativa es acogida dentro de nuestro sistema educativo, lo que llevó a que en la educación regular se dejara de hablar de IE y se impulsara la idea propuesta desde la EI. Lo que puede visualizar claramente en documentos normativos como el *Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE)* y en otros muchos que se van elaborando a lo ancho y largo del país. Este documento es elaborado por la *Dirección de Educación Especial (DEE)* responsable de coordinar y administrar el subsistema en el Distrito Federal, entidad que no se vio incluida en el proceso de federalización producto del *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica*.

Se trata de un documento en el que se implementa de manera oficial el enfoque de la EI, básicamente a partir del ciclo escolar 2009-2010, tomando como punto de partida la entidad, habiendo la posibilidad de que se aplique a nivel nacional, sobre todo a partir de las nuevas reformas educativas que se dio en nuestro país, que nuevamente se orientaron a la centralización de la educación.

El MASEE se construyó contemplando las distintas conferencias, reuniones, cumbres, foros y congresos que se han ido dando en el plano de las iniciativas internacionales y que está utilizado como referente teórico y operativo para orientar el trabajo de apoyo a los alumnos que enfrentan BAYP, buscando proporcionar una educación de calidad con equidad la cual cubra las demandas existentes que se están dando en las escuelas regulares de la entidad, además, es un documento que hace la aportación para la reflexión de los procesos implicados en una EI, ofreciendo de un andamiaje en el que se presentan conceptos básicos y los prerrequisitos necesarios para que la comprensión del

texto sea posible por parte de los profesionales con la finalidad de ser un documento que represente experiencia y aprendizaje los cuales vislumbraren un sendero diferente para que se fortalezca la escuela para todos dentro del marco de la atención a la diversidad y los principios de lo que es la educación inclusiva.

MASSE que:

...está fundamentado en tres planteamientos sustantivos que cobran relevancia en su razón de ser, en su quehacer institucional y en torno a la organización y funcionamiento de sus servicios. El primero se inscribe en los principios de la educación inclusiva; el segundo, está conformado por el Acuerdo Secretarial N° 592 donde se establece la articulación de la Educación Básica en el marco de la RIEB y el tercero, se sitúa en la transformación de su gestión acorde con el modelo Gestión Educativa Estratégica (SEP-DEE, 2011, p.10).

Para lograr este proceso de transformación hacia una EI, en el Acuerdo Número 592 se estableció que para lograr la articulación de la Educación Básica propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo de 2007-2012, era necesario atender a 3 ejes de acuerdo con su eje 3, “Igualdad de Oportunidades”, objetivo 9, “Elevar la calidad educativa”, estrategia 9.3 se establece que es necesario “...actualizar los programas de estudio, sus contenidos, materiales y métodos para elevar su pertinencia y relevancia en el desarrollo integral de los estudiantes, y fomentar en éstos el desarrollo de valores ...” (SEP-ASEDF, 2011, p. 2).

Esto implicó llevar a cabo la *Reforma Integral de la Educación Básica* (RIEB), en la que se tuvo que implicar a todos los alumnos de preescolar, primaria y secundaria “...con el objetivo de favorecer el desarrollo de competencias para la vida y el logro del perfil de egreso...” (SEP-ASEDF, 2011, p. 9).

Reforma que tiene como uno de sus principales requerimientos que la educación se dé con equidad y calidad a partir de la filosofía que emana del Artículo 3º constitucional, requerimiento que a la par de otros, posibilitará que la educación en nuestro país se caracterice por:

...por ser un espacio de oportunidades para los alumnos de preescolar, primaria y secundaria, cualquiera que sea su condición personal, socioeconómica o cultural; de

inclusión, respeto y libertad con responsabilidad por parte de los integrantes de la comunidad escolar, donde se reconozca la capacidad de todos para aportar al aprendizaje de los demás, mediante redes colaborativas de conocimiento que generen las condiciones para lograrlo; un espacio agradable, saludable y seguro para desarrollar fortalezas y encauzar oportunidades en la generación de valores ciudadanos; abierto a la cultura, los intereses, la iniciativa y el compromiso de la comunidad; una escuela de la comunidad donde todos crezcan individual y colectivamente: estudiantes, docentes, madres y padres de familia o tutores, comprometiéndose íntegramente en el logro de la calidad y la mejora continua (SEP-DEE, 2011, pp. 10-11).

Las políticas educativas que en el caso del DF se ha impulsado a través del MASEE, significó una mirada hacia la construcción de espacios escolares bajo los principios de la educación inclusiva, hacia la formación de sujetos entorno a los planteamientos de competencias para la vida que se inscriben en la RIEB, a través de la transformación de la escuela y las prácticas docentes, bajo la perspectiva del Modelo de Gestión Educativa Estratégica<sup>7</sup> (SEP-ASEDF, 2011, p. 40).

Cabe destacar que actualmente en el Distrito Federal las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) que se encuentran ubicadas en los centros educativos de educación Básica toman como base el MASEE esto... “para la construcción de espacios inclusivos en donde se parta del compromiso y la corresponsabilidad de reconocer el derecho de los alumnos y las alumnas a la educación, sobre la base de la igualdad de oportunidades y la no discriminación”. (SEP-ASEDF, 2011, p. 20).

Los retos que hoy en día enfrenta el sistema educativo requiere un trabajo en conjunto en el que se contemple la multidisciplinariedad como base y anclarla a una educación desde la perspectiva del enfoque inclusivo que genere en los alumnos un pleno desarrollo humano, una mayor conciencia y empatía por la gran diversidad existente no sólo en el ámbito escolar sino también en el mundo globalizado en el que estamos inmersos y que, por ende, el resultado sean prácticas no excluyentes y mucho más justas.

---

<sup>7</sup>El Modelo de Gestión Educativa Estratégica es: un modelo sistémico que articula los factores y los procesos de transformación de la gestión en sus distintos niveles de concesión (institucional, escolar y pedagógica) en donde al materializarse en una planeación estratégica asegure la mejora y el cambio educativo (SEP-ASEDF, 2011, p. 45).

## CAPÍTULO 2.

### EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

Actualmente el *Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad* (TDAH) se viene dando con una gran incidencia en la infancia, sin embargo, cabe destacar que al respecto hay serias críticas, debido a que una gran cantidad de los casos detectados no propiamente son de TDAH, sino de problemas de conducta no asociados a la hiperactividad sino a un trastorno orgánico. Un trastorno que afecta más a los niños que a las niñas, ya que aproximadamente hay "...4 niños por cada niña, [además de que se calcula que...] al menos un niño/adolescente de cada aula puede presentar TDAH, independientemente del entorno y del lugar del mundo en que se encuentre" (Garza, 2005, p. 23). Datos que deben tomarse en cuenta, para actuar en pro a dicha población.

Se trata de una problemática que en el ámbito de la educación debe ser tomado en cuenta, no sólo por las Necesidades Básicas de Aprendizaje (NBA) que se generan y las BAP que tienen que enfrentar estos niños y adolescentes, sino porque se ha venido dando como un mecanismo de estigmatización, para que los docentes aislen y etiqueten a los niños que por su comportamiento resultan "problemáticos" para desarrollar las actividades escolares, cuando parte del proceso educativo tiene la responsabilidad de atender y apoyar no sólo lo académico, sino ofrecer una educación para la vida y para la interacción entre los sujetos.

En correspondencia con esta temática, este capítulo se divide en cinco apartados: un primero donde se habla de los estudios que se han venido realizando sobre este trastorno cuando se ve y no acompañado de hiperactividad; un segundo, en el que se precisa cuál es su etiología; un tercero, donde se habla de las

condiciones básicas para su diagnóstico y tratamiento; un cuarto referido a la manera como se debe dar su evaluación psicopedagógica; y un quinto y último, en el que se indica el tipo de ajustes razonables para dar respuesta a las NBA de niños con TDAH. Conjunto de ideas que sirven para comprender todo lo que está implicado en la atención, diagnóstico y educación de niños que presentan dicho trastorno. Información de gran utilidad que se requiere para promover su inclusión educativa a las aulas regulares de nuestro sistema educativo.

## **2.1. El estudio del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**

Se puede decir que los estudios que se han hecho sobre el TDAH (o ADHD por sus siglas en inglés) y el *Trastorno por Déficit de Atención* (TDA o ADD por sus siglas en inglés), son diversos y se remontan a finales de siglo XIX. De hecho algunos escritores señalan que “Henry Hoffman es el primer autor que elaboró una descripción de un niño llamado Felipe el cual presentaba inatención e hiperactividad” (Fernández-Jaén, s.a., párr. 1). Si bien, la primera descripción de carácter clínico de la que se tiene conocimiento y que coincide con la sintomatología de lo que hoy conocemos como TDAH, fue en 1902 cuando el médico inglés Still elaboró un informe acerca de 20 niños los cuales atendió debido a que presentaban problemas neurológicos que se manifestaban mediante conductas de desobediencia y agresividad. Esto lo llevó a que pensara que se trataba de defectos en el control moral. “...sin embargo, hizo hincapié en que el problema iba más allá de las meras insuficiencias en la enseñanza moral e incluía factores biológicos, probablemente de índole genética, o bien, asociados con los daños en el sistema nervioso central” (Elías, 2005, p. 17).

Algunos años después, en 1931, Shilder realizó algunas observaciones a pacientes que habían presentado complicaciones o sufrimiento perinatal, con lo que logró establecer que: “...la hipercinesia en pacientes con antecedentes de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base ‘orgánica’ de esta patología”

(Fernández-Jaén, s.a., párr. 9), un supuesto que aún hoy en día se ha querido vincular al TDAH.

Siguiendo esta línea de investigación, para 1934, Kahn y Cohen "...propusieron que la hiperactividad y la conducta impulsiva, acompañadas a menudo de agresividad, se debían a factores orgánicos localizables posiblemente en el tallo cerebral" (En: Elías, 2005, p. 18), lo que no se pudo demostrar de manera fehaciente y sólo quedó como un supuesto vinculado al trastorno. En esa misma década, en 1937, el psiquiatra Bradley intentó lograr obtener una solución para aquellos niños que presentaban serios problemas de conducta, descubriendo "...que los niños hiperactivos respondían adecuadamente al tratamiento con anfetaminas en particular con benzedrina" (En: Elías, 2005, p.18). Una sustancia que combinaba la "dextroanfetamina y levoanfetamina, [...] psicoestimulantes [que se venían empleando] para el tratamiento de las conductas disruptivas en la infancia..." (Salazar, Peralta & Pastor, 2005, p. 297). Trabajos que se consideran como los inicios de la farmacología infantil.

Dichos descubrimientos y uso de fármacos para personas que manifestaban este tipo de conductas disruptivas, llevaron a que durante las décadas de los 50 y 60 se empezaran a emplear dos términos, para niños con hiperactividad y problemas de atención: por un lado, el de daño cerebral mínimo; y, por el otro, disfunción cerebral mínima, los que fueron acuñados por Clements y Peter "... situándose en la idea de que un cierto desorden, que no constituía daño real, parecía estar presente en los cerebros de los niños" (En: Tomàs & Casas, 2004, p. 16).

Para 1966 Clements y Peters, plantearon que los niños con problemas conductuales, posiblemente sí presentaban una lesión en el Sistema Nervioso Central y que esto debía ser denominada como Disfunción Cerebral Mínima, lo que hoy en día se denomina como TDAH (Ramos, 2007, p. 35). Cabe destacar que ese mismo año el *Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil* adoptó el término "Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima" para clasificar

a los pacientes con: "...hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional" (Fernández-Jaén, s.a., párr.10).

Ya para 1965, un equipo de profesionales conformados por diez especialistas se dieron a la tarea de elaborar lo que dio como resultado el DSM-II el cual "...fue publicado en 1968 [...] segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico [en el que se] utilizó la expresión reacción hiperquinética de la infancia para describir un desorden caracterizado por la hiperactividad, la inquietud, la distractibilidad y lapsos cortos de atención" (Elías, 2005, p. 18). Sin embargo, esta versión no fue la última, pues gracias a la participación de un gran número de especialistas para 1980 se logró publicar la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los desórdenes mentales ( DSM-III), en el que se incluyeron una gran cantidad de nuevos trastornos, a la vez que la denominación Disfunción Cerebral Mínima fue sustituida por la de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, distinción en la que se hacía "...hincapié en el aspecto atencional y en la insuficiente autorregulación o impulsividad y que, en algunos casos, podía acompañarse de hiperactividad" (INTEF, s.f., párr. 10).

Nueve años más tarde, para 1987, surge una nueva versión el DSM-III-R<sup>8</sup>: en el que se da un retroceso sobre el estudio del este trastorno, pues en éste se omite el TDA y sólo se reconoce el TDAH.

Posteriormente en 1992 la Organización Mundial de la Salud pública la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10), en la que el TDAH se reconoce como entidad clínica y queda recogido en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo en la infancia y la adolescencia, dentro del subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos, el cual comprende cuatro entidades diagnósticas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos sin especificaciones (INTEF, s.f., párr. 13).

---

<sup>8</sup> En esta versión se le agrega la letra R debido a que era producto de una revisión. (INTEF, s.f., párr.3).

Sin embargo, debido a las diferentes variaciones de los instrumentos y con la finalidad de resolver la disputa que en determinado momento se dio entre los elaboradores del DSM-III-R y los especialistas de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) se logró elaborar la décima edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10). Posteriormente pasaron unos cuantos años, y en 1994 fue elaborado el DSM-IV, buscando "...hacer lo más compatibles posibles ambos instrumentos [lo que de algún modo implicó que el TDAH se precisara de la misma manera]" (SA, 2007, párr. 7). De ahí que en el DSM-IV "...el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad presenta una nueva variante, es decir la clasificación por medio de subtipos: Subtipo predominante con inatención, Subtipo predominante hiperactivo/ impulsivo, Subtipo combinado, Variante residual" (Elías, 2005, p.19).

Ya en la última versión de dicho manual, que se conoce como DSM-IV-TR<sup>9</sup>, se sostiene que el TDAH está compuesto por tres síntomas característicos los cuales son: la hiperactividad, impulsividad y la dificultad de sostener la atención; lo que lleva a que el TDAH se localice en la categoría correspondiente a "...trastornos diagnosticados en la infancia, niñez y adolescencia" (INTEF, s.f., párr. 9).

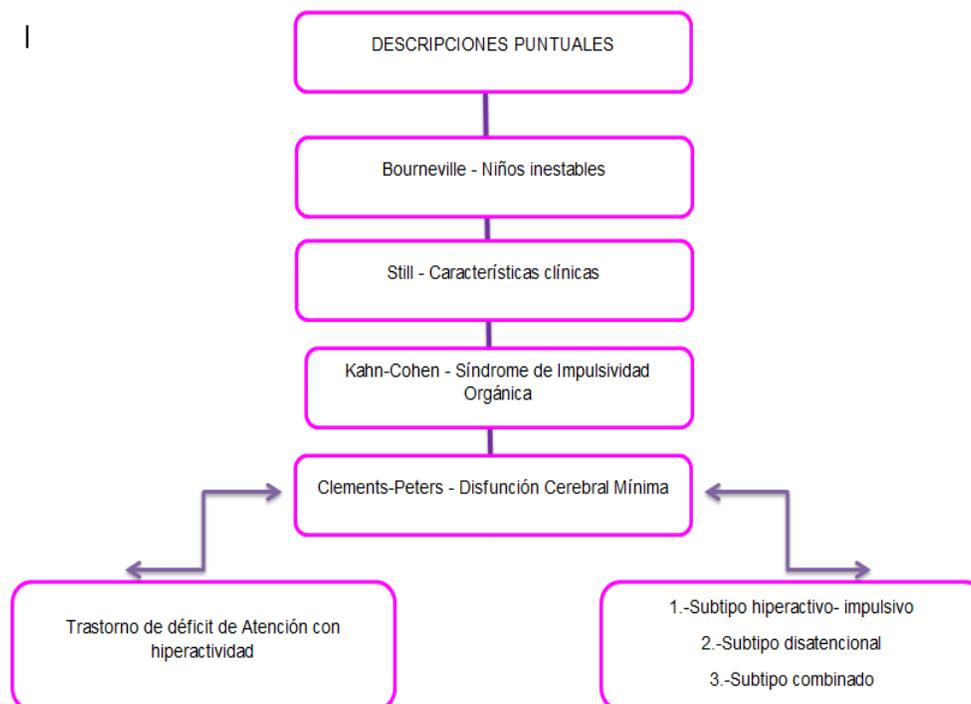
Dicho proceso cronológico de cambios entre el DSM y el CIE, lo podemos ver de manera esquemática en el siguiente cuadro.

CLASIFICACIONES	
DSM- (1958) primera versión de esta clasificación, no reconoce al síndrome de niño hiperactivo utilizado en esa época	
DSM-II (1968) introduce al TDAH como reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia.	CIE-8 (1967) incluye como categoría diagnóstica al "síndrome hiperquinético de la infancia"
DSM-III (1980) se incluye como síntoma fundamental a la inatención y se establecen dos subtipos: TDAH o ADD/H (Trastorno de atención con hiperactividad) y el ADD/WO (Trastorno de atención sin hiperactividad).Se anexa un tipo residual del TDAH para casos en que terminado el desarrollo continuaban con síntomas que producían una alteración funcional significativa.	CIE-9 (1978) retoma el anterior síndrome, denominándolo "síndrome hiperquinético infantil" o "trastorno simple de la actividad y de la atención", incluye el síndrome de inestabilidad en la infancia, definido como trastorno con características de falta de atención y distracción. Se describen dos tipos, con y sin hiperactividad, señalándose como síntomas habituales: la impulsividad, agresividad,

<sup>9</sup> A esta versión se le agrega el TR debido a que en este manual se menciona por primera de que el TDAH está compuesto por "...una triada sintomática caracterizada por hiperactividad, impulsividad y dificultad para sostener la atención. Los síntomas se presentan de modo heterogéneo en uno u otro paciente, con mayor o menor intensidad para uno u otro componente de la triada" (INTEF, s.f., párr. 12).

	desinhibición, pobreza organizativa, labilidad emocional y sobreactividad motora. La hiperactividad podía ser sintomática. Se caracteriza por un conjunto de síntomas sin establecer criterios diagnósticos operativos.
DSM-III-R (1987) visión unitaria del trastorno, "Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad" (ADHD). Para casos de exclusiva inatención se mantenía "Trastorno de déficit de atención indiferenciado". Se incluía listado de criterios (sin categorías separadas de inatención e hiperactividad), estableciéndose el corte de 8 criterios para el cumplimiento del diagnóstico.	
DSM-IV (1995) se retoma la existencia de un subtipo inatento que se denomina TDAH con predominio inatencional.	CIE-10 (1992) se utiliza el término <i>trastorno</i> en todas las categorías diagnósticas, pero no incluye el <i>trastorno por déficit de atención</i> , ya que según la OMS, éste implica procesos psicológicos que aún no se tiene el conocimiento y que llevaría a incluir a niños con ansiedad, apáticos y soñadores, problemas de distinta naturaleza. Por lo tanto para que un niño cumpla criterios CIE-10 de TDAH, debe de tener problemas en su capacidad de concentración y en el nivel de actividad/impulsividad, por lo que no existe la manera para diagnosticar sólo problemas de atención.
DSM-IV-TR (2000) retoma el subtipo TDAH con predominio inatencional y se agregan dos: subtipos de predominio hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado.	
(Parellada, 2009, p. 27)	

Por su parte Fernández-Jaén elaboró el siguiente esquema sobre la cronología del estudio del TDAH Fernández-Jaén.



(s.f., p. 2)

Una cuestión clave sobre el estudio del TDAH es la diferencia que se ha venido estableciendo con el TDA, dado que se plantea que en el caso del primero supone un déficit orgánico neuronal para el autocontrol para las funciones ejecutivas, las cuales son esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas complejas durante medianos o largos períodos de tiempo. “Es decir, en los niños con TDAH la parte ‘ejecutiva’ del cerebro, que supuestamente organiza y controla la conducta ayudando al niño a planificar las acciones futuras y seguir con el plan establecido, funciona de manera poco eficaz” (Barkley, 2011, p.165). En el caso de la segunda (la del TDA) más bien está vinculado con la falta de atención y normas de comportamiento, por tal motivo los sujetos se distraen fácilmente, lo que no necesariamente involucra el que sean excesivamente activos, más bien ellos se destacan por no concretar sus tareas, por evadir las actividades que demandan un trabajo continuo, sin embargo, la sintomatología que presentan muchas veces se pasa por alto y se mal interpreta etiquetando como perezosos, desmotivados e irresponsables. Distinción que llevó a que Benasayag indique: “...El ADD [o TDA] no tiene un elemento en común: unos niños son hiperactivos, otros tienen menor atención o bien problemas de impulsividad, otros tienen, además de los tres caracteres básicos, elementos agregados que se han dado a llamar comorbilidad” (2007, p. 25). Esta distinción la podemos ver de manera esquemática en el siguiente cuadro.

Las características más destacables del déficit de atención o TDA son:	Las características más destacables de la hiperactividad son:
<p>Tienen una gran dispersión mental y se distraen muy fácilmente.</p> <p>Les cuesta entender las cosas de un modo claro y rápido. Parece que nunca entienden las órdenes al cien por cien.</p> <p>Cualquier tarea que implique mucha atención o concentración les supone un esfuerzo titánico y no siempre son capaces de mantener hasta el final.</p> <p>Dificultad para organizarse.</p> <p>Son muy distraídos y se olvidan rápidamente de las cosas si no las han entendido claramente.</p>	<p>Incapacidad para estarse quieto y concentrarse en algo. Les suele costar mantener todo su cuerpo relajado. Siempre están moviendo los pies, mordiéndose las uñas, etc.</p> <p>Normalmente es incapaz de acabar algo que le suponga un esfuerzo (a no ser que le motive especialmente).</p> <p>Cuando habla se expresa con excesiva locuacidad. No puede esperar su turno e interrumpe con facilidad a los demás.</p> <p>Es muy impaciente y le cuesta estar sentado de forma relajada.</p> <p>Su impulsividad le lleva a precipitarse en la mayoría de sus acciones.</p>

(Fundación CADAH, 2012, párr. 8).

Hoy en día el TDAH según la CIE-10 y el DSM-IV-TR es considerado como un trastorno, el que según Parellada se define de la siguiente forma:

...el término “trastorno” se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea utilizar otros conceptos tales como “enfermedad” o “padecimiento”<sup>10</sup>. Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfieren en la actividad del individuo, los trastornos mentales en la CIE-10 no incluyen funciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales (2009, p. 27).

Con base en lo antes indicado, se puede decir que el estudio del TDAH y del TDA se ha ido constituyendo a través de los años mediante las diversas investigaciones y descubrimientos de investigadores que se han interesado en su estudio, para descifrar qué es y qué implica este trastorno. Lo que ha permitido, en cierta forma,

<sup>10</sup> Recordemos que el concepto de enfermedad alude a: “...un estado en el que el funcionamiento físico, emocional o intelectual de una persona está disminuido o alterado en comparación con su propia experiencia previa y, en esencia, impera la idea formulada en el siglo XVII por Sydenham, que concibió las enfermedades como entidades reconocibles por manifestaciones características, entre ellas, por una evolución o curso natural típico. Hay autores muy influyentes a lo largo del siglo XX que consideran la enfermedad como un estado de desventaja biológica, en el sentido de acortamiento de la vida y reducción de la fertilidad. [Mientras que el...] término síndrome hace referencia a un conjunto de síntomas que suelen aparecer asociados, sin que esto suponga una etiología común, como se inferiría de un concepto como enfermedad (Reséndiz. *Apud.*, Parellada, 2009, p. 43).

tener mayor claridad sobre las condiciones clínicas y sintomatología, sin olvidar que éstas pueden responder diversidad de causas, su etiología.

## 2.2. Etiología

Como se venía planteando, hay diferentes posturas respecto a qué origina el TDAH. Por un lado, hay quienes sostiene que se trata de un “...desequilibrio bioquímico del cerebro que genera alteraciones conductuales y cognitivas, en quienes lo padecen, lo cual les impide aprender y desenvolverse en el medio social y sobre todo en el escolar” (SEP, 2010, p. 8); y, por el otro, quienes plantean que este trastorno no existe y que las conductas que los alumnos manifiestan suelen estar asociadas a factores formativos y afectivos.

En cuanto a la primera postura, hay ciertas evidencias que demuestran que la falta de *dopamina* es un factor precursor del TDAH, De ahí que Baena en su artículo “La falta de dopamina, asociada con el déficit de atención e hiperactividad”, indique:

La doctora Nora D. Volkow, del Instituto Nacional de Drogadicción en Bethesda, Maryland (EEUU) y su equipo llevaron a cabo una investigación para determinar si existen anomalías en el mesoaccumbens (la zona del cerebro medio donde se encuentra el circuito de recompensa asociado a la dopamina) de los pacientes con TDAH. Los investigadores obtuvieron imágenes a través del PET (tomografía por emisión de positrones) para medir los marcadores sinápticos de la dopamina (transmisores y receptores D2/D3) en 53 adultos con TDAH no medicados y en 44 individuos sanos que actuaron como grupo de control.

A la vista de los resultados obtenidos, los autores consideran que este estudio proporciona evidencias de que existe una menor disponibilidad de receptores D2/D3 y transmisores de dopamina en las personas con TDAH en dos regiones cerebrales clave para los mecanismos de “recompensa” y “motivación” (el accumbens y el cerebro medio), lo que ayudaría a explicar la menor respuesta a la recompensa por parte de estos pacientes (2009, párrs. 2-3).

Esto, según Soutullo y Díez, se debe a que:

...el gen llamado DRD4\*7, que está en el cromosoma 11 [y...] responsable de producir el receptor D4 del neurotransmisor<sup>11</sup> dopamina, [es un...] gen [...] defectuoso en el 30% de la población en general, pero esta proporción sube hasta el 50-60% en los pacientes con TDAH el receptor se activa al unirse a la dopamina, pero también por adrenalina y noradrenalina. Otro gen que se asocia con el TDAH es el DAT1 (gen de la proteína transportadora de la dopamina, y está en el cromosoma 5) (2007, p.21).

Sin embargo, hasta el día de hoy no se cuenta con la suficiente evidencia como para poder realizar una afirmación categórica de lo antes indicado. De ahí que tampoco exista un acuerdo sobre cuáles son las causas orgánicas (bioquímicas) que originan este trastorno, a pesar de las diversas aportaciones en materia médico-neurológica; pues como indica Van-Wielink:

...no todos los sujetos que se estudian tienen la misma anormalidad, ya que algunos presentan solo problemas neuropsicológicos (detectados por pruebas psicológicas), otros manifiestan cambios neuroanatómicos (estudios de imagen) neuroquímicos (estudios funcionales) o en su biología molecular (estudios de mapeo genético) (2004, p. 19).

En esta misma postura también se ha buscado vincular el TDAH a factores prenatales, perinatales y posnatales, es decir una serie de consecuencias en el proceso de gestación y nacimiento, debido a que la madre fuma, ingiere bebidas alcohólicas o consume drogas. Algunos estudios muestran que hay sustancias, como las antes indicadas, que provocan ciertas anomalías en regiones específicas del cerebro de los neonatos y que éstas se han encontrado en niños diagnosticados como TDAH; así mismo se le ha vinculado a situaciones como hemorragias vaginales, estrés de la madre o que el bebé sea prematuro. Otro aspecto que se toma en cuenta es la dieta del sujeto pues bien existen sospechas de que ésta es un factor que también influye (Garza, 2005, p. 27).

Hoy en día el estilo de vida de las grandes ciudades demanda el consumo de forma significativa de alimentos enlatados, los cuales contienen en su composición, colorantes artificiales, conservadores o potenciadores del sabor. Sin embargo, se tendría que considerar minuciosamente qué tanto es posible que una

---

<sup>11</sup> “Los neurotransmisores son sustancias que se encuentran en el cerebro y su función es comunicar una neurona o grupo de neuronas con otras. Cada sustancia tiene funciones específicas, como activar o desactivar una determinada área del cerebro” (Van-Wielink, 2004, p. 30).

dieta libre de conservadores y demás sustancias a las que se les adjudican la aparición de la sintomatología del TDAH.

Además se piensa que otro aspecto de la alimentación es el que la dieta de los niños sea "...rica en azúcares [lo que] hace que los síntomas del TDAH se manifiesten con mayor intensidad, pero esta relación no se muestra de forma homogénea" (Ramos, 2007, p. 10.); sin embargo, se ha demostrado que un niño con una dieta bien balanceada suele tener mayor capacidad para desarrollar actividades (Black. En: López, 2014, párr. 9).

De ahí que Taylor y Diéguez en su libro *Guía de supervivencia para niños hiperactivos* indican que para todos los niños, que presentan la sintomatología del TDAH, es importante una buena alimentación, para lo cual es fundamental el manejo de cinco nutrientes que son claves para ayudar a los niños con TDAH; estos son: alimentos ricos en proteínas, vitaminas, minerales, grasas y aceites beneficiosos y agua (2010, p. 32).

A pesar de todo lo que se ha estudiado hasta el día de hoy, no se cuenta con suficiente información como para poder realizar una afirmación contundente de vínculo que hay entre la alimentación y la hiperactividad.

En esta búsqueda por precisar cuál es la etiología del TDAH, también se ha considerado que los factores ambientales de las grandes ciudades están vinculados, debido a que con el paso del tiempo han venido desencadenando una serie de padecimientos en muchos sujetos; sobre todo por la contaminación del ambiente con sustancias tóxicas. Por ejemplo, un elemento clave al que se le atribuye la aparición de la hiperactividad es el plomo, debido a que en los niños con TDAH se les han encontrado niveles más altos de lo "normal". Cabe destacar que el plomo es un elemento tóxico y en grandes cantidades en el cuerpo humano puede causar la muerte, en casos menos extremos la repercusión se encontrará en el sistema nervioso, pudiendo llegar a propiciar en los niños una encefalopatía

grave, daños neurológicos de forma permanente o bien deterioros cognitivos y conductuales (Gallardo, 2005, p. 46). Sin embargo, esto tampoco se ha podido demostrar.

En cuanto a la segunda postura, lo que se sostiene es que el TDAH no existe, por lo que más bien se trata de problemas de educación y de falta de normas en la familia y en la comunidad donde se vive, lo que se traduce en comportamientos disruptivos e inadecuados; sobre todo debido a que los padres no se dedican plenamente a la educación y formación de sus hijos, ya sea porque son muy permisivos y no saben poner límites a los niños o porque no les ponen atención y los tienen descuidados. Condiciones de formación que han llevado a que haya un mayor número de niños que manifiestan conductas disruptivas y fuera de control. Asimismo se le ha vinculado a la poca presencia de los padres en el hogar porque trabajan todo el día y no pueden atender la educación de sus hijos, que en muchos casos viven en condiciones de violencia, corrupción, etcétera (Gallardo, 2005, p. 60).

Independientemente de lo antes indicado y de las causas que originan el TDAH, no se puede negar que éste es una realidad que cada vez se está incrementado más, sobre todo porque se le ha tipificado (en muchos casos de manera inadecuada) y porque se ha generado mayor información sobre sus características y requerimientos médicos y educativos.

### **2.3. Diagnóstico y tratamiento**

Ante tal diversidad de razones que se han vinculado al TDAH, un aspecto que resulta de gran relevancia para poder identificar a los niños que realmente presentan este trastorno y saber cómo proceder para su atención (médica, social y educativa); se hace necesario saber las condiciones para elaborar un buen

diagnóstico y con base en él, poder establecer los mecanismos y recursos necesarios para su tratamiento.

Es así que el diagnóstico de un niño con TDAH es un tema que involucra a varios profesionales y como tal debe trabajarse en conjunto para lograr que éste sea lo mejor posible, con mayor veracidad y con miras a obtener mejores resultados; es decir, involucra un trabajo multidisciplinariedad en el que se dé la participación de: psiquiatra, neurólogo, psicólogo, psicopedagogo y pedagogo, con la finalidad de tener un conocimiento amplio e integral, para tener la certeza de que el niño lo manifiesta. Asimismo es de gran valor una pronta detección, pues mientras más rápido se dé ésta, la intervención será más efectiva y dará mejores resultados tanto en el tratamiento como en la educación del niño.

Generalmente la detección del TDAH se da en la escuela, esto debido a que es aquí donde las conductas disruptivas se hacen más evidentes, sobre todo para el docente que se enfrenta a complicaciones como: la imposibilidad de mantener al niño sentado por mucho tiempo, el que no esté molestando a sus compañeros, el que no pueda mantener la atención en lo que se está haciendo en clase, el que tenga problemas para sociabilizar con sus compañeros y con su entorno en general y el que tenga dificultades para lograr los aprendizajes; sobre todo porque esto afecta: "...la adquisición y el uso de habilidades necesarias para comprender y expresar el lenguaje oral, leer, escribir, calcular o razonar. [Lo que puede...] ser de origen biológico, sociológico, psicológico o educativo" (Solzi, 2008, p.29).

Se trata de un trastorno en el que se ha encontrado que hay un predominio según sea el sexo de los casos, ya que: "...la probabilidad es de que haya una niña por cada tres o cuatro hombres" (Garza, 2005, p. 23). De ahí que se pueda decir que la detección de niñas con TDAH es relativamente más fácil, debido a que los patrones de conducta en las mujeres tienden a ser más evidentes cuando se padece la hiperactividad, sobre todo porque el tipo de educación que hoy en día se da a las niñas se sigue distinguiendo de la de los hombres (Garza, 2005, p. 23).

Lo primero que puede llevar a que se sospeche que el niño o niña tiene TDAH es el que manifieste:

1. Inatención o dificultad para sostener la atención por un cierto periodo
2. Impulsividad
3. Hiperactividad (en algunos casos)
4. Dificultad para postergar las gratificaciones
5. Trastornos del comportamiento social y escolar
6. Dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales
7. Daño crónico en la autoestima como consecuencia de los reiterados fracasos que se viven a causa de las dificultades (Soliza, 2008, p. 30).

Dichas manifestaciones requieren de ser valoradas por especialistas que puedan determinar si su condición conductual y orgánica, es propia de un sujeto con TDAH. De ahí que para diagnosticar el trastorno sea necesario identificar una serie de patrones, para lo cual ha sido de gran utilidad el DSM-IV-TR, manual en el que se especifica que el diagnóstico de un sujeto con este trastorno, requiere de dar seguimiento al caso durante un lapso de tiempo mínimo de seis meses y que éste reúna, por lo menos, ocho de los siguientes síntomas; los cuales están divididos en tres áreas: inatención, impulsividad e hiperactividad. Éstos se muestran con precisión en el Cuadro 1:

**CUADRO 1**

Áreas	
<b>Inatención:</b>	El sujeto debe presentar por lo menos 3 de los siguientes síntomas
	<b>Síntomas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presta atención suficiente a los detalles o incurre a errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.</li> <li>• Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas o en actividades lúdicas.</li> <li>• Parece no escuchar cuando se le habla directamente.</li> <li>• No sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, los encargos u obligaciones.</li> <li>• Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.</li> <li>• Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).</li> <li>• Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).</li> <li>• Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.</li> <li>• Es descuidado en actividades diarias (DSM-IV.TR. En: Botías, Higuera &amp;</li> </ul>

	Sánchez, 2012, p. 141).
<b>Impulsividad:</b>	El sujeto debe presentar por lo menos 3 de los siguientes síntomas
	Síntomas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actúa antes de pensar</li> <li>• Cambia con excesiva frecuencia una actividad por otra</li> <li>• Tiene dificultad para organizarse en el trabajo (sin que haya de por medio un déficit cognoscitivo)</li> <li>• Necesita supervisión (DSM-IV.TR. En: Elías, 2005, p. 29).</li> </ul>

<b>Hiperactividad:</b>	El sujeto presentará al menos 2 de los siguientes síntomas
	Síntomas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuentemente, muestra inquietud con las manos, con los pies o en su asiento.</li> <li>• Se levanta del asiento (en el salón de clases o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado).</li> <li>• Corre o trepa en situaciones en las que no es apropiado.</li> <li>• Tiene dificultad para jugar tranquilamente o relajarse.</li> <li>• Frecuentemente, está “a la carrera” y actúa como si lo impulsara un motor.</li> <li>• Habla en exceso.</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Contesta antes de que terminen de hacer las preguntas.</li> <li>• Tiene dificultad para esperar su turno.</li> <li>• Interrumpe o se entromete constantemente. <ul style="list-style-type: none"> <li>· Algunos de los síntomas que han ocasionado el deterioro estuvieron presentes antes de los siete años de edad.</li> <li>· Algún deterioro ocasionado por los síntomas está presentes en dos o más situaciones; es decir en el hogar con los compañeros o en la escuela.</li> <li>· Debe de haber clara evidencia clínica de deterioro en el funcionamiento académico, social u ocupacional (DSM-IV.TR. En: Botías, Higuera &amp; Sánchez, 2012).</li> </ul> </li> </ul>
(Cuadro elaborado por la tesista, con base en las fuentes citadas en los cuadros)	

Además es conveniente que el diagnóstico se acompañe de un electroencefalograma y de un estudio bioquímico, para determinar si los niveles de dopamina son “normales”.

En el DSM-IV-TR se establece una clasificación de los subtipos de TDAH, los cuales son:

- **Predominante inatento:** seis o más indicadores de inatención y menos de seis de hiperactividad e impulsividad.

- **Predominante Hiperactivo e impulsivo:** seis o más indicadores de hiperactividad e impulsividad y menos de seis de desatención.
- **Combinado:** seis o más indicadores de hiperactividad e impulsividad y seis o más indicadores de inatención.
- **No especificado:** Se utiliza para casos en donde se puede clasificar apropiadamente entre los tres anteriores y no es prudente utilizar otra forma de clasificación psiquiátrica conocida (Botías, Higuera & Sánchez, 2012, pp. 142-143).

Una vez que se ha precisado si el sujeto tiene TDAH y cuál es su subtipo, es necesario definir el tratamiento a seguir, ya que éste no se pueden generalizar a todos los casos, sobre todo porque su origen y características no son las mismas. De ahí que el tratamiento dependerá de si se trata de un problema formativo-afectivo o de carácter orgánico.

Cuando el diagnóstico nos lleva a ubicar el trastorno como un problema de carácter formativo-afectivos, lo que se requiere es establecer de qué manera se da la interacción en los diferentes contextos del caso (normas de comportamiento e interacción) y el contar con el apoyo y seguimiento psicológico, con la finalidad de mejorar las situaciones problemáticas y aquellos factores psíquicos que afectan su comportamiento y su autoestima; sobre todo para resolver los problemas interpersonales, mejorar su empatía con las otras personas y favorecer la formación de valores. Al respecto es importante mencionar que "... Más del 50% de los niños con TDA y TDAH presentan problemas emocionales, como sentimientos depresivos, de desconfianza o inseguridad" (Garza, 2005, p. 23); por tales motivos es fundamental favorecer de igual forma el autoconcepto y la autoestima, ya que:

...el autoconcepto y la autoestima se construyen en interacción con el medio y son muy importantes los mensajes que reciben los demás. [De hecho muchas personas...] emiten juicios acerca de la persona con TDAH, los emiten dirigiéndolos a la persona más no al comportamiento de la persona, lo cual le hace creerse una realidad equivocada de sí mismo. No es lo mismo decir: 'este es un comportamiento derivado del TDAH', que: 'este es un niño TDAH típico'... (Gallardo, 2005, pp. 36-37).

Por otra parte, cuando se trata de un niño con problemas orgánicos, las pautas de atención que se requieren, además de las conductuales, es el uso de fármacos. Farmacoterapia que principalmente se ha basado en el uso de estimulantes que

pueden ser de corta o de larga duración: en el caso de los primeros tenemos el *Ritalin*, que por sus características y por los resultados que se han obtenido a través de los años es el más empleado dado que sus efectos tardan de una hora a cinco horas como máximo; en el caso de los segundos está otra versión de dicho estimulante, y que lleva por nombre *Ritalin-LA*, éste está diseñado para tener una duración de diez y doce horas, fármaco que "...fue aprobado por la *Administración de Medicina Y Alimentos* (FDA, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos en 2002" (Garza, 2005, p. 123).

Se trata de fármacos con los que es necesario atender a una serie de recomendaciones cuando son empleados con niños que presentan TDAH, dichas recomendaciones son:

- Realizar un buen examen físico y asegurarse de que no hay alguna alteración que contraindique la administración de medicación estimulante.
- Edad: no administrar medicación estimulante a menores de 4 años.
- Asegurarse de que los síntomas de TDAH son suficientes severos y causan distrés familiar y escolar.
- Comprobar que los padres están suficientemente capacitados para administrar correctamente la medicación y evitar o reconocer conductas de abuso.
- Asegurarse que los padres muestren una actitud condescendiente respecto a la medicación estimulante.
- Valorar la existencia de antecedentes de dependencia a sustancias de abuso o de trastornos de conducta.
- Estudiar si existen miembros de la familia con problemas de abuso o de dependencia a sustancias. En el caso de haber algún miembro de la familia con dependencia a sustancias de abuso, valorar la prescripción de pemolina por ser, quizás, el estimulante con menor potencial adictivo.
- Valorar la relación beneficio-riesgo en el caso de que el paciente tenga antecedentes de enfermedades que puedan verse agravadas con la administración de estimulantes: epilepsia, tics, psicosis o ansiedad.
- En el caso de los adolescentes comprobar su actitud en relación a los estimulantes.
- Si el niño participa en deportes de alta competición, advertir de la posibilidad de que la medicación estimulante dé positivo en los controles antidopaje (Tomás & Casas, 2004, p. 291).

Algunos de estos estimulantes para el tratamiento del TDAH, los podemos ver en las siguientes tablas:

	<i>Inicio de acción</i>	<i>Efecto inicial</i>	<i>Duración de la acción final</i>	<i>Dosis diarias</i>
<b>Medicación de la acción rápida</b>				
<b>Metilfenidato (Ritalin, Tradea)</b>	20-60 minutos	2 Horas; Rango, 0.3-4 horas	2-4 horas	2-3
<b>Segunda generación, de acción prolongada</b>				
<b>Metilfenidato (Ritalin-LA)</b>	30 minutos a 2 horas	Patrón bimodal	6-8 horas	1-2
<b>Metilfenidato (concerta)</b>	30 minutos a 2 horas	Patrón ascendente	12 horas	1

(Garza, 2005, p. 126)

<i>Nombre</i>	<i>Dosis</i>	<i>Dosis inicial</i>
<b>Medicamentos de ocho horas de duración</b>		
<b>Ritalin-LA</b>	20, 30 y 40 mg, cápsulas	Niños pequeños: 20mg/día, aumentar semanalmente hasta alcanzar 1-2 mg/kg/día Niños mayores y adolescentes: 30 mg/día, aumentar semanalmente hasta alcanzar 1-2 mg/kg/día
<b>Medicamentos de 10 a 12 horas de duración</b>		
<b>Concerta</b>	18, 27, 36 y 54 mg, cápsulas	Niños pequeños: 18 mg/día, Incrementar semanalmente hasta alcanzar 1-2 mg/kg/día Niños mayores o adolescentes: 36 mg/día, incrementar semanalmente hasta alcanzar 1-2 mg/kg/día

(Garza, 2005, p. 126)

Cabe destacar que existe otra opción de tratamiento que ha demostrado ser muy efectiva cuando existe la sintomatología del TDAH, hablamos del enfoque multimodal el cual está conformado por "...intervenciones educativas, psicológicas, de modificación de conducta, y médicas. Facilitando que los sujetos con TDAH puedan progresar de forma positiva. Los componentes de este tratamiento multimodal requiere la colaboración de padres, profesores y profesionales de la salud" (Tomàs & Casas, 2004, p. 209). Tratamiento que implica los siguientes aspectos:

**Tratamiento psicológico dirigido a niños, padres y en algunos casos incluidos los profesores:** se trata de ofrecer terapia individual o grupal (según

convenga) para identificar y resolver la problemática que está originando o favoreciendo que el niño tenga TDAH, para ello se emplean.

- Estrategias de manejo de la conducta
- Estrategias de comunicación para mejorar la relación con su hijo / alumno.
- Estrategias para aumentar el propio autocontrol del niño con TDAH (Tomàs & Casas, 2004, p. 209).

**Tratamiento psicopedagógico:** dirigido a mejorar las habilidades académicas del niño y el comportamiento mientras estudia o hace deberes, también pretende instaurar un hábito de estudio al niño que no lo tiene (Tomàs & Casas, 2004, p. 209).

**Tratamiento farmacológico:** orientada a la medicación es hacer remitir los síntomas básicos del trastorno. Los medicamentos más eficazmente. En la mayoría de los casos suelen ser tratamientos de larga duración (años) y facilitan tanto el correcto desarrollo intelectual, social y familiar como la eficacia de otras terapias psicopedagógicas, de manejo de conducta, de comunicación social, etc. (Tomàs & Casas, 2004, p. 209).

Cabe destacar que para que el enfoque multimodal pueda resultar aún más exitoso en dicho contexto se puede contemplar una evaluación psicopedagógica.

A la par, no debemos olvidar que las diversas acciones y mensajes negativos por parte de los docentes, familia y entorno en general (debido a los problemas conductuales y/o bajo rendimiento en la escuela) que reciben los sujetos que presentan TDAH, generan grandes problemas de sociabilización que agudizan su problemática, sobre todo en su autoconcepto y/o la autoestima.

Por tales motivos es importante la creación de un ambiente de respeto y comprensión tanto en hogar como en la escuela, en donde predominen frases

positivas y de reconocimiento en las actividades positivas que él realice; el día a día con el que todo sujeto se forma.

Cuando un sujeto presenta la sintomatología del TDAH en el ámbito educativo las conductas disruptivas (sobre todo la hiperactividad, la impulsividad, y la dificultad para poner atención en el salón de clases) dificultan el proceso de enseñanza-aprendizaje, no sólo del caso, sino además del grupo entero. De ahí que para que éste se lleve a cabo de forma exitosa se requiere de un accionar multimodal, en el que se combina el medicamento con intervenciones de tipo psicológica, psicopedagógica y familiar.

#### **2.4. Evaluación psicopedagógica**

A partir de que el sistema educativo de nuestro país se orientó bajo el enfoque de la IE y luego la EI, se planteó la necesidad de establecer mecanismos de evaluación que no se reduzcan a un diagnóstico y tratamiento médico-psicológico, sino que también se implique el ámbito de lo educativo, para ofrecer una salida integral a los sujetos y con ello buscar los mecanismos para su inclusión social y educativa, atendiéndolo y ofreciendo los ajustes razonables que resuelvan sus *Necesidades Básicas de Aprendizaje* (NBA<sup>12</sup>) y las BAYP que el contexto escolar genera. Tal proceso, dependía y depende de las características de los alumnos y las condiciones escolares, lo que llevó a establecer ciertos mecanismos para identificar cuáles son estas NBA y BAYP.

Se trata de un proceso de detección, en la que hay dos figuras fundamentales: por un lado, el profesor regular de grupo que está en una posición privilegiada para identificarlas, durante las actividades escolares; por el otro, los padres de familia

---

<sup>12</sup> Aquí se recupera el concepto de Necesidades Básicas de Aprendizaje (NBA) que se propone en el Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASSE), establecido por la Administración de los Servicios de Educativos del Distrito Federal (ASEDF) y en el que se indica: "Las estrategias específicas implican aquellas acciones articuladas que despliega el docente de apoyo de USAER en colaboración con el docente de grupo para dar respuesta a las necesidades básicas de aprendizaje de los alumnos con discapacidad [y con problemas de aprendizaje]..." (SEP-ASEDF, 2011, pp. 142-143).

que en el hogar al observan comportamientos y actitudes que pudieran parecer inadecuadas para su edad. Condiciones de identificación que en un primer momento sirven para una valoración a mayor profundidad, sin que esto se constituya en un factor de etiquetación de los niños y en un segundo para realizar los ajustes razonables a la situación de cada niño.

Se trata de problemáticas que el profesor de aula, detecta sin que requiera de una evaluación compleja, ya:

...que los profesores son los indicados para detectar si alguno o algunos niños aprenden con un ritmo marcadamente diferente al resto del grupo. Más aún, su posibilidad de relación con ellos les permite identificar, hasta cierto punto, cuando alguno parece tener problemas físicos y/o emocionales. [Pues...] saber que un niño tiene problemas representa parte de la situación [y...] la otra es definir cuándo, quién y cómo ayudarlos (García *et al.*, 2009, p. 83).

A partir de esta primera identificación del profesor de aula regular, el docente debe realizar una cautelosa observación acompañada de reflexiones personales para discernir cuáles son las NBA que tiene el alumno con TDAH o las BAyP que está enfrentando y, a su vez, discriminar la conveniencia de involucrar al personal de apoyo de la USAER, para determinar en equipo si la problemática tiene un nivel de gravedad, que hace necesaria una evaluación psicopedagógica. Sobre todo, porque:

El diagnóstico debe enfatizar las acciones que podemos realizar para ayudar al alumno, y no debe servir solamente para ponerle un nombre a sus problemas ni para determinar la etiología (origen) de los mismos. Debe, asimismo, subrayar las capacidades del niño, sin perder de vista sus limitaciones. Es cierto que en el ámbito médico el diagnóstico y la etiología definen el tratamiento que debe ofrecerse al paciente, pero para fines educativos —en donde el alumno no es un paciente— no nos indican cómo debemos tratarlo [ya que surgen de la especificidad de cada caso] (García *et al.*, 2009, p. 50).

De ahí que la evaluación psicopedagógica, sólo se debe llevar a cabo cuando la complejidad de dicha problemática lo requiera, ya que se trata de un proceso que no en todos los caso es necesario, pues la solución se puede dar con acciones que el mismo docente regular o en colaboración con los de apoyo pueden dar, sin

necesidad de tener que realizarla. Sobre todo porque esta evaluación involucra: “...un procedimiento costoso –ya que son varias las personas que deben participar y puede tomar mucho tiempo– por lo que es necesario ser muy cuidadosos en la selección de los alumnos que deben ser evaluados” (García *et al.*, 2009, pp. 76-77). Se trata, como dice Sánchez, de:

...un proceso compartido de recogida de análisis de información relevante de la situación de enseñanza-aprendizaje, [en la que se debe profundizar sobre...] las características propias del contexto escolar y familiar, a fin de tomar decisiones para promover cambios que hagan posible mejorar la situación planteada (2005, p. 14).

Por ello como indican García *et al.*: “...lo más frecuente es que los maestros y las maestras soliciten este servicio, aunque algunas veces se sienten inseguros respecto a qué alumnos valorar” (2009, p. 76). Asimismo esta evaluación puede ser solicitada por los padres de familia, que en un momento dado ven cómo su hijo no está aprendiendo o no se puede integrar de manera adecuada a las actividades dentro y fuera del salón de clases, lo que los lleva a manifestar su preocupación y la necesidad de que su hijo sea valorado. De ahí que: “A los niños se les involucra en la evaluación psicopedagógica por distintas razones: [una de éstas es porque...] los padres toman la iniciativa y solicitan al personal de educación especial que la realicen” (García *et al.*, 2009, p. 76).

Ya reconocida la necesidad de realizar la evaluación psicopedagógica, el personal de USAER inicia la elaboración del historial clínico, punto de partida de dicha evaluación. Historial que como indican García *et al.*, implica:

- Una entrevista con los padres y uso de cuestionarios que generalmente están disponibles en consultorios médicos y
- Revisión de problemas médicos y escolares (2005, p. 113).

A su vez recabar toda la información que se pueda del historial médico, el que de ser posible debe incluir:

- Condiciones de embarazo, parto, enfermedades y accidentes,
- Características del desarrollo psicomotor y la historia escolar,
- Historia social y cualquier hecho significativo que haya sucedido en la familia y
  - Antecedentes de otros parientes con fuertes enfermedades, síndromes o trastornos (García *et al.*, 2009, p. 85).

Una vez que ha sido integrado el historial clínico, el profesor de apoyo debe realizar una entrevista semiestructurada al docente con la finalidad de poder detectar situaciones y comportamientos que resulten significativos para comprender el tipo de NBA que el niño tiene para la adquisición de los contenidos programáticos debido a sus condiciones de distracción, falta de atención y problemas de memoria y las BAYP que él está enfrentando para mantener la atención y un buen comportamiento en el salón de clases, en las áreas de recreo o en su contexto inmediato. A sí mismo será necesario que se recolecten pruebas o evidencias como trabajos, exámenes o libros del alumno en cuestión.

Acto seguido se recomienda la utilización de pruebas estandarizadas para ampliar el conocimiento del caso, a esto se deben anexar la observación del contexto áulico. Para ello es importante considerar que existen diferentes instrumentos para hacer una evaluación psicopedagógica y que "...los instrumentos empleados varían de un alumno a otro, dependiendo de las necesidades individuales" (Colmer, Masot & Navarro. En: Sánchez-Cano & Bonals, 2005, p. 14).

La información de los resultados que se obtengan de la evaluación psicopedagógica deberán ser plasmados en un informe, en el que: "...se precisan las [NBA y las BAYP...] que presentan los alumnos y definiendo los recursos/apoyos profesionales, materiales, arquitectónicos y curriculares que se necesitan para que el alumno [...] logre los propósitos educativos" (Castellano, Escandón, 2006, p. 50).

Bajo el enfoque de la EI la evaluación psicopedagógica debe concebirse como un proceso donde el resultado sea un aporte de información significativa sobre la discapacidad del niño (en este caso para saber si el niño presenta TDAH y cuáles son los factores de origen y el tipo de terapia y/o tratamiento que él requiere) en donde se destaquen los intereses del alumno, sus habilidades, capacidades, dificultades y fortalezas, para que dicha información pueda ser de utilidad para los profesores de la educación regular y con base en ellas puedan realizar las modificaciones necesarias a su quehacer educativo para cubrir las demandas específicas de cada caso.

## **2.5. Ajustes razonables para las Necesidades Básicas de Aprendizaje de los niños con TDAH**

Después de la detección de las NBA de cada sujeto y las BAYP y las BAYP que enfrenta en la escuela, se deben definir los ajustes razonables que el alumno requiera, es decir, se deben establecer las:

...medidas específicas adoptadas a fin de modificar y adecuar el entorno, los bienes y los servicios a las necesidades particulares de ciertas personas y, en consecuencia, se adoptan cuando la accesibilidad no es posible desde la previsión del diseño para todos, justamente por su especificidad (SEP-DEE, 2011, p. 75).

Dichos ajustes se establecen en función de las demandas educativas que el niño manifiesta y que el mismo contexto le impone, las cuales deben ser resueltas satisfactoriamente en función de las características de cada uno de los niños, tal vez una de las principales problemáticas para lograr la EI, ya que la misma diversidad existente en el salón de clase hace muy complejo el lograr que ésta se dé.

En el caso de los sujetos que presentan TDAH, se trata de niños o jóvenes que tienen las capacidades intelectuales necesarias para cursar la escuela regular aunque presenten patrones de conductas disruptivos que dificultan su

socialización y su autocontrol derivando en problemas para la adquisición de los aprendizajes.

De ahí que Solzi indica sus dificultades de aprendizaje de niños con TDAH radican en "...la atención, la memoria, el control de sus impulsos, en el desarrollo y aplicación de las funciones ejecutivas [habilidades que son necesarias para poder...] (organizar, planificar, regular y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas)" (2008, p. 51). Razones por las cuales es necesario que para las diversas dificultades de aprendizaje que los niños con TDAH enfrentan se empleen estrategias, técnicas, métodos o bien materiales específicos en pro al sujeto para esto se requiere que el docente realice las adecuaciones curriculares pertinentes que conlleven a la mejora tanto en los aspectos cognitivos como conductuales así mismo cabe destacar que para que el éxito de lo anterior sea obtenido el docente tiene que actuar desde una planeación de trabajo bien elaborada en donde sea claros los objetivos y se pauten tiempos (Garza, 2005, p. 92).

Dentro de las consideraciones necesarias y claves para que un alumno que presenta la sintomatología de dicho trastorno, se debe considerar el hecho de que el sujeto dentro del aula de clases ocupe un lugar en donde los distractores sean mínimos y de igual forma se pueda propiciar un contacto visual inmediato con el docente; pues el mandarlo a ocupar un lugar en la final del aula de clases para que no "moleste" ni distraiga a sus compañeros sería una situación excluyente. Y de poca utilidad para apoyarlo. Además el docente debe establecer estrategias que lleven a que todo el grupo se mueva de la silla cada cierto tiempo, esto como una forma de relajación y de poder regular sus conductas de desatención.

Según Solzi los tres principios básicos que todo docente debe poner en juego para atrapar la atención e interés del alumno con TDAH, son: la brevedad, la variedad y la estructura. En el caso del primero, se implican actividades cortas, repaso frecuente de ejercicios y lecciones; en el caso de la segunda evitar actividades

que se tornen aburridas, ya que si los sujetos con TDAH consideran una actividad aburrida, repetitiva y demasiado larga, tienen dificultad para seguirla y por consiguiente tienden a bajar su rendimiento, lo que el Solzi llama “atención de caída”; y, finalmente, la tercera, las actividades deben estar bien organizadas, definidas y con transiciones rápidas entre una y otra, favorecen el foco de atención (2008, p. 51).

Una opción más para reforzar e incrementar los aprendizajes de niños con este trastorno, es el asignar uno o varios compañeros como tutor o tutores en diferentes áreas o asignaturas; es decir, se trata de compañeros que se encargarían de ayudarlo con sus distracciones y para mejorar sus aprendizajes, al mismo tiempo se trabaja su socialización. Una estrategia que requiere de una supervisión constante y cuidadosa por parte del o los docentes y ver que las familias de los alumnos participantes estén de acuerdo y otorguen su consentimiento (cabe destacar que no debe considerarse como opción si el niño con dicho trastorno lo vive como humillante, no lo quiere o puede ser riesgoso para el tutor).

Para llevar una modificación curricular se parte de la planeación que el docente elabore para todo, el grupo, la que debe estar basada en los planes y programas de estudio vigentes. Para orientar la toma de decisiones curriculares pertinentes es necesario “...determinar las [NBA...] de los niños es necesario tomar en cuenta el contexto educativo en el que se encuentran, para ello se sugiere evaluar los siguientes aspectos [generales]” (Garza, 2005, p. 92):

- a) Es fundamental conocer cómo ha sido su desarrollo en el área intelectual, área de desarrollo motor, área comunicativo-lingüística, áreas de adaptación e inserción social y aspectos emocionales (estos tres últimos son elementos clave a considerar en alumnos con TDAH)

- b) Nivel de competencia curricular: es decir determinar lo que el alumno es capaz de hacer en relación con los propósitos y contenidos de las diferentes áreas del currículo escolar.
- c) Estilo de aprendizaje y motivación para aprender: es importante conocer lo que el alumno es capaz de hacer pero también el cómo lo hace ,cómo enfrenta y responde a las tareas escolares, ya que esta información ayuda al maestro a mantener, modificar o incorporar las condiciones educativas más favorables para el alumno
- d) Información relacionada con el entorno del alumno: contexto escolar y socio-familiar del alumno, en el primero interesa identificar los factores que favorecen u obstaculizan el proceso de aprendizaje en el aula, en el segundo los factores que fungen como obstáculo y que se encuentran en el medio social y familiar (Garza, 2005, p. 92).

Para ello fue fundamental la evaluación psicopedagógica, desde la cual se definieron los ajustes razonables, lo que requiere de una revisión permanente para valorar lo que está fallando en las estrategias, en los recursos y en la evaluación.

### **CAPÍTULO 3**

## **LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE ARIEL: UN NIÑO CON TDAH**

Al revisar la bibliografía que hay sobre la investigación, encontramos que en ésta se le ha dividido en dos grandes enfoques: por un lado el cuantitativa y por el otro el cualitativa. En el caso del primero se plantea que la investigación se enfoca a analizar datos numéricos, sobre todo a través de procesos estadísticos; mientras que en el caso de la segunda, se trata de investigaciones holísticas, que tiene como principales fuentes de información la descripción y la narración que se obtiene a través de observaciones y entrevistas a informantes clave.

De ahí que la investigación cualitativa sea una alternativa para la construcción del conocimiento de la realidad social y educativa, pues se trata de: "...una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimiento" (Dorio, Sabariego & Massot. En: Bisquerra, 2004, p. 276).

En correspondencia con este enfoque investigativo está el estudio de caso, un método a través del cual se construye el conocimiento de un sujeto, una institución, un programa educativo o de varios de éstos; entendiendo que el estudio de caso se orienta a la comprensión en profundidad de un objeto, hecho, proceso o acontecimiento en su contexto natural. Camino investigativo que se caracteriza por ser descriptivo, heurístico e inductivo, ya que se desarrolla, como indica Álvarez, de distintas maneras, dependiendo de los objetivos del investigador, en ese sentido puede ser: descriptiva-interpretativa, evaluativa-interpretativa, intervención-descripción e intervención-evaluación (2010, párr.19).

Se trata de un proceso investigativo que tiene como ventaja permitir la comprensión de la complejidad de ciertos procesos en los que están implicados una gran diversidad de situaciones que no se pueden desprender y que vinculados para realizar un estudio de carácter holístico (Garza, 2005, p. 23).

Un método que al ser aplicado en un contexto educativo, requiere que el proceso de acopio de información se realice a través de observaciones, tanto en el aula como fuera de ésta, para identificar qué tipo de interacciones existen en la relación profesor de apoyo-profesor regular, docente-alumno, alumno-alumno directivo-alumno, directivos-padres de familia. Además de tener que realizar una gran diversidad de entrevistas a todo sujeto que pueda ser un informante clave (padres, docentes, directivos, compañeros de clase y profesora apoyo de la USAER) para el conocimiento de o de los casos (en el caso de esta investigación para conocer cómo se ha llevado a cabo la inclusión educativa de un niño con TDAH), para recuperar su narrativa como fuente primaria de información. Asimismo es necesario analizar diversas fuentes de información de Internet, bibliográficas, hemerográficas, documentales, etcétera y todo documento que proporcione información útil (expedientes, informes, evaluaciones, cuadernos de trabajo, etcétera) para comprender y explicar en profundidad una etapa de la vida del caso o de los casos (según sea la investigación).

Para ello, el estudio de caso que aquí se desarrolla es de carácter *descriptivo-interpretativo*, con la clara pretensión de conocer cómo se ha realizado la IE de un niño con TDAH a una escuela regular de carácter particular. Un estudio en el que: "...el reporte se hace para describir el proceso que se ha seguido en una etapa de la vida el caso, haciendo relevantes los aspectos según sea la delimitación y la intencionalidad investigativa que se tiene con respecto al caso" (Alvarez, 2010, párr. 26).

Tipo de estudio de caso que me llevó a realizar las siguientes preguntas, los cuales expresan los aspectos más relevantes respecto del objetivo de esta investigación y que son las siguientes:

- *¿Cuál fue el proceso que se siguió para la elección del caso?*
- *¿Cuáles son las características de la escuela primaria donde fue incluido el caso?*
- *¿Cómo fue el desarrollo pre, peri y postnatal del caso?*
- *¿Cómo se identificó, diagnosticó y evaluó la discapacidad del caso?*
- *¿Cuáles son los apoyos institucionales para la atención e inclusión educativa del caso?*
- *¿Qué prospectiva se puede hacer del caso?*

Preguntas que se convirtieron en los enunciados temáticos que integran el presente capítulo.

### **3.1. Proceso seguido para la selección del caso**

La inclinación que tuve por la Opción de Campo “Inclusión Educativa” fue básicamente por dos motivos: el primero mis experiencias previas adquiridas a través del programa de movilidad estudiantil de la UPN Unidad Ajusco, puesto que curse el sexto semestre en la Universidad de Monterrey (UDEM) institución en donde se me dio la oportunidad de ingresar al DIF de Nuevo León y a un CAM como parte de un voluntariado, debido al tinte católico de la universidad para apoyar a las personas desvalidas; la segunda es, el que en mi Universidad de origen (UPN) nos ofrece una serie de seminarios, los cuales nos aportan una alta preparación sobre el campo de lo pedagógico y los posibles ámbitos laborales en los que nos podemos desempeñar: uno de ellos el de la EI.

Al ingresar a séptimo semestre los seminarios que en conjunto conformaban la Opción de Campo desde las primeras sesiones se me indicó que tenía que buscar una institución donde se incluyera a niños con NBA y que enfrentaran BAYP para poder desarrollar mi investigación, es decir, que fuera una USAER, un CAPEP, un CAM o alguna institución de Educación Básica. Punto de partida que me permitió inclinarme por buscar como opción una USAER, debido a que llamaba la atención su funcionamiento y me interesa el trabajo que se lleva a cabo en Educación Primaria. En esta elección fue fundamental el Seminario de Tesis y las acciones que se desarrollan en dicha opción, ya que desde el mismo día que iniciamos clases se nos indicó que teníamos que realizar prácticas académicas en alguna institución educativa que apoyara la inclusión de los niños que tienen NBA y/o que enfrenten BAYP, para vivir la realidad de lo que es la EI.

Acto seguido me dirigí a localizar una escuela que contara con este servicio encontrando que la escuela más cercana a mi domicilio que tuviera el apoyo de dicho servicio era la escuela de Educación Primaria Benito Pérez Galdós, la que trabaja en ambos turnos y se encuentra ubicada entre Calle Jacarandas y eje 5, de la colonia San Miguel Teotongo, en la Delegación Iztapalapa.

Para aprovechar al máximo el día, me incliné por elegir el turno matutino, sobre todo porque en la Opción de Campo teníamos un día libre para poder realizarlas. Así que pedí al director de la institución que estaba a cargo del turno matutino que me permitiera el acceso para realizar prácticas profesionales de 08:00 a 14:30 hrs., durante todo el ciclo escolar (2013-2014), petición que me fue autorizada; iniciando éstas en el mes de agosto de 2013 y concluyendo en junio de 2014. Lo anterior con el sustento de un oficio elaborado por el responsable de la opción (Ver anexo 5)<sup>13</sup>, en el que se indica que:

Dichas prácticas se realizarán los días viernes de 8:00 a 14:30 hrs. Durante todo el ciclo escolar (2013-2014), iniciando en el mes de agosto de 2013 y concluyendo en junio de 2014 para que la estudiante conozca y apoye el trabajo de inclusión educativa

---

<sup>13</sup> Es importante destacar que el servicio de USAER brinda apoyo a la Escuela Primaria "Benito Pérez Galdós" desde el ciclo escolar 2010-2011.

de los niños con NEE que están en esta institución. Es importante indicar, que el contar con esta experiencia y los conocimientos se den fortalecerán su formación como futura profesional en el campo de la pedagogía y de la educación en nuestro país (Anexo 6).

Lo anterior me llevó a dirigirme a la USAER que se encontraba ubicada dentro de la escuela “Benito Pérez Galdós”, lo que fue relativamente fácil y sin mayores complicaciones, debido a que conté con todo el apoyo del director de la escuela, al que le expliqué que las observaciones que realizaría era para poder elaborar mi tercer capítulo de la tesis, a partir de ese momento él estuvo en la mejor disposición de darme las condiciones para desarrollar mis prácticas profesionales y me indicó: *Tendrás el acceso a la institución para que trabajes con tu proyecto de tesis, la condición es que cuando termines me presentes los resultados de tu observación para que puedan ser aprovechados y utilizados por el docente para poder ayudar al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje y en el proceso de inclusión* (Plática informal, 23/08/13).

A partir de ese momento la selección del caso dependió de mí, debido a que el director habló con la profesora de apoyo de la USAER para que me comentara los casos existentes que habían sido canalizados para ser atendidos y con base en ello yo pudiera elegir uno. Sin embargo, cuando me encontraba revisando los expedientes en la oficina de USAER (Ubicado en un pequeño salón dentro de la institución), para escoger mi caso, la profesora me dijo: *Te sugeriría solicitar permiso de manera oficial a la Dirección General de Servicios Educativos de Iztapalapa (DGSEI) pues aún con la autorización del director no tengo permitido proporcionarte documentos oficiales. Por otra parte te comento que cuando estén las otras profesoras de USAER que esporádicamente llegan tenemos que aparentar que no hay algún contacto entre nosotras, pues si lo notan y se lo llegan a informar a mis superiores tendré problemas* (Plática informal, 23/08/13).

Ante el comentario procedí a explicarle la experiencia de muchos de mis compañeros, que habían fracasado en la gestionar dicho trámite ante la DGSEI, asimismo destacué el hecho de que mi presencia en ese lugar no era para

cuestionar su trabajo ni mucho menos el funcionamiento de USAER; sino que se trataba de un trabajo que me permitiera conocer cómo es que funciona y se organizan las acciones de la Unidad para ofrecer los apoyos a los docentes regulares y a los niños que enfrentan NBA o BAYP. A lo que ella me respondió: *Vamos a mi oficina para que me digas qué caso va a ser el de tu elección*<sup>14</sup> (Plática informal, 23/08/13).

Finalmente ese mismo día cuando la profesora terminó de contarme sobre los casos yo me decidí por el de Ariel, ya que éste era el único niño que tenía un documento oficial (receta médica), en la que se le diagnosticaba como un niño con TDAH. En ese momento la docente de USAER No. 74 me comentó: *¡Mira! Ariel [tiene...] una mamá que cada día está más preocupada porque su hijo tiene muchos problemas al relacionarse tanto en el contexto áulico como en el familiar, por lo cual llevó nuevamente a hace poco a su hijo con un médico, y por segunda vez se le diagnosticó con TDAH* (Plática informal, 23/08/13).

Acto seguido al terminar el recreo la profesora de USAER y yo nos dirigimos al salón de 6 grado grupo B para informarle a la docente regular que yo estaría apoyando el trabajo de Ariel, motivo por el que se le pedía que me pusiera al tanto de cómo estaba la situación académica del niño; sin embargo, dado que la docente regular tenía poco tiempo con el grupo (aproximadamente dos semanas), en ese momento no me pudo dar mayor información y me comentó que en la medida de sus posibilidades me iría aclarando mis dudas, sobre todo pensando en que yo me hiciera cargo del niño, ya que ella no sabía cómo “lidiar” con Ariel.

Ya al ingresar al salón de clases, la profesora regular me dio la bienvenida y le dijo a los niños que yo me encontraba de visita para ver cómo trabajaban. En ese momento yo me coloqué en una mesa banco al final del salón para poder ver

---

<sup>14</sup> En esos días el servicio de USAER se ofrecía por parte de la Profra. Patricia (docente de apoyo que estaba de planta en la escuela) y por dos especialistas que apoyaban a los niños en el área lenguaje y de psicóloga. Éstas asistían una vez por semana para trabajar con los niños que presentaban problemas de lenguaje y/o problemas de conducta; sin embargo, era la docente de apoyo la que se encargaba de llevar a cabo el seguimiento de todos los niños que presentaban NBA o enfrentaban BAYP.

cómo trabajaba Ariel, observando que realmente él no interactuaba con sus compañeros y que no le gustaba que vieran lo que tenía que hacer.

Se podría decir que a partir de ese primer día quedó claro que mi participación en el grupo donde estaba Ariel, era para apoyar el trabajo con la docente regular, lo que facilitó el trabajo y la interacción con la docente. La única limitante que dificultó mi trabajo al principio con el niño, fue el hecho de no haber tenido contacto con la mamá de Ariel, debido a que ella no tenía disposición alguna para platicar conmigo sobre la problemática del niño, tal vez por un estado de negación de la problemática que él tenía.

### **3.2. Características de la escuela primaria**

Gracias a la disposición de la docente de apoyo el mismo día que llegué a la escuela pude realizar mi primera observación para conocer al niño, lo que me permitió darme cuenta durante el recreo, que Ariel estaba solo pues su forma de proceder le impedía vincularse con otros niños, por lo que se pasaba recorriendo solo el patio. En ese momento consideré conveniente ver cuál era la distribución de la escuela, pues se trata del espacio físico en el que Ariel se desenvolvía para identificar posibles barreras arquitectónicas que afectaran su participación escolar.

La avenida donde se encuentra la institución es muy transitada tanto por vehículos particulares como de servicio público; sin embargo, ante dicha situación todos los días en la hora de entrada y en la hora de salida se procede a cerrar la calle con un lazo durante 10 o 15 minutos, dejando libre el acceso de los menores para que ingresen al plantel y se retiren de él sin dificultad, algo que se ha delegado a los padres de los niños, por lo que son ellos los que se organizan por comisiones dependiendo del grupo al que le toque la guardia.

En la entrada principal de la escuela primaria Benito Pérez Galdós se encuentra una rampa para el acceso de los alumnos que lo requieran por tener alguna discapacidad motriz. Es una institución educativa que tiene doce grupos, dos por grado, de 1º a 6º, con el mismo número de docentes frente a grupo, un director y dos Asesores Técnico Pedagógicos (ATP) que se encargan de apoyar al director con el trabajo administrativo (son sus secretarios), así mismo la escuela cuenta con dos profesores de Educación Física, una de Danza, un conserje, un trabajador manual y el servicio de USAER que apoya a los niños que son incluidos en algunos de los grupos de la institución. En este caso hay 2 niños con discapacidad motriz y 10 con discapacidad intelectual, dichos diagnósticos han sido elaborados por diferentes instituciones de salud (sin que la USAER cuente con la información). Estos niños son apoyados por el personal de la USAER, planta docente que tiene un exceso de trabajo, dada la cantidad de niños que están siendo incluidos en la institución y las otras escuelas que apoyan, al respecto en el *Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE)*<sup>15</sup> se indica:

Cada USAER atiende cuatro escuelas de educación básica: primaria, secundaria y algunas de preescolar. En las escuelas, la USAER promueve las adecuaciones en sus contextos para disminuir o eliminar las barreras para el aprendizaje y la participación con el fin de que todos los alumnos y las alumnas reciban educación de acuerdo con sus necesidades educativas, en especial la población con discapacidad o con capacidades y aptitudes sobre salientes, así como aquellos que en los diferentes contextos, se les dificulta acceder o participar en las oportunidades de aprendizaje de los campos de formación de lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, exploración y comprensión del mundo natural y social, así como el desarrollo personal y para la convivencia, debido a la presencia de barreras de diversa índole las cuales requieren ser eliminadas o minimizadas para lograr el éxito en la escuela y en la vida (SEP-AFSEDF-DFOSE-DEE, 2011, p. 128).

Sin embargo, en el MASEE no se establece el número de niños que un profesor debe y puede apoyar, al igual que no se indica para el resto de los especialistas que integran las USAER, lo que lleva a que el trabajo que desempeñan por el número de niños incluidos no pueda ser realizado de manera adecuada y en muchos casos (como pasa en este centro escolar), excesiva la población demandante de estos servicios. Además de la gran cantidad de trámites (papeleo)

---

<sup>15</sup> Es conveniente indicar que el MASEE, es un documento que sólo se utiliza en el Distrito Federal (SEP-AFSEDF-DFOSE-DEE, 2011, p. 9).

que tienen que realizar por cada niño incluido ante las instancias administrativas de la SEP.

La estructura física del interior es de varios niveles, ya que ha sido construida en una zona irregular; lo que se constituye BAYP para aquellos niños que por su discapacidad enfrentan dificultades para trasladarse y acceder a todas las instalaciones de la institución. Sin embargo, en cada desnivel junto a las escaleras se pusieron rampas que, en cierta forma, resuelven dicha problemática.

A mano derecha de la puerta de entrada principal se ubica un pequeño corredor en donde se encuentra un pizarrón con recados para los padres de familia y el periódico mural, que es actualizado mes con mes. Enseguida están los baños de los niños y las niñas, después está la dirección del turno vespertino e inmediatamente las del turno matutino, lo que permite que los directivos estén al tanto del trabajo de los docentes y de la presencia de los niños, además de que facilita el acceso a los padres de familia para ir con las autoridades de la institución. A estas áreas le sigue la conserjería y finalmente se encuentra la bodega donde se ubica el material de Educación Física lo que permite que los niños puedan ir a recogerlo y dejarlo con facilidad.

Subiendo unas escaleras está el edificio donde se encuentran las aulas, para que los niños puedan llegar rápidamente. Al frente se encuentra un patio grande acondicionado con canchases donde se suele practicar deportes como fútbol y basquetbol, áreas que son utilizadas para las clases de Educación Física, lo que permite que los niños puedan realizar las actividades sin riesgo en cada uno de los turnos. Al frente de dicho patio se encuentran unas escaleras y una rampa que permiten el acceso a un segundo patio al que salen los niños en la hora del recreo y en el que se llevan a cabo los eventos y las efemérides. Un patio que está techado y en buenas condiciones y que tiene al frente un edificio de dos plantas en el que se encuentran la mayoría de las aulas donde toman sus clases los niños. Cabe mencionar que en la planta baja de este edificio se encuentra un área

específica para que todos los niños puedan desayunar con comodidad y seguridad.

En general dicha institución educativa cuida que sus espacios sean bien utilizados por todos los alumnos, buscando que todos tengan la posibilidad de acceder a éstos. Claro está que el niño que tomé como caso propiamente no se enfrenta a barreras arquitectónicas, pero las condiciones de funcionamiento y sus características muestran una institución que se preocupa de promover una EI.

### **3.3. Desarrollo pre, peri y posnatal del caso**

Con base en la información recabada y lo comentado por la mamá de Ariel, puedo indicar que no hay antecedentes familiares de hiperactividad en la familia del niño. De ahí que tomé como punto de partida para elaborar mi explicación sobre el caso su desarrollo prenatal y las condiciones para su nacimiento. Punto de partida que para mi estudio de caso es central.

La primera información que pude obtener sobre el desarrollo prenatal de Ariel, me la comentó su mamá, ya que no tenía ningún documento sobre este proceso. Ella me dijo: *Yo tenía 21 años cuando me embaracé de Ariel, en ese entonces trabajaba y el traslado hacia mi trabajo era muy complicado y sobre todo fue pesado porque hice mucho estómago. Era muy cansado, ya que todo el embarazo trabajé y lo más complicado fue que en el parto a mí se me rompe la fuente a las siete de la mañana. Empecé con pequeños goteos y yo pensé que era la incontinencia que yo manifestaba porque como te comenté, yo tuve mucho vientre y yo pensé que era por el peso, entonces ya para eso de las 11 de la mañana se me viene mucho líquido, entonces ya me dijeron: ¿sabes qué?, más bien se te rompió la fuente. En ese momento me dijo mi suegra arréglate y nos vamos al hospital. Yo llegué al hospital a las 12:30, pero me tocó el cambio de turno, entonces a mí no me atendieron de inmediato me dejaron esperando hasta por ahí*

*de las tres de la tarde, para que yo entrara al internamiento a las cuatro de la tarde, en una camilla; pero como yo no tenía dolores no me hicieron nada hasta como a las seis, cuando me dieron medicamento para provocar dolores de parto, los que yo empecé a tener en ese momento. Así que hasta tenía siete centímetros, pero mi hijo no coronaba, sin embargo yo ya no tenía líquido amniótico, yo sentía cómo mi hijo impulsaba su piecito en mi costilla, como si quisiera salir; sin embargo, él no pudo nacer, así que a las 10 de la noche me bloquearon y yo ya dejé de tener dolor. Para las tres de la mañana me vuelven a revisar el éste, que es para el ritmo cardíaco del bebé, y se dan cuenta que el ritmo cardíaco de mi bebé, ya era muy bajo. Es entonces cuando me programan para meterme a cirugía. Así que mi hijo nació a las tres de la mañana con tres minutos. Lo que me llevó a pensar que él tuvo sufrimiento fetal, si bien el lloró al nacer, pesando 3.500 kg. y midiendo 52 cm. con el paso del tiempo a mi Ari le fueron surgiendo Alergias respiratorias y en la piel y se le presentó sinusitis, la que poco a poco se le acentuó. Lo que sí es que nunca tuvo algún ataque epiléptico ni nada por el estilo (Plática informal, 10/01/15).*

Dicha información me llevó a recordar como se indica en el capítulo 2 de esta tesis, que hasta el momento no se ha encontrado que este trastorno esté asociado a problemas pre, peri o posnatales. Sin embargo, es de utilidad conocer cómo se dieron estas etapas de la vida de Ariel, para ver si hay alguna situación que pudiera estar vinculada con el trastorno de mi caso, lo que no se pudo identificar.

#### **3.4. Identificación, diagnóstico y evaluación de la discapacidad del caso**

Durante los primeros años de vida de Ariel, la problemática de su “hiperactividad” no fue notoria, hasta aproximadamente cuando él tenía tres años de edad. Sin embargo, conforme fue pasando el tiempo, la mamá de Ariel empezó a percatarse de que él tenía comportamientos que rebasaban los límites de actividad de acuerdo con el desarrollo de los niños de su edad con los que convivía (familiares

y vecinos). Al respecto la Sra. Anabel Maldonado López me dijo: *Yo sabía que algo no estaba bien con mi Ari, ya que tengo un sobrino que es tres días menor que Ariel, entonces en reuniones familiares o cuando nos llegábamos a frecuentar comparábamos, de cierta manera, a nuestros hijos entonces un día yo me doy cuenta de que el avance en mi Ari no era el mismo que los otros niños. A pesar de que yo sé que no todos los niños son iguales o reaccionan igual, sus habilidades eran más lentas, me di cuenta y me convencí hasta los tres años cuando esto fue más notorio, él tenía diferencias a comparación de mis sobrinos. Desde chiquito era muy inquieto, por ejemplo no dormía sus siestas en el día y se la pasaba llorando, lo bueno es que en la noche sí dormía perfectamente. Otra cosa que noté es que la motricidad gruesa no le funcionaba bien. Bueno digo esto porque era muy torpe, caminaba y se caía, a veces caminaba y chocaba con las cosas, corría con una fuerza desmedida, no tenía un control sobre su cuerpo, no medía que se podía lastimar, era muy impulsivo. Además le costó mucho hablar, de hecho en un centro particular (Más bien una especialista que atendía a niños con problemas de lenguaje en un local) que está cerca de mi casa le dieron terapias, sí hablaba pero había unas palabras que le costaban mucho trabajo decir y expresarse o hablaba muy rápido. De hecho lo llevé muy poco tiempo a la terapia, pues la maestra que atendía a los niños regularmente no se daba abasto, así que el horario que me tocó se me complicaba porque yo trabajaba. Era sumamente distraído para las cosas que no le llamaban la atención, se aburría fácilmente, todo el tiempo solía tener problemas con los niños con los que jugaba, era muy tosco, jaloneaba y empujaba a todo mundo. Yo sé que no era su intención lastimar a nadie pero no medía su fuerza, incluso era lo mismo con sus hermanas, tenía conductas agresivas con los demás, frecuentemente quería que se jugara o se hiciera lo que él decía y si los demás no querían pues se molestaba. Él solía hacer amigos rápido, pero no podía conservarlos por esas actitudes, siempre salía de pleitos. En cuanto a su aprendizaje, pues yo recuerdo que desde el kínder tenía afectada su memoria a corto plazo y la concentración. Yo lo llevé a un kínder particular porque en las escuelas de gobierno no duraba porque no le tenían mucha paciencia y Ari ya no quería ir. Fue hasta la primaria cuando ya lo metí a*

*una escuela de gobierno, a pesar de que me di cuenta a los tres años de que algo no estaba bien en mi Ari, yo lo empecé a tratar oficialmente en el Hospital General [Al respecto se deduce que se trata del Hospital General Siglo XXI, pero no se tiene la certeza, ya que la única receta a la que se tuvo acceso, donde sólo dice: “CDMX Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos”] (Anexo 1). Como a los seis años y ahí le recetaron el Valproato<sup>16</sup>, sin embargo no se lo pudimos comprar pero sí avisamos a las escuelas de la situación que enfrentaba mi hijo, esto fue desde que iba en el primer año de primaria, los maestros ya estaban avisados de que Ariel tenía TDAH de acuerdo con la paidopsiquiatra [de dicha institución] pero no le dieron importancia, fue hasta cuando ingresó a sexto año que entró a USAER [para ser exactos en el 2013] (Plática informal, 10/01/15).*

Es importante mencionar que la mamá de Ariel sí contaba con un diagnóstico médico el cual fue emitido en el año 2008 cuando por primera vez se atendió el niño, sin embargo, ella con la esperanza y única finalidad de que los profesores pudieran utilizar dicho documento de manera correcta en pro de la educación de Ariel, lo llevó a la escuela en la que él cursaba el primer año de primaria y cuando finalizó el ciclo escolar, por motivos personales la mamá tenía que llevárselo a otra institución así que procedió a pedir sus documentos a la escuela, sin embargo dicha institución argumentó que el diagnóstico médico se traspapeló y se perdió. La señora como no tenía claro el valor de esta información, no le tomó mucha importancia al documento faltante y ya no lo siguió reclamando. Cabe destacar que la señora no recuerda qué decía dicho documento, sólo recuerda que el resultado del diagnóstico fue que su hijo presentaba la sintomatología del TDAH.

Por motivos personales la familia de Ariel se tuvo que cambiar de casa, lo que llevó a que el niño fuera inscrito en la escuela de Educación Primaria Ludwig Van Beethoven, una escuela pública que no contaba con el apoyo de USAER y en la que Ariel curso de 2º al 5º grado.

---

<sup>16</sup> El Valproato es un medicamento antiepiléptico que dentro de sus usos se emplea para "...los síntomas agudos de la esquizofrenia y la conducta disruptiva" (Fernández, Malfavón & Ramos. En: Fernández, Berrios & Yániz, 2012, p. 359).

Al respecto la mamá de Ariel me comentó lo siguiente: *Cuando vivíamos en Puebla mi hijo nunca se adaptó a la escuela y pues los maestros no lo supieron integrar, a pesar de que yo les comentaba que mi niño tenía TDAH. Bueno no se los decía para que le tuvieran más consideraciones o gozara de privilegios o no le dejaran tareas o trabajos, lo hacía para que buscaran la forma de ayudarlo, sin embargo, no sé qué pasó en esos años, no vi un avance sino todo lo contrario, incluso en la casa tenía problemas con mi hijo, supongo que también le afectó que no pasaba tanto tiempo con él. Mi Ari pasó todos esos años con notas bajas los maestros me mandaban a traer constantemente por su conducta, porque Ariel no trabajaba o porque olvidaba hacer las tareas siempre, me dijeron los maestros que Ariel flojeaba mucho y que no le interesaban las clases, incluso había periodos en los que mi hijo ya no quería ir a la escuela porque para él era aburrida* (Plática informal, 10/01/15).

Ya para el 2013 la mamá de Ariel consiguió nuevamente que la cambiaran de área en su trabajo y la reubicaran, ella pudo regresar con su familia al Distrito Federal, lo que llevó nuevamente a un cambio a su antiguo domicilio. Esto permitió que Ariel ingresara a otra institución (a la Escuela Primaria “Benito Pérez Galdós”) para cursar el 6º. Una institución oficial que ya fue descrita en este capítulo y en la cual empecé con mis prácticas escolares. Cambio que permitió que las cosas fueran distintas, pues esta vez la atención al menor sería significativa debido al servicio que USAER le brindaría. Sin embargo cabe destacar que, dada la experiencia que había tenido la mamá de Ariel en la otra escuela donde él estuvo, la llevó a que ya no informara a los profesores que el niño estaba diagnosticado con TDAH.

Al respecto la mamá de Ariel me comentó lo siguiente: *En ciclos escolares anteriores a mi parecer, de nada servía que le dijera a los maestros el diagnóstico de Ariel, pues creo que como no sabían qué hacer con él, simplemente preferían ignorarlo y pues de cierta forma como que yo sentía que se justificaban, por no hacer bien, su trabajo culpándolo porque mi niño no se apuraba. A mí me daba coraje porque como que no entendían que no estaba en él, sino en su*

*enfermedad. Entonces el último año de su primaria opté por no dar esa información y así serviría también que ni los maestros ni los compañeros lo rechazarían. Nunca pensé que su nueva escuela tuviera maestros dedicados a diferentes problemáticas como la que tiene mi Ari (Plática informal, 23/08/13).*

Es importante destacar que la atención que empezó a recibir Ariel desde que ingresó a sexto año de Educación Primaria fue diferente, empezando porque la profesora desde el primer día observó que Ariel era muy inquieto. Sin embargo, no sólo focalizó su atención en Ariel, sino en la totalidad de los alumnos; ya que nunca antes había trabajado con ese grupo, ella iba haciendo anotaciones dependiendo de la conducta de cada alumno, información que ella empleó para elaborar una evaluación inicial de cada uno de los niños. Evaluación inicial de la profesora regular que sirvió para saber en qué condiciones se encontraban sus alumnos y, lo más importante, para identificar los casos que requerían apoyo de los docentes de USAER.

Al respecto, es importante mencionar que debido a la falta de personal de la USAER, la docente no se daba abasto para atender y apoyar a todos los alumnos que enfrentaban NBA o BAYP. Dicha situación la llevó a buscar un trabajo más colaborativo con los docentes regulares, pidiéndoles que realizaran un proceso de selección de los casos más graves, con la finalidad de que pasaran con ella para realizar la evaluación psicopedagógica correspondiente. En el caso de Ariel, la evaluación psicopedagógica se dio en los siguientes términos:

**Primero** se establecieron sus datos personales: nombre de él, de la escuela primaria, de la docente de grupo, del docente de apoyo, número de USAER, clave del centro de trabajo, turno de la escuela, grado y grupo al que pertenece el alumno, nombre de la paraprofesora, zona escolar en la que se encuentra ubicada la escuela primaria y finalmente, el ciclo escolar.

**Segundo** hay un apartado 1, donde se colocan datos personales de Ariel y donde se incluye su edad, fecha de nacimiento, domicilio y teléfono.

**Tercero** hay un apartado 2, donde se precisan sus antecedentes pre y posnatales, a partir de la información que proporciona la mamá del niño. Ahí se indica: “Embarazo normal con control médico y sin complicaciones aparentes” (Anexo 2).

**Cuarto** hay un apartado 3, destinado a identificar información relevante del alumno, donde se indica cuál es la historia escolar de Ariel; la que se inicia desde preescolar, parte de la educación primaria y algunas actividades extraescolares. En éste, se indica que textualmente: “...Ariel ingresó a primaria a la edad de 4 años, [si bien actualmente cursa el sexto grado de primaria...]. Durante su escolaridad ha manifestado dificultades al relacionarse con sus demás compañeros [...] al parecer sus dificultades van en aumento, asimismo ha manifestado dificultades en sus procesos de aprendizaje” (Anexo 2).

Hay un **quinto** apartado destinado a evaluar las competencias curriculares del alumno, en el que se determina que:

Ariel es capaz de establecer relación causa consecuencia a partir de la lectura, infiere, diferencia y reconoce los personajes de textos narrativos. Participa en la lectura de textos originales y variados, presentando aun dificultades para tomar en cuenta las reglas ortográficas y estilos apropiados. Emplea en diversidad de textos estrategias de lectura aporta ideas críticas pero se le dificulta respetar el punto de vista de los demás.

Muestra dificultades para resolver sumas y restas de fracciones con denominador diferente. Así mismo problemas de números naturales para obtener cociente decimal y variación proporcional.

Muestra habilidad para ubicar números decimales en la recta numérica. Resuelve problemas para obtener promedio, Requiere consolidar la resolución de problemas con frecuencia a unidades y periodos de tiempo. Requiere consolidar el conocimiento del funcionamiento de los aparatos y sistemas. Muestra acciones a favor del cuidado del medio ambiente. Requiere practicar formas de solucionar conflictos entre compañeros, y mostrar un mejor nivel de tolerancia para facilitar la convivencia con los demás (Anexo 2).

En un sexto se evalúan los estilos de aprendizaje, estableciendo que:

Ariel muestra un estilo mixto, relaciona los conocimientos nuevos con los previos a un ritmo lento en comparación al resto de los alumnos del grupo. Su vía sensorial predominante es la auditiva, requiere explicaciones de forma personalizada las cuales si no se le dan la busca, también requiere de materiales visuales para una mejor comprensión y es un alumno que está en constante movimiento (Anexo 2).

Y finalmente, se integra un apartado de análisis e interpretación de la información de la evaluación psicopedagógica, en el que se menciona que:

Después de haber recopilado y registrado la información proveniente de diversas fuentes (cuestionarios, entrevistas, guías de observación, etc.) es importante presentar un análisis y su respectiva interpretación de acuerdo a los datos hallados. La finalidad es la de analizar y reflexionar sobre aquellos aspectos relevantes que tienen relación con sus fortalezas y debilidades presentes en el alumno, destacando las necesidades educativas identificadas y puntualizando en las barreras a las que se enfrenta para su aprendizaje y participación social (Anexo 2).

Con base en esto la docente de apoyo de la USAER estableció que el niño requería adecuaciones curriculares pertinentes dependiendo de sus fortalezas y sus debilidades.

Una vez que la docente de apoyo concluyó la elaboración de la evaluación psicopedagógica, procedió a citar a la mamá de Ariel, con la finalidad de informarle sobre los resultados. Al respecto, la profesora de USAER me dijo: *Con base en dicha evaluación que elaboré, se procedió a recomendarle a la mamá de Ariel que buscara ayuda profesional, la mamá me hizo saber que Ariel ya contaba con una receta y que el papel establecía un diagnóstico "TDAH" (Ver anexo 1), sin embargo, dicho diagnóstico fue emitido en diciembre del 2008 por la Secretaría de Salud, cabe mencionar que en ese entonces se le recetaron medicamentos los cuales la familia no adquirió por falta de recursos económicos. Por tal motivo se le pidió que acudiera nuevamente al sector salud para solicitar la renovación de la atención al menor. La mamá de Ariel me confirmó nuevamente que el diagnóstico era el mismo (Ver anexo 9) y que esta vez también se le recetó, sin embargo, esta vez el medicamento recetado fue el metilfenidato cabe destacar que en esta ocasión la familia sí adquirió dicho medicamento (Plática informal, 09/02/15).*

La mamá me comentó lo siguiente referente al primer día en que le dio el medicamento: *El doctor no nos explicó qué era el medicamento ni que consecuencias tendría, nada más nos dijo denle este medicamento le va ayudar para la concentración, total se lo di y ese mismo día Ari no paraba de decirme que le dolía el pecho, entonces ya por la tarde me decidí y empecé a investigar en internet entonces me resultó que era un derivado de la anfetamina y muchas cosas más, entonces leí que también podría traerle infartos a quien lo tomaba y pues lógicamente me espanté, e inmediatamente lo suspendí y el lunes siguiente fui nuevamente con el doctor quien me atendió y me dijo que el medicamento que me estaba dando era muy seguro y efectivo, que él ya lo había recetado varias veces y que me garantizaba que no le afectaría sino todo lo contrario, pero que si yo quería dejar de dárselo pues que me lo dejaba a mi consideración. Yo no me quedé muy tranquila a pesar de esto y acudí a la escuela y hablé con la profesora de grupo, para solicitarle que por favor que estuviera muy al pendiente de Ariel y de sus conductas pues no se sabía cómo podía reaccionar con la medicina, en esos días no sabía si había hecho bien en darle ese medicamento (Plática informal, 10/01/15).*

Al estar realizando mis observaciones, me di cuenta de que en la primera semana en la que Ariel empezó a toma nuevamente el medicamento<sup>17</sup>, solía quedarse dormido en su mesa banco, la profesora de grupo trataba de despertarlo y animarlo pero Ariel se irritaba o simplemente se quedaba sin fuerza y ya no trabajaba, por tal motivo la maestra ya no lo molestaba y esperaba que pasara el efecto. Asimismo, es importante mencionar que cuando Ariel tenía su clase de Educación Física no quería participar y prefería quedarse sentado pues argumentaba que estaba cansado. Para buscar resolver esto, el profesor de Educación Física solía decirle frases motivadoras como: *¡ánimo campeón, tú puedes!, ¡haz un esfuerzo y lo lograrás!* Proceder con el que buscaba convencerlo para que él realizara las actividades y participara con sus compañeros, claro

---

<sup>17</sup> El metilfenidato puede ocasionar efectos secundarios como: "...nerviosismo, dificultad para conciliar el sueño o para mantenerse dormido, mareos, náusea, vómitos, pérdida de apetito, dolor de estómago, diarrea, dolor de cabeza, tensión muscular, somnolencia, agitación, hormigueo, ardor o adormecimiento de las manos o los pies" (Garza, 2005, p. 126).

cuidando que no se fuera a sentir mal, sobre todo dado el tratamiento médico que estaba recibiendo.

Finalmente y después de aproximadamente un mes de que Ariel estuviera tomando el medicamento y de ir cambiando la dosis, el psiquiatra pudo establecer la más adecuada para que el niño no se sintiera mal y pudiera desempeñar sus actividades en el hogar y en la escuela, lo que permitió que Ariel modificara sus comportamientos disruptivos en la escuela y el hogar y cambiara su estado de ánimo: por ejemplo, ya no se quedaba dormido, poco se paraba de su lugar, ya no se movía tanto ni presentaba angustia excesiva; además de que ya no se mordía las uñas. Asimismo empezó a participar en las actividades de la clase de Educación Física.

Este proceso de identificación, diagnóstico y evaluación psicopedagógica que permitió establecer un programa de trabajo y de apoyos para buscar la inclusión educativa de Ariel.

### **3.5. Apoyos institucionales para la atención e inclusión educativa del caso**

Ariel no contó con los apoyos institucionales necesarios desde pequeño, sobre todo por falta de recursos económicos de sus padres, ya que cuando por fin lo pudieron diagnosticar y atender su TDAH, es decir en 2008, los profesores de las diferentes escuelas a las que asistió y los cuales le dieron clase de primer año a quinto, nunca supieron cómo tratarlo ni qué ajustes razonables se podía hacer en el currículo, la mamá de Ariel me comentó que simplemente lo ignoraban o lo etiquetaban como un niño problemático, sin interés alguno por la escuela. Lo anterior dio fin en el ciclo escolar 2013–2014 cuando Ariel ingresa a la Escuela Primaria “Benito Pérez Galdós”, ya que en esta institución se le contempló y atendió por el grupo de USAER.

Ariel formó parte del grupo “B” de sexto grado, el cual estaba a cargo de la Profra. María del Roció Serrano Anguiano. En los primeros días de clases, la docente siempre trabajó formando equipos, yo asistía a observar al grupo todos los días viernes. A partir de la segunda semana de clases del ciclo escolar, la Profra y yo detectamos que Ariel tenía problemas de visión, lo que llevó a que la docente lo sentara frente al pizarrón. Es conveniente indicar que Ariel utilizaba lentes, sin embargo, por lo regular los olvidaba y su mamá no ponía cuidado en ver que siempre los llevara a la escuela. Conforme fueron pasando los días, yo pude identificar que al trabajar en equipo Ariel era muy impulsivo y se enojaba rápidamente con sus compañeros, lo que lo llevaba a hacer berrinche y, por ende, no querer trabajar con su equipo (Ver anexo 7). Ante esta situación la Profra. Serrano decidió modificar la estrategia de trabajo y resolvió que Ariel trabajara solo la mayor parte del tiempo, para que no se estresara y, ya, no tuviera más problemas con sus compañeros, debido a que era de nuevo ingreso y que prácticamente no tenía amigos. Sin embargo, cuando la profesora lo hacía trabajar en equipo generalmente Ariel adoptaba otra posición corporal (se podría decir que se “enconchaba”), con la finalidad de utilizar su cuerpo para aislarse, cruzando sus brazos e inclinado la cabeza, “protegiendo” su trabajo y cuidando que “no le pudieran copiar” sus compañeros; sin que él realmente trabajara en equipo y sin que él concluyera su trabajo, so pretexto de cuidar de lo que él hacía.

Ariel incluso era incapaz de pedir un sacapuntas prestado con sus compañeros, argumentaba que no eran sus amigos y que por eso nunca les pediría nada aun y cuando eso le afectara en su trabajo.

En la segunda semana de haber iniciado el ciclo escolar, la maestra decide aplicar un examen de diagnóstico para visualizar mejor las materias o temas en los que debía focalizar su atención para mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje. Sin embargo Ariel en esta primera evaluación que se llevó a cabo, no terminó el examen, debido a que no logró concentrarse completamente como el resto del grupo.

Conforme pasó el tiempo apareció otra conducta muy marcada que Ariel tenía era el hecho de ser muy insistente (Ver anexo 7), es decir, solía preguntarle a la maestra constantemente al momento de elaborar un trabajo en el salón si lo que estaba haciendo estaba bien, cabe destacar que dicha acción no es muy común en niños de sexto grado.

Asimismo la profesora notó que si ella no mencionaba brevemente la planeación de la clase del día, lejos de darle ese toque de suspenso y emoción a la clase afectaba mucho a Ariel pues su angustia era evidente cada que se enfrentaba a la incertidumbre de no saber qué pasaría durante ese día . Otra cuestión muy evidente en Ariel es que tenía que recurrir a registrar casi todo, hasta el más mínimo recado porque olvidaba con mucha facilidad, por ejemplo: las tareas, recados de la maestra hacia el tutor, materiales para trabajar, etcétera.

A partir de que hay un diagnóstico clínico oficial (Ver anexo 1) y una evaluación psicopedagógica (Ver anexo 2) USAER y la profesora de grupo empezaron a trabajar en conjunto, en primera instancia se le hizo llegar a la profesora información en formatos diversos (libros, guías, comunicados, pdf) (Ver anexo 7) que hablaban del trastorno y las características de un niño con TDAH, (Ver anexo 6), Asimismo se sugirió realizar ajustes a objetivos, contenidos y procesos metodológicos; basando la calificación en los portafolios de evidencias, participaciones en exposiciones, pruebas por escrito y observaciones del desempeño (Ver anexo 8).

Otras de las sugerencias que se le hicieron a la profesora por parte de USAER fue llevar a cabo una agenda en el salón de clases, esto implicaba decirle a Ariel qué se va a hacer desde principio hasta el final de la clase, esta estrategia también se trabajó en casa, la mamá de Ariel le ayudaba a organizar mejor su tiempo.

Es importante destacar que en el informe final de la evaluación psicopedagógica se informó que en aula se trabajaron "...talleres para reconocer la diversidad, Aprender a convivir con Ariel, autoestima, atención y prevención de la violencia, vinculando con las asignaturas de Plan y Programas de Estudio vigentes, prioritariamente con las asignaturas de Formación Cívica y Ética y Español" (Anexo 3).

Así mismo se estableció dentro de los acuerdos y compromisos para el seguimiento del caso: agendar espacios para intercambiar información y diseñar actividades diversificadas en beneficio de Ariel, la asistencia de la profesora de grupo al cubículo de USAER para diseñar actividades diversificadas en beneficio de Ariel y elaborar una planeación en donde se garantice la participación de Ariel en todas las actividades académicas (Anexo 10).

Cabe destacar que la profesora siempre trató de tomar en cuenta los ritmos y estilos de aprendizaje de sus alumnos y, en este sentido, optimizó los espacios de la escuela (aula digital, patio escolar, área techada con templete, aula de usos múltiples, aula de medios).

Dentro de los avances significativos que Ariel pudo lograr al terminar el ciclo escolar gracias al apoyo de USAER y de la profesora de grupo, se pueden mencionar algunos:

- Ariel fue capaz de realizar las actividades correspondientes al grado que cursó; aún con apoyo sólo que en menor medida.
- Ariel logró controlar sus impulsos agresivos hacia sus compañeros en gran medida así mismo estableció una mejor convivencia con ellos, también al mismo tiempo que lo aceptaron e involucraron en los juegos a la hora del recreo y en el trabajo de equipo (Ver anexo 4).

- Ariel mostró más seguridad y confianza para participar en clase, asimismo ha logrado mayor autonomía en el trabajo en el aula.

En el transcurso del ciclo escolar que cursó en dicha escuela primaria, como antes se indica, logró obtener avances significativos, lo que muestra que Ariel tiene el potencial como para seguirse formando académicamente.

### **3.6. Prospectiva del caso**

Lo primero que tenemos que pensar para apoyar la formación de Ariel, es el reconocer el papel fundamental que juegan los medicamentos para su IE y social, ya que para resolver los problemas de su hiperactividad depende el establecer los medicamentos y las dosis adecuadas que requieran de acuerdo con su condición, A la vez, debemos recordar que todos los medicamentos alópatas siempre tienen la gran desventaja de los efectos secundarios, lo que hace que haya ciertos inconvenientes que afectarán a Ariel el resto de su vida, por ejemplo: el medicamento le suele quitar el apetito, le provoca somnolencia e incluso dolores de cabeza., mareos, náusea, vómitos, diarrea, tensión muscular y agitación; factores que de una u otra forma afectan su desempeño en la escuela.

Una vez atendida y resuelta su condición médica, puedo indicar, a partir de mis observaciones en la escuela, que él tiene el potencial cognitivo para realizar el resto de sus estudios de Educación Básica (Secundaria y Bachillerato) e incluso cursar una carrera universitaria.

Para ello él requerirá que los docentes realicen ajustes razonables, que apoyen las dificultades que genera su hiperactividad y el tipo de medicamentos que él tendrá que consumir, además de tener cuidado con los efectos secundarios que pudieran derivar de su consumo.

Claro, conforme él avance en sus estudios, lo más adecuado es que los ajustes razonables se vayan desvaneciendo hasta ser eliminados, a la vez que la supervisión médica deberá ser permanente (a lo largo de toda su vida).

Esto tiene que ver con los espacios que él ocupe dentro del aula, ya que se debe buscar que esté sentado en lugares donde no pueda distraerse con facilidad, por ejemplo: junto a las ventanas o puertas, sino en un lugar cerca del profesor para que éste, con su figura de autoridad, sea una vía de control y de pronta atención.

Es conveniente que cuente con un espacio para él sólo, pero ver cómo se le coloca con un compañero, para que poco a poco se vaya acostumbrando a atender su trabajo, sin que esté molestando y distraendo a su compañero de mesa banco, al igual que al resto del grupo. Hay que procurar que cuando ya está con un compañero, sea de los más responsables y respetuosos.

Es de gran importancia no dar por hecho que Ariel ya entendió y atendió las indicaciones al 100% en la primera explicación, es importante corroborar que efectivamente el mensaje lo comprendió. De ahí que las indicaciones que se le den en todos los sentidos, siempre deben ser claras, cortas y concretas para que sean entendidas exitosamente, así mismo recurrir a los mapas mentales y estrategias para sintetizar información como las imágenes, materiales audiovisuales, juegos y materiales didácticos atractivos que serán de gran utilidad.

Es básico no olvidar los trabajos en equipo con pequeños grupos, permanentes vigilados por el docente para que él vaya aprendiendo a socializar, auto-controlarse y a respetar a sus compañeros y sus turnos.

Debido a que Ariel tiene dificultades con la memoria a corto plazo, es importante darle prioridad al repaso diario y la organización de apuntes y materiales para exámenes con estrategias básicas como mapas y esquemas. Para esto se puede emplear como recurso el uso de una agenda personal donde él con supervisión

docente organice mejor sus tareas y el tiempo que le tiene que destinar. Asimismo esto le ayudará a que no sienta la incertidumbre de lo que pasará en el futuro, trabajo, que debe verse acompañado en el hogar.

Con Ariel al igual que con cualquier niño se debe ser constante en el manejo de límites, tanto en la escuela como en casa, se deben reforzar sus aciertos con mensajes siempre positivos recordando que es importante no dañar su autoestima, los estímulos verbales y afectivos son excelentes. Es muy importante no evidenciarlo frente a los demás a la hora de que él tenga errores ni mucho menos compararlo, pues no le ayudará en nada sino todo lo contrario repercutirá gravemente en él. Sin embargo lo anterior no significa dejar pasar inadvertidas acciones o situaciones inapropiadas como las malas conductas, justificadas por su sintomatología. Es un error grave hacer esto, lo mejor que se puede hacer es corregirlo con respeto y amor, y de ser necesario con un correctivo que no lastime su autoestima. Por ejemplo: disminuir las horas de ver televisión, de juegos en la computadora, etcétera. Es importante no caer en el error de castigarlo por cualquier cosa.

Por último, es de gran importancia que se evite alterar radicalmente la rutina diaria de Ariel para no causarle esa ansiedad que le ocasiona no saber a qué se enfrentará, así mismo ayudarle a ponerse metas alcanzables constantemente lo beneficiara.

Si esto se cuida a lo largo de su vida y de sus estudios, Ariel podrá realizar hasta estudios universitarios ya que sus problemas no son cognitivos, sino de control.

## CONCLUSIONES

Como se pudo mostrar en el capítulo uno de esta tesis, con el paso del tiempo se han dado diversos acontecimientos en pro de la población con alguna discapacidad, sin embargo, en la actualidad, aún hay mucho por hacer; pues existen grandes problemas como son los de cobertura, equidad y reconocimiento de este sector de la población. Lo que se debe a diferentes factores como: poco presupuesto destinado a la educación pública, falta de apoyos adecuados para estas personas, una infraestructura inadecuada en la gran mayoría del país, etcétera.

Para lograr atender esta problemática, es necesario avanzar en diferentes direcciones, sobre todo en lo que respecta a la cobertura y los servicios, lo que hace necesario empezar por focalizar la atención en zonas que se encuentran muy apartadas de las grandes ciudades y en consecuencia están olvidadas representando un alto índice de marginación en el país; y a su vez, el resolver los requerimientos de servicios que por sus condiciones son inadecuado para dar una respuesta pertinente a los requerimientos que éstas tienen.

Una primera acción para atender lo antes indicado debe estar orientada a tener un censo fidedigno de dichas situaciones, acto seguido de un incremento en el presupuesto destinado a las diversas necesidades de este sector de la población; sin embargo, no debemos olvidar que los recursos humanos también son vitales a la hora de contribuir en la construcción de una oferta educativa de calidad, por tal motivo, es fundamental que se integren profesionales con un perfil pertinente para atender y apoyar de manera adecuada y significativa a la población de sujetos que demanden los apoyos de los servicios de EE. Proceso que debe ser acompañado de una constante capacitación y actualización tanto de los docentes especialistas

como de los docentes regulares (tal vez más para éstos que son los que enfrentan la problemática de la inclusión de manera directa y cotidiana, muchas veces sin conocer y saber qué hacer).

Con el conocimiento que hoy en día se tiene sobre las discapacidades, se ha favorecido su detección, atención y educación. Caso ejemplar de ello son los niños con TDAH, que debido a sus comportamientos, de algún modo, son fácilmente detectables; pero que generalmente se desconoce qué hacer y cómo apoyarlos para lograr una EI que favorezca su formación. Al respecto, es conveniente indicar que se está haciendo común que un gran número de docentes etiqueten a niños que sin haber sido diagnosticados, se les ubique con TDAH; sobre todo porque hay una clara tendencia a evitar a niños inquietos o “mal educados” que son vistos por estos docentes como un problema (por actitudes o inquietudes, por sus actos impulsivos, porque el sujeto no cuenta con un sentido amplio de responsabilidad, por episodios emocionales, por tener una baja autoestima, problemas familiares, por la dificultad para poner atención o simplemente porque no pueden permanecer sentados por mucho tiempo), buscando evitar su responsabilidad y queriendo dejar el trabajo en manos de los especialistas de USAER, situación que ha llevado a que las cifras de niños con la sintomatología de TDAH (pero sin serlo) se eleven de forma radical.

Ante éstas y muchas más situaciones es necesario reconocer que para decir que un niño tiene este trastorno, se requiere de un diagnóstico claro y preciso, el que se debe dar con la colaboración de varios profesionales como un: paidopsiquiatra, neurólogo, psicólogo, psicopedagogo y pedagogo. Un que hacer que, además requiere actuar de manera ética y responsable para que el diagnóstico busque como única finalidad mejorar la calidad de vida del sujeto ya que dicha sintomatología del trastorno representa grandes desventajas no solo para las exigencias que establece la escuela, sino también para las múltiples tareas y actividades que exige la vida cotidiana.

Al vivir mi experiencia con la docente de la USAER, pude observar que ella sola tenía que apoyar a todos los niños que eran canalizados por los docentes regulares, lo que en realidad resultaba un exceso de trabajo, el cual tenía que cumplir, pero en la mayoría de los casos de manera incompleta; no solo por el número de casos, sino además por la carga administrativa que ello implica y que es lo que más importa para las autoridades; algo que seguramente se repite en otras instituciones educativas y que no alcanzan a comprender las personas que cumplen funciones directivas.

Otro aspecto a considerar sobre el trabajo de los especialistas de USAER es esta normativa que hoy en días les impide sacar a los niños con NBA, con discapacidad del aula regular, debidos a que de manera absurda y errónea se toma como un acto de “exclusión”, sin entender que hay cuestiones básicas de una discapacidad, que sólo pueden ser apoyadas y atendidas en un proceso individual. Por ejemplo, en el caso de Ariel para resolver algunos problemas de leguaje básicos para el aprendizaje de la lectoescritura, de interacción con sus compañeros y de apoyo psicológico para lograr elevar su autoestima.

En este contexto de los procesos escolares actuales, la figura del pedagogo tendría gran relevancia puesto por su formación es una figura académica que sirva de mediador de la relación que se establece entre el docente regular y los profesionales de EE. Sobre todo por su amplio conocimiento sobre lo que implica la enseñanza y los requerimientos para desarrollar una docencia incluyente.

Al respecto es conveniente indicar que dentro del sistema de Educación Básica un profesional que también debiera integrarse a estos grupos multidisciplinarios sería el Orientador Educativo, como un apoyo en el desarrollo de los procesos de IE, sobre todo en lo que tiene que ver con la participación de los padres de familia. Claro está que se trata de un profesional que en Educación Secundaria y Bachillerato. Profesionales que como indica Larrauri tienen la función de “...ofrecer un servicio académico de apoyo directo al desarrollo de las competencias,

habilidades y valores; lo que concibe como un asesor importante en la elección vocacional y profesional del alumnado y respecto al proyecto de vida que este elija” (2000, p. 70)

Asimismo, considero que no siempre se tiene claridad de los objetivos, la visión, misión de lo que debe ser una institución incluyente y del papel que tienen los docentes y especialistas del subsistema de EE (USAER, CAPEP, CAM y UOP), siendo vital lo anterior para de los servicios, se constituyan en instancias de cambio, promoción y apoyo al trabajo escolar que se realiza en la Educación Básica de nuestro país. Ya que también esto influye en el diseño y aplicación de los programas educativos ya que muchas veces estos mismos no propician que los alumnos planteándose objetivos reales

Por otra parte considero que es necesario abandonar las practicas tradicionalistas a la hora de enseñar y empezar a emplear y diseñar día con día en las aulas de clases estrategias didácticas contemplando la diversidad del alumnado para que los procesos de enseñanza-aprendizaje sean exitosos hay que innovar a la hora de utilizar recursos para llamar la atención de los alumnos y crear ambientes de aprendizaje propicios para la participación y la superación de las BAYP.

Esta experiencia en la fase final de mi formación como pedagoga me dio la posibilidad de establecer una relación entre la teoría y la práctica, lo que me lleva a una conclusión final, el reconocer que la elaboración de un trabajo por escrito como el que aquí presento, tiene un gran valor formativo, ya que esta modalidad para titularme desde mi punto de vista es básico en mi proceso de formación como pedagoga; ya que además de que este trabajo implica dedicación y esfuerzo, también desarrolla competencias escritoras que son fundamentales en nuestro contexto profesional. A su vez, me permitió tener un mayor panorama de lo que realmente pasa en las escuelas, me dio mayor seguridad a la hora de trasmitir mis ideas, mejorar mi ortografía, descubrí que me gusta escribir y el adentrarme en temas en los que pretendo desempeñarme laboralmente, como es el apoyo a

niños que tienen alguna discapacidad (en el caso de mi investigación un niño con TDAH)

## REFERENCIAS:

- Álvarez, Arturo (2011, diciembre). *“El Index de Tony Booth y Mel Ainscow: una mirada crítica desde la investigación-acción”*. En: Revista *educ@upn*. México: UPN-Ajusco, núm. 8, s. pp.
- Álvarez, Arturo (2010, 15 de abril). “El estudio de caso: una estrategia ideal para realizar investigación de procesos de integración educativa”. En: página web:[http://educa.upn.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=257:el-estudio-de-caso-una-estrategia-ideal-para-realizar-investigacion-de-procesos-de-integracion-educativa&catid=71:num-03&Itemid=115](http://educa.upn.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=257:el-estudio-de-caso-una-estrategia-ideal-para-realizar-investigacion-de-procesos-de-integracion-educativa&catid=71:num-03&Itemid=115). (Consultado el, 16/08/10).
- Álvarez, Arturo, Álvarez, Virginia y Escalante, Iván (2012, 29 de agosto). *¿Cómo avanza la educación inclusiva en nuestras escuelas?*. En: Revista *educ@upn*. México: UPN-Unidad Ajusco, núm. 17, *n.d.* pp.
- ANUIES (1993). *Manual para la integración de personas con discapacidad en las instituciones de educación superior*. México: ANUIES.
- Baena Nuria (2009, 9 de julio). “La falta de dopamina, asociada con el déficit de atención e hiperactividad”. En: *elmundo.es...* [Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/09/08/psiquiatriainfantil/1252433396.html>]. (Consultado el, 06/07/14).
- Barkley, Russell (2011). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH*. Barcelona: Paidós.
- Benasayag, León *et al.* (2007). *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado?* Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Bisquerra, Rafael (coord.) (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Booth, Tony y Ainscow, Mel (2002). *Guía para la evaluación y mejora de la educación*. Reino Unido Centro de estudios para la Educación Inclusiva.

- Botías, Francisco; Higuera, Alfonso & Sánchez, Juan (2012). *Necesidades educativas especiales: Planteamientos prácticos*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Brogra, Patricia (2009). *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: FCE.
- Casanova, María (2011). *Educación inclusiva: Un modelo de futuro*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Castellano, Escandón (coord.) (2006). *Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial*. México: SEP.
- Cervantes, Reina; Pérez, Lucía & Quezada, Lucila (2007). *Alcances y limitaciones de la función integradora de las USAER V-15 Y V-42*. México: UPN- Unidad Ajusco, tesis que para obtener el grado de psicólogas educativas.
- El DSM... (2007, diciembre). "Historia del DSM a través del tiempo". [Recuperado de: <http://www.psicologosvalencia.es/historia-del-dsm-a-traves-del-tiempo/>]. (Consultado el 02/05/14).
- Elías, Yolanda (2005). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. México: Trillas.
- Fernández, L.; Malfavón, J. y Ramos, F. (2012). "Tratamiento biológico de la psicosis atípicas". En: Fernández, Jesús; Berrios, Germán y Yáñez, Blanca. *Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento*. Madrid: UAED, pp. 333-361.
- Fernández-Jaén, Alberto (s.a.). "Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Aspectos históricos". [Recuperado de: [www.fundacioncadah.org/cpanel3/API/download.php?id=8&accountf](http://www.fundacioncadah.org/cpanel3/API/download.php?id=8&accountf)]. (Consultado el 22/05/14).
- Frola, Patricia (2004). *Un niño especial en mi aula: hacia las escuelas incluyentes: conceptos y actividades para niños y maestros*, México: Trillas.
- Fundación CADAH (2012). "Diferencias existentes entre TDA y TDAH" [Recuperado de: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diferencias-existentes-entre-tda-y-tdah.htm>]. (Consultado el, 22/10/14).
- García, Ismael et al. (2009). *La integración educativa en el aula regular principios, finalidades y estrategias*. México: SEP. [Disponible en:

<http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/126652/1/LAINTEGRACIONEDUCATIVA.pdf>].

- García, Pastor (1993). *Una escuela común para niños diferentes: La integración escolar*. Barcelona: PPU.
- Gargallo, Bernardo. (2005). *Niños hiperactivos (TDA-H): Causas. Identificación. Tratamiento: una guía para educadores*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Garza, Fidel (2005). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos: guía para médicos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Gobierno Español/UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y marco de acción para las necesidades educativas especiales*. Salamanca: Gobierno Español/UNESCO.
- Guajardo, Eliseo (2009). “La integración y la inclusión de alumnos con discapacidad en América Latina y el Caribe”. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*. RINACE, vol. 3, núm. 1, pp. 15-23. [Recuperado de: <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol3-num1/art1.pdf>]. (Consultado el, 25/10/14)
- INTEF (s.f.). “Respuestas educativas para los niños con TDAH: evolución histórica del concepto de TDAH” [Recuperado de: [http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin\\_historica\\_del\\_concepto\\_tdah.html](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_historica_del_concepto_tdah.html)]. (Consultado el, 25 de octubre del 2014).
- Larrauri Ramón (2000). *El discurso educativo de la reforma curricular del bachillerato propedéutico estatal*. Toluca,; Universidad Autónoma del Estado de México.
- López, Agustín (2014, octubre). “Azúcar: hechos y mitos”. [Recuperado de: <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/113/azucar-hechos-y-mitos>]. (Consultado el, 22/10/14).
- Parellada, Mara (2009). “Concepto y antecedentes históricos”. En: Parellada, Mara (coord.). *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de la infancia a la edad adulta*. España: Alianza.
- Ramos, Manuel (2007). *Tratamiento de la hiperactividad: un acercamiento a los trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. España: Ideaspropias.

- Salazar, Michel; Peralta, Concha & Pastor, Javier (2005). *Tratado de psicofarmacología: Bases y aplicación clínica*. Madrid: Medica Panamericana.
- Sánchez, Antonio (1997). *Intervención psicopedagógica en educación especial*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Colmer, T.; Masot, T. & Navarro, I. (2005). "La evaluación psicopedagógica". En: Sánchez-Cano, Manuel & Bonals, Joan (comps.). *La evaluación psicopedagógica*. Barcelona: Graó, núm.208, pp. 13-22.
- SEP (2010) *Memorias y actualidad en la educación especial en México Una visión histórica de sus modelos de atención* México, DF.
- SEP (2002). *Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa* México: SEP-AFSEDF-DFOSE-DEE.
- SEP-AFSEDF-DFOSE-DEE (2011). *Modelo de atención de los Servicios de Educación Especial*. México: SEP-AFSEDF-DFOSE-DEE.
- Solzi, Sarah (2008). *Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención: diagnóstico, tratamiento y orientación para padres y docentes*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Soutullo Cesar & Díez, Azucena (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Medica Panamericana.
- Taylor, John & Diéguez, Remedios (2010). *Guía de supervivencia para niños hiperactivos*. Barcelona: Oniro.
- Tomàs, Josep & Casas, Miguel (2004). *TDHA: Hiperactividad: niños movidos e inquietos*. Barcelona: Laertes.
- UNESCO (1995). "Diez aspectos de la Educación para Todos" [Recuperado de: <http://www.unesco.org/es/efa/the-efa-movement/10-things-to-know-about-efa>]. (Consultado el 11-11-13).
- UNESCO (2011) La UNESCO y la educación "Toda persona tiene derecho a la educación". [Recuperado de: <http://www.unesco.org/es/efa/the-efa-movement/10-things-to-know-about-efa>]. (Consultado el, 11-11-13).
- Van-Wielink, Guillermo (2004). *Déficit de atención con hiperactividad*. México: Trillas.

Warnock, Mary (1987).””. En: *Revista de Educación*. Salamanca: Ministerio de Educación y Ciencia, Núm. Extraordinario, pp. 45-104.

# **ANEXOS:**

# ANEXO: 1

 Secretaría de Salud		FOLIO 2215510	
PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS		FECHA: 5/10/10	
UNIDAD MÉDICA: P. 1275 0210 02			
TARJETA O CÉDULA DE GRATUIDAD No. 0909763 5110		TARJETA SI VALE No. EXPEDIENTE No. 126098	
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD: 10	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
APELLIDO PATERNO: ANIÑOS	APELLIDO MATERNO: UNLOMADO	NOMBRE(S): REISL	
DIAGNÓSTICO No. 1: F.D. AH	DIAGNÓSTICO No. 2:	DIAGNÓSTICO No. 3:	
MEDICAMENTO PARA DIAGNÓSTICO NO. 1: VITAMINA DE UNOGRADO 200 mg	(NOMBRE GENÉRICO, ESCRIBIRLO CON MAYÚSCULAS, FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)	CANTIDAD RECETADA: 3	CANTIDAD ENTREGADA:
MODO DE USO: 1 Da 12 tableta tres veces al día			
MEDICAMENTO PARA DIAGNÓSTICO NO. 2: SEMIN 500 mg	(NOMBRE GENÉRICO, ESCRIBIRLO CON MAYÚSCULAS, FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)	CANTIDAD RECETADA:	CANTIDAD ENTREGADA:
MODO DE USO: 3° SEMIN 500 mg 1 - 1 - 1 al día			
MEDICAMENTO PARA DIAGNÓSTICO NO. 3:	(NOMBRE GENÉRICO, ESCRIBIRLO CON MAYÚSCULAS, FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)	CANTIDAD RECETADA:	CANTIDAD ENTREGADA:
MODO DE USO:			
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO, CÉDULA PROFESIONAL:		Dr. Víctor M. Velázquez López Ced. Prof. 715896 Ced. Esp. 3177653	
INDICACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS: PAIDOSQUIATRA			
¿RECIBIÓ SATISFACTORIAMENTE SUS MEDICAMENTOS?		MARQUE: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
COMENTARIOS:			
NOMBRE Y FIRMA:		DIRECCIÓN Y TELÉFONO:	

IMPORTANTE: ESTA RECETA NO PODRÁ SER SURTIDA DESPUÉS DE SIETE DÍAS NATURALES

# ANEXO: 2

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa  
Región San Miguel Teotongo  
Zona de Supervisión de Educación Especial N° 9

Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa  
Región San Miguel Teotongo  
Zona de Supervisión de Educación Especial N° 9

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

referer  
predor

## IV. LA EVALUACION PSICOPEDAGOGICA DEL ALUMNO

La observación individual no puede desvincularse de la del grupo, dado que no tendría sentido verla desligada del contexto de interacción del alumno, es decir, de los contextos: áulico, escolar, socio-familiar. Es por ello que la evaluación psicopedagógica del alumno tendrá que considerar aquellos elementos que van desde su competencia curricular hasta los más específicos relacionados con su estilo de aprendizaje, con su historia de vida y de salud, así también, tendrá que ver con aquellos factores relacionados con la dinámica grupal y la del contexto con la finalidad de contar con información valiosa que permita al colectivo docente realizar una serie de estrategias y alternativas de cambio en los ámbitos donde se producen las dificultades y en los que se mediatizan los aprendizajes del alumno. Así, la aplicación de este instrumento permite observar las interacciones que se producen dentro del grupo, entre este alumno y sus compañeros, entre éste y los profesores, así como en relación con los contenidos de aprendizaje.

Alumr  
Escue  
Prof. (i  
Docer  
USAE  
Fecha

Alumn@: AVIÑA MALDONADO ARIEL NICOLÁS  
Escuela: Primaria "BENITO PÉREZ GALDÓS"  
Prof. (a): Grupo MARÍA DEL ROCÍO SERRANO ANGUIANO  
Docente de apoyo: PATRICIA RUIZ SERRANO  
USAER: 74 CCT: 09FUA0297Y Turno: MATUTINO  
Fecha: SEPTIEMBRE DE 2013

Grado: : 6° Grupo: "B"  
C.C.T.: 09DPR4163Z Turno: MATUTINO

Paradocente: JAZMÍN FLORES MARTÍNEZ (COMUNICACIÓN) GUADALUPE MARTÍNEZ VALDEZ (PSICOLOGÍA)  
Zona Educ. Especial: No. 9  
Ciclo Escolar: 2013-2014

### 1. Datos personales

Nombre: Aviña Maldonado Ariel Nicolás  
Edad actual: 11 2/12  
Fecha de nacimiento: 5 de julio de 2002  
Domicilio: Calle Temascatió mz 6 lt 2  
Teléfono: 58 56 31 73 o 58 55 24 74 Celular:

### 2. Antecedentes del desarrollo (prenatales y postnatales) Historia médica.

Embarazo normal con control médico y sin complicaciones aparentes.  
Comenzó con trabajo de parto a las 11:00 a. m. y el bebé nació a las 3:00 de la mañana del día siguiente, ya sin dolores y sin líquido amniótico. Tuvieron que provocar los dolores de parto y no pudo nacer, indicaron sufrimiento fetal y nació vía cesárea. Lloró al nacer, recibió 8-9 de APGAR, pesó 3.500 kg. Y midió 52 cm. *(Anexo 3)*

### 3. Información relevante del alum@:

#### a. Historia escolar (educ. inicial preescolar, primaria, secundaria, actividades extraescolares que realiza)

Ariel ingresó a primaria a la edad de 4 años, actualmente cursa el sexto grado de primaria. Durante su escolaridad ha manifestado dificultades al relacionarse con sus demás compañeros, y menciona la madre de familia que al parecer sus dificultades van en aumento, asimismo ha manifestado dificultades en sus procesos de aprendizaje.

## Evaluación de la competencia curricular del alumno

Permite conocer y determinar el nivel de competencia curricular actual en el que se encuentra el alumno; es decir, lo que es capaz de hacer en relación con los objetivos y contenidos del currículo establecido para su grado educativo (qué sabe el alumno con respecto a las competencias planteadas en el currículo). Dicha evaluación deberá estar basada en el plan y programas de estudio vigentes y deberá, también considerar todas las asignaturas, describiendo las competencias adquiridas o en proceso del alumno.

En el caso de español y matemáticas es importante centrarse en los siguientes aspectos: *Español*: nivel de conceptualización, *lectura y escritura*; *Comprensión lectora* (predicción, inferencia, muestreo, generalización...) palabra, enunciado, párrafo; *Expresión oral*; *Competencia comunicativas*

*Matemáticas*: nivel de conceptualización, Clasificación, seriación, conservación de la cantidad, concepto de número, lectura y escritura de cantidad, sistema decimal numérico, antecesor, sucesor, mayor-menor que, algoritmos, resolución de problemas, medición, geometría, tratamiento de la inf., predicción y azar, procesos de cambio....

Ariel es capaz de establecer relación causa consecuencia a partir de la lectura. Infiere, diferencia y reconoce los personajes de textos narrativos. Participa en la lectura de textos originales y variados, presentando aun dificultades para tomar en cuenta las reglas ortográficas y estilos apropiados. Emplea en diversidad de textos estrategias de lectura. Aporta ideas críticas pero se le dificulta respetar el punto de vista de los demás.

Muestra dificultades para resolver sumas y restas de fracciones con denominador diferente. Asimismo problemas de números naturales para obtener cociente decimal y variación proporcional.

Muestra habilidad para ubicar números decimales en la recta numérica. Resuelve problemas para obtener promedio.

Requiere consolidar la resolución de problemas con referencia a unidades y periodos de tiempo.

Requiere consolidar el conocimiento del funcionamiento de los aparatos y sistemas.

Muestra acciones a favor del cuidado del medio ambiente.

Requiere practicar formas de solucionar conflictos entre compañeros, y mostrar un mejor nivel de tolerancia para facilitar la convivencia con los demás.

### c. Evaluación del estilo de aprendizaje del alumno.

Algunos indicadores para observar el estilo y ritmo de aprendizaje predominante: \*superficial, \*profundo o mixto \*Nivel de atención \*Preferencias ante diferentes agrupamientos \*Intereses \*Estrategias para resolución de tareas \*Preferencia de Materiales \*Emoción: ansiedad ante tareas \*Atribución sobre el éxito o fracaso \*Motivación: intrínseca/extrínseca \*Via sensorial predominante \*Interacción con compañeros \*relación/comunicación con profes. \*Hábitos de trabajo \*actitud y compromiso que tiene el menor hacia el aprendizaje o hacia las distintas asignaturas. También es importante considerar la identificación la(s) Inteligencia(s) múltiple(s) predominante en el alumno o bien, aquellas otras en las que el alumno precise de apoyo: \*cinestésico \*lógico-matemático \*Lingüística \*Musical \*Interpersonal \*Intrapersonal \*Espacial \*Naturalista

Ariel muestra un estilo de Aprendizaje MIXTO, Relaciona los conocimientos nuevos con los previos a un ritmo lento en comparación al resto de los alumnos del grupo. Su vía sensorial predominante es la auditiva, requiere de explicaciones de forma personalizada las cuales si no se le dan las busca, también requiere de materiales visuales para una mejor comprensión y es un alumno que está en constante movimiento.

## IV.1. Análisis e interpretación de la información obtenida en la Evaluación psicopedagógica del alumno

Después de haber recopilado y registrado la información proveniente de diversas fuentes (cuestionarios, entrevistas, guías de observación, etc.) es importante presentar un análisis y su respectiva interpretación de acuerdo a los datos hallados. La finalidad es la de analizar y reflexionar sobre aquellos aspectos relevantes que tienen relación con las fortalezas y debilidades presentes en el alumno, destacando las necesidades educativas identificadas y puntualizando en las barreras a las que se enfrenta para su aprendizaje y participación social.

Ariel muestra características de TDAH, Diagnóstico emitido por el Sector Salud.

Han recetado medicamento pero aún no se lo administran conforme lo indicó el Paidopsiquiatra.

El desconocimiento de los alumnos con estas características provocan que la Profesora de grupo considere problemas conductuales por parte de Ariel.

# ANEXO: 3

 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA		Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa Región San Miguel Teotongo Zona 9 Educación Especial 09FUA0300V "USAER 74" TM
---	---	---

**INFORME PSICOPEDAGÓGICO(FINAL) DEL ALUMNO**

Alumn@: AVIÑA MALDONADO ARIEL NICOLÁS Grado: 6° Grupo: "B" Turno: MATUTINO  
Prof.(a) Grupo: MARÍA DEL ROCÍO SERRANO Escuela: "BENITO PÉREZ GALDÓS" CCT. 09DPR4163Z  
ANGUANO  
Docente de apoyo: PATRICIA RUIZ SERRANO Paradocente JAZMÍN FLORES MARTÍNEZ (COMUNICACIÓN)  
GUADALUPE MARTÍNEZ VALDEZ (PSICOLOGÍA)  
USAER: 74 CCT: 09FUA0297Y Zona Educ. Especial 9  
Fecha: JUNIO DE 2014 Ciclo Escolar: 2013-2014

- MOTIVO DE ATENCIÓN:** El menor es atendido desde inicio del ciclo escolar por presentar Diagnóstico de TDAH emitido por la Secretaría de Salud, derivan de esto conductas disruptivas, lo cual interfiere en sus procesos de aprendizaje y socialización.

- ACCIONES REALIZADAS EN LOS DIVERSOS CONTEXTOS**
  - ESCOLAR**

Se ha compartido con la Profesora de grupo información acerca de las características de los alumnos que presentan Diagnóstico de TDAH, y algunas pautas de trabajo dentro del aula.
  - AULICO**

En el aula se han trabajado talleres para reconocer la Diversidad, Aprender a convivir con Ariel, Autoestima, Atención y Prevención de la Violencia, vinculando con las asignaturas de Plan y Programas de Estudio vigentes, prioritariamente con las asignaturas de Formación Cívica y Ética y Español.

De las modalidades de apoyo con "DOS MAESTROS EN EL AULA", se han considerado los siguientes:

Ayudar a un alumno y sentarse a su lado:

    - ✓ El maestro de apoyo va ayudando al alumno a hacer las tareas de clase, las adapta si es necesario, sobre la marcha. Va motivándolo, procurando que trabaje y esté concentrado en lo que tiene que hacer.
    - ✓ El maestro (a) titular del grupo ha planeado y conduce la clase.

Ayudar a un alumno aumentando progresivamente la distancia:

    - ✓ El maestro de apoyo ayuda al alumno sin sentarse a su lado, acercándose y alejándose, apoyando a otros más ocasionalmente. Se entra al aula por aquel alumno y procura que el alumno trabaje también cuando él no está a su lado para fomentar su autonomía en el trabajo en el aula.

Los dos maestros conducen la actividad conjuntamente:

    - ✓ Un maestro introduce la actividad y los dos van haciendo aportaciones, sugerencias y comentarios para enriquecer la actividad.
    - ✓ Se anima a los alumnos a participar activamente, ya que el propio modelo de enseñanza es participativo y abierto.

El maestro de apoyo conduce la actividad.

    - ✓ El maestro de apoyo conduce la actividad y el maestro (a) titular de grupo apoya a los que más lo necesitan o al grupo en general.

El maestro de apoyo prepara material para hacer en clase o para apoyo en casa.

    - ✓ El maestro de apoyo prepara y asegura materiales para apoyar a los alumnos que más lo necesitan ya sea para trabajar en clase o para trabajarlo en casa con ayuda de sus padres.

4

*Guía para la Evaluación Psicopedagógica de los contextos: escolar, áulico y socio-familiar. Mayo 2012*

# ANEXO: 4

La Profesora ha llevado a cabo tutorías con Ariel tomando en cuenta las sugerencias que comparte la USAER, pero sobre todo ha buscado alternativas de apoyo y su labor tiende a eliminar y/o minimizar las Barreras al Aprendizaje y la Participación Social.

La Profesora toma en cuenta los ritmos y estilos de aprendizaje de sus alumnos y en este sentido optimiza los espacios de la escuela (aula digital, patio escolar, área techada con templete, aula de usos múltiples, aula de medios)

## FAMILIAR

Se ha establecido comunicación con la madre de familia, informando y orientando acerca de las características de los niños que presentan TDAH y las acciones que debe realizar en casa como llevar un horario de actividades para Ariel, se le ha invitado y ha asistido a los talleres que se han brindado "Atención y Prevención de la Violencia en la comunidad Escolar" "Hábitos de estudio" "Educación de la sexualidad en la infancia, pubertad y adolescencia" y su participación ha sido muy significativa.

### 3. AVANCES SIGNIFICATIVOS DEL ALUMNO

#### a. Académico.

Ariel es capaz de realizar las actividades correspondientes al grado que cursa; aún con apoyo solo que en menor medida.

En el presente ciclo escolar el menor comenzó con ingesta de medicamento, lo cual le apoyó a centrar mejor su atención y a realizar con más calidad sus actividades académicas.

Es común que se acerque a preguntar de manera constante acerca de las dudas que tiene, que son varias, sin embargo al conocer éstas características de Ariel (TDAH), se sabe que al menor se le tiene que brindar lo que necesita y establecer los ajustes razonables para que logre los aprendizajes esperados.

#### b. Social/Psicológico.

Ariel ha logrado controlar sus impulsos agresivos hacia sus compañeros, establece una mejor convivencia con ellos, también lo aceptan e involucran en los juegos y en el trabajo de equipo. El menor muestra seguridad y confianza para participar en clase, asimismo ha logrado mayor autonomía en el trabajo en el aula.

Es importante mencionar que la disposición de la Profesora para trabajar considerando la diversidad del alumnado ha permitido el respeto y aceptación hacia las diferencias entre compañeros.

#### c. Familiar.

La madre de familia está al pendiente de Ariel, asiste a las citas y realiza lo encomendado.

### 4. SUGERENCIAS GENERALES QUE INCIDAN EN LOS DIVERSOS CONTEXTOS

#### - Escolar:

Es necesario reconocer la diversidad social, cultural, lingüística, de capacidades, estilos y ritmos de aprendizaje de los alumnos; es decir, desde la particularidad de situaciones y contextos, comprender cómo aprende el que aprende y, desde esta diversidad, generar un ambiente que acerque a estudiantes y docentes al conocimiento significativo y con interés. (Principio pedagógico No. 1)

Promover entre los estudiantes el reconocimiento de la pluralidad social, lingüística y cultural; y fomentar que la escuela sea un espacio donde la diversidad puede apreciarse y practicarse como un aspecto de la vida cotidiana y de enriquecimiento para todos. (Principio pedagógico No. 8)

Implementar actividades que desarrollen una mejor convivencia escolar.

#### - Áulico:

Considerar alternativas de atención individualizada partiendo de la evaluación inicial (tutorías para Ariel) (Principio pedagógico No. 12)

Implementar algunas pautas de acción que repercutan en la motivación hacia el aprendizaje (anexo)

Conocer las características de los alumnos con TDAH para garantizar la inclusión de Ariel en cada uno de los contextos.

#### - Familiar:

# ANEXO: 5



México, D. F., a 21 de agosto de 2013

**LIC. FELIX HIDALGO MEDINA**  
**DIRECTOR DE LA ESCUELA**  
**"BENITO PÉREZ GALDOS"**  
**P R E S E N T E**

Por medio de ésta me dirijo a usted, para solicitar, de la manera más atenta, se permita a la alumna **Elaine Marlen Hidalgo García**, con número de matrícula 10195161, que cursa el 7 semestre de la Opción de Campo "Inclusión Educativa" en la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, para que realice prácticas académicas en el USAER que se encuentra ubicado en la Escuela Benito Pérez Galdos, que se encuentra ubicada Calle Jacarandas, #1, col. San Miguel Teotongo, Del Iztapalapa, D. F.

Dichas prácticas se realizarán los días viernes de 08:00 a 14:30 hrs., durante todo el ciclo escolar (2013-2014), iniciando en el mes de agosto de 2013 y concluyendo en junio de 2014, para que la estudiante conozca y apoye el trabajo de inclusión educativa de los niños con NEE que están en esta institución. Es importante indicar, que el contar con esta experiencia y los conocimientos que se den fortalecerán su formación como futura profesional en el campo de la Pedagogía y de la educación en nuestro país.

Esperando contar con su apoyo, me pongo a sus órdenes y envío a usted un cordial saludo.



S. E. P.  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA  
NACIONAL  
ACADÉMICA

**DR. ARTURO CRISTÓBAL ALVAREZ BALANDRA**  
**RESPONSABLE DE LA OPCIÓN DE CAMPO:**  
**INTEGRACIÓN/INCLUSIÓN EDUCATIVA**  
**ÁREA ACADÉMICA No. 5 TEORÍA PEDAGÓGICA Y FORMACIÓN DOCENTE**  
**TELÉFONO: 56-30-97-00, EXT. 1782.**  
**E-MAIL: aalvarez1957@hotmail.com**

# ANEXO: 6



17 de enero de 2013

## TDAH

### Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

#### CAUSAS Ó ETIOLOGÍA:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el problema de salud mental diagnosticado con más frecuencia en niños. Se identifica en un 3-5% de niños en edad escolar y es más frecuente en varones. A menudo, los niños con este trastorno son incapaces de prestar atención a una tarea concreta durante un período prolongado, suelen ser hiperactivos o inquietos y, en general, son desorganizados e impulsivos. Algunos niños con TDAH presentan sobre todo problemas para mantener la atención, otros son primordialmente hiperactivos e impulsivos y otros tienen problemas en ambas áreas. En ocasiones, sacan malas notas en la escuela y son lentos para desarrollar habilidades sociales.

Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen TDAH tienen el mismo cuadro clínico. En algunas de ellas predominan los síntomas de TDAH de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad (lo que se conoce como TDAH combinado o mixto). Es decir, el TDAH se puede desglosar en varios subtipos, dependiendo de qué grupo de síntomas predominen.

Estas variantes son conocidas como "subtipos del TDAH". De todos ellos el más frecuente es el combinado, seguido del predominantemente hiperactivo-impulsivo. El subtipo predominantemente inatento es el menos frecuente de ellos, y se da más en niñas que en niños, frente a los otros cuadros clínicos que se detectan más en niños que en niñas. Es decir, debido a que los síntomas de inatención son más sutiles, se detectan menos y provocan que el diagnóstico de TDAH en niñas/adolescentes tarde más en realizarse o, en muchos casos, pase inadvertido.

#### DIAGNÓSTICO:

Los alumnos o alumnas que padecen TDAH se caracterizan por tres tipos de conducta. Es posible que su alumno muestre uno, dos o los tres tipos. Él o ella puede ser hiperactivo@, distraerse con facilidad y/o ser impulsivo@.

Para diagnosticar TDAH se necesita solamente un tipo de conducta. Por ejemplo, un niño se puede distraer con facilidad y/o ser impulsivo, pero no hiperactivo, y si los síntomas persisten durante al menos 6 meses:

#### Síntomas de TDAH con hiperactividad-impulsividad:

- Presenta inquietud, el niño se mueve en el asiento y le cuesta estar en clase en su pupitre
- Se levanta cuando debería estar sentado
- Corre y salta en situaciones inapropiadas especialmente en lugares en los que debe esperar
- Tiene dificultad para jugar tranquilamente
- Excitado a menudo, "como una moto"
- Habla excesivamente y también lo hace en situaciones que no debe
- Responde antes de que finalice la pregunta

# ANEXO: 7

SEP

SECRETARÍA DE  
EDUCACIÓN PÚBLICA



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

## HOJA DE SEGUIMIENTO

Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa  
Región San Miguel Teotongo  
Zona de Supervisión de Educación Especial N° 9

Alumno: Avina Maldonado Ariel Nicolás.  
Escuela: "BENITO PÉREZ GALDÓS"  
Prof. (a) Grupo: Ma. del Rocío Serrano Angiano.  
Docente de apoyo: PATRICIA RUIZ SERRANO

Grado: 6° Grupo: "B" Turno: Matutino  
CCT: 092DPR4163Z  
Paradocente: GUADALUPE MARTÍNEZ VALDEZ (Psicología) JAZMÍN FLORES MARTÍNEZ (Comunicación)  
Zona Educ. Especial: No. 9 Ciclo Escolar: 2013-2014  
Fecha:

Fecha	Acciones realizadas	Acuerdos	Responsables
Agosto 2012	A principios del ciclo escolar la madre de familia presenta una receta del menor con Dx: TDAH emitida por la Secretaría de Salud, en Diciembre del 2012. Menciona la madre de familia que le intentaron medicamento pero no se lo ha administrado	Acudir nuevamente al Sector Salud y solicitar renovación de la Atención al menor.	
17/09/2013	La Profesora de grupo informa que Ariel se muestra intolerante en el grupo y que sus compañeros prefieren dejarlo solo, aunque los busque. Comenta que le llama la atención que Ariel no socialice adecuadamente, además de que es muy insistente cuando quiere que se le informe algo.	Compartir y comentar las características de los alumnos con TDAH.	

# ANEXO: 8



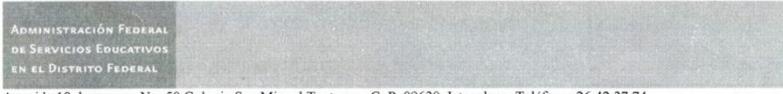
SEP

Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa  
 Dirección Regional de Servicios Educativos San Miguel Teotongo  
 Zona 8 Educación Especial USAER74  
 C. CT 09FUA0297Y  
 CICLO ESCOLAR 2012-2013

ESCUELA PRIMARIA: "BENITO PÉREZ GALDÓS"  
 PROFESORA: María del Rocío S.A. GRADO: 6° GRUPO: "B"

FECHA	SUGERENCIAS	FIRMA
15/01/13	<p>Con respecto al menor Ariel Nicolás Avina Maldonado:</p> <p>Mantenga contacto visual constante, usted puede romper una situación de distracción únicamente con la mirada.</p> <p>En la medida de lo posible, trate de que las tareas en el salón sean:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cortas y motivadoras,</li> <li>- favorezca la lectura en voz alta,</li> <li>- utilice cuentos o que los alumnos cuenten historias,</li> <li>- marque tiempos para que ajuste tareas,</li> <li>- tome en cuenta que se necesita manejar recompensas o ventajas.</li> </ul>	

PATRICIA RUIZ SERRANO  
 DOCENTE DE APOYO



Avenida 18 de marzo, No. 50 Colonia San Miguel Teotongo. C. P. 09630, Iztapalapa. Teléfono: 26.42.37.74

# ANEXO: 9

 		SECRETARÍA DE SALUD PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS		<b>CDMX</b>		FOLIO: 3636770		
						FECHA: 8 Dic 14 <small>DÍA MES AÑO</small>		
UNIDAD MÉDICA: P 12700111111								
TARJETA O CÉDULA DE GRATUIDAD No. 0909763510				TARJETA SÍ VALE No. EXPEDIENTE No. 126048				
APELLIDO PATERNO: ANITA		APELLIDO MATERNO: MARDOQUINO		NOMBRE(S): ARIEL		EDAD: 12	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DIAGNÓSTICO No. 1: TDAH		DIAGNÓSTICO No. 2:		DIAGNÓSTICO No. 3:				
MEDICAMENTO PARA DIAGNÓSTICO No. 1: (NOMBRE GENÉRICO, ESCRIBIRLO CON MAYÚSCULAS, FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN) Meclizina 10 mg						CANTIDAD RECETADA: 2	CANTIDAD ENTREGADA:	CLAVE:
MODO DE USO: 10 mg diarios								
MEDICAMENTO PARA DIAGNÓSTICO No. 2:						CANTIDAD RECETADA:	CANTIDAD ENTREGADA:	CLAVE:
MODO DE USO:								
MEDICAMENTO PARA DIAGNÓSTICO No. 3:						CANTIDAD RECETADA:	CANTIDAD ENTREGADA:	CLAVE:
MODO DE USO:								
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO, CÉDULA PROFESIONAL:								
INDICACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS:								
¿RECIBIÓ SATISFACTORIAMENTE SUS MEDICAMENTOS?				MARQUE: <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
COMENTARIOS:								
NOMBRE Y FIRMA: Dr. Víctor M. Martínez López Ced. Prof. 716896 Ced. Esp. 3178553 PAIDOSQUIATR				DIRECCIÓN Y TELÉFONO:				

ORIGINAL-PACIENTE

IMPORTANTE: ESTA RECETA NO PODRÁ SER SURTIDA DESPUÉS DE SIETE DÍAS NATURALES

# ANEXO: 10

Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa  
Región San Miguel Teotongo  
Zona de Supervisión de Educación Especial N° 9

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

**Identificación de las Barreras para el aprendizaje y la participación social detectadas en los diferentes contextos: escolar, áulico y familiar (realizar una descripción de aquellas barreras que enfrenta el alumno)**

- PROGRAMÁTICA: Es necesario que como Escuela nos apropiemos de una cultura de atención a la Diversidad y que nuestras políticas sean inclusivas.
- METODOLÓGICA: Se requiere una planeación que garantice la participación de Ariel en todas las actividades académicas.
- Desconocimiento por parte de la Profesora de grupo acerca de las características de los alumnos con TDAH

**4. Sugerencias generales considerando los contextos.**

- Seguir aportando propuestas para mejorar el desempeño a nivel escolar
- Se proporcionan vía correo las características de los alumnos con TDAH (Anexo).
- Asistir al cubículo de USAER para diseñar actividades diversificadas en beneficio de las características de Ariel.

**5. Acuerdos y compromisos para el seguimiento del caso.**

- Agendar espacios para intercambiar información y diseñar actividades diversificadas en beneficio de los alumnos principalmente de Ariel.
- Mantener comunicación constante con el equipo de USAER.

ATENTAMENTE

Profesor de Grupo

ROCÍO SERRANO ANGUIANO

Docente de apoyo

PATRICIA RUIZ SERRANO

Equipo de Apoyo

JAZMÍN FLORES M.  
(COMUNICACIÓN)

GUADALUPE MARTÍNEZ V.  
(PSICOLOGÍA)

Director(a) Primaria



PROFR. FELIX HIDALGO MEDINA

Director(a) USAER

PROFR. JORGE RODRÍGUEZ NAVA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS  
EN EL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS  
SAN MIGUEL TEOTONGO  
SECTOR ESCOLAR No. 20  
ZONA ESCOLAR No. 87  
ESCUELA PRIMARIA  
"BENITO HÉREZ GILGON"  
COT. INGRESA: 132  
TURNOS MAUTINGOS