



**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO**

**PROGRAMA EDUCATIVO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

**TÍTULO
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE TDA-H EN UN ALUMNO DE 8 AÑOS**

**OPCIÓN DE TITULACIÓN
TESIS: INFORME DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

P R E S E N T A:

ANA ALICIA ANDRADE HERNÁNDEZ

ASESORA: MTRA. CELIA MARÍA DEL PILAR ARAMBURU CEÑAL

CIUDAD DE MEXICO, AGOSTO 2023

Dedicatorias

Dedico esta tesis primeramente a Dios, por ser mi guía y mi fortaleza.

A mis padres, por siempre contar con su amor y apoyo incondicional.

A Raúl y Daniel, mis muy queridos hermanos por siempre protegerme y cuidarme.

A mis muy amados sobrinos.

A ti Miguel Ángel, mi muy apreciado terapeuta que nunca quitaste el dedo del renglón para impulsarme de no desistir en el empeño de concluir esta tesis.

Gracias a todos ustedes por ser parte de este proyecto.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme terminar este proceso, la Gloria y Honra a Él.

A mis padres por siempre acompañarme y apoyarme en todo.

A Raúl y a Daniel, mis hermanos, que siempre me apoyan, cuidan y protegen.

A Eduardo Arzate y a Leonardo Guzmán, por guiarme en la redacción en estilo APA de este trabajo (en especial a Lalito), sin ellos no me hubiera sido posible concluir esta tesis.

A mí terapeuta Miguel Ángel Juárez por impulsarme y nunca soltarme.

A Francisco Elizarde y Elizabeth Flores, grandes amigos que estuvieron en este proceso siempre apoyándome

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	8
Capítulo 1 Educación Especial e Inclusiva.....	17
1.1 Entre la condición de discapacidad y la limitación.....	18
1.2 La Educación Especial e Inclusiva.....	27
1.2.1 Barreras del aprendizaje y la participación.....	31
1.2.2 México: historia de su Educación Especial e Inclusiva.....	35
1.2.3 El modelo MASEE.....	38
1.2.3.1 Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular USAER...41	
1.3.2.2 Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva UDEEI.....	46
1.3.2.3 Centro de Atención Múltiple CAM.....	47
Capítulo 2 Trastorno por Déficit de Atención.....	53
2.1 Trastorno del Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.....	54
2.1.1 Conductas disruptivas y TDAH.....	64.
2.1.2 Historia del TDAH.....	65
2.2 El procedimiento de diagnóstico e intervención educativa del TDAH en el contexto educativo mexicano	67
Capítulo 3 Estrategias conductuales.....	75.
3.1 Tratamientos para el TDAH.....	76
3.2 Psicoterapia y conducta.....	78
3.2.1 Estrategias conductuales.....	81
3.2.2 Estrategias dirigidas al tratamiento de los síntomas del TDAH.....	84
3.2.2.1 Reforzamiento positivo.....	86
3.2.2.2 Extinción.....	92

Resumen

En esta tesis se abordaron tres aspectos teóricos puntuales:

1. La conceptualización de la discapacidad (qué es la discapacidad, la historia del trato hacia las personas con discapacidad, las diferencias que existen entre las discapacidades y las limitaciones en la vida cotidiana, los tipos de discapacidad, etc.) y los factores en los que estas condiciones de vida influyen dentro de la vida social, política y personal de las personas.
2. El concepto de Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA y TDAH), los factores conductuales, cognitivos y emocionales que deben tomarse en cuenta para lograr su adecuado diagnóstico en el ámbito educativo, y los efectos que tiene dentro de la vida de la persona que vive con esta condición; las distintas instituciones educativas que se encuentran disponibles en México que tienen como objetivo atender sus necesidades educativas especiales.
3. La conceptualización de las técnicas terapéuticas-psicoeducativas que se utilizan desde la perspectiva psicológica conductual (específicamente, las que pertenecen a la Primera Generación de esta perspectiva) y los diversos efectos positivos que estas poseen cuando se aplican con el fin de aminorar o eliminar los rasgos conductuales, cognitivos y emocionales que conforman el diagnóstico del TDA y TDAH.

Debido a que las técnicas terapéuticas-psicoeducativas que pertenecen a la Primera Generación de la perspectiva conductual cuentan con un respaldo teórico muy vasto (tanto investigación básica como aplicada) el cual demuestra que estas técnicas poseen una eficacia muy significativa para disminuir o eliminar los rasgos que conforman el diagnóstico del TDA y TDAH, el objetivo de esta tesis fue diseñar una intervención psicoeducativa con este tipo de técnicas para reducir y/o eliminar los rasgos anteriormente mencionados que presentaba un niño de 8 años diagnosticado

con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). El procedimiento de detección de necesidades se llevó a cabo mediante la aplicación de los Cuestionarios CONNERS para los padres y los maestros del niño, así como mediante la realización de entrevistas abiertas a estas personas. El niño que fue objeto de esta intervención educativa no fue elegido por la autora de esta tesis, sino que le fue canalizado mediante el USAER en donde él estudiaba. El programa de intervención psicoeducativa consistió en la aplicación y la enseñanza de diversas técnicas conductuales, a lo largo de 12 sesiones, cuyo objetivo en conjunto consiste en aumentar la frecuencia de conductas socialmente aceptables en las personas (mediante el uso del reforzamiento positivo, el reforzamiento diferencial de conductas alternativas e incompatibles, el modelamiento, el moldeamiento, el encadenamiento conductual, el uso de la economía de fichas, etc. al mismo tiempo que se disminuye la probabilidad de aparición de conductas socialmente disruptivas (mediante el uso de la extinción, el tiempo fuera, la relajación corporal, la respiración diafragmática, etc.). Gracias a esta intervención psicoeducativa, el niño adquirió las habilidades de llevar a cabo conductas complejas de autocuidado y de organización de sus pertenencias, el aprendizaje de las conductas relacionadas al cruce seguro de calles y avenidas, el seguimiento efectivo de instrucciones verbales y el seguimiento efectivo de reglas. Y la madre del niño aprendió a proporcionar reforzadores materiales y sociales de manera contingente a las conductas socialmente deseables de su hijo.

Como todo programa, los resultados nunca pueden garantizarse a pesar de que en este trabajo hayan sido positivos. Los estudiantes y sus contextos siempre son diferentes por lo que el psicólogo educativo que utilice este programa como una referencia debe recordar que su papel es educar y promover la inclusión, el entendimiento del TDAH y fomentar el bienestar de la sociedad con tratamientos adecuados que permitan, a las personas en general y a los estudiantes en particular, adaptarse a sus situaciones educativas. Se discute el papel que pueden desempeñar las intervenciones en el consultorio psicológico para favorecer la educación inclusiva, así como la influencia que ejercen las costumbres familiares, las creencias religiosas que profesan los miembros de la familia del niño con TDAH, las habilidades de

comunicación de los tutores del niño y las capacidades de negociación del psicólogo educativo sobre la efectividad de las intervenciones psicoeducativas que utilizan las estrategias pertenecientes a las corrientes conductistas de la primera generación del conductismo

Introducción

Velarde (2012) analiza a profundidad la historia de las personas con discapacidad, en general, y de la niñez que vive con discapacidad, en particular, encontraron que este colectivo social ha transitado por tres grandes paradigmas históricos, los cuales consisten en los siguientes:

1. **El paradigma de la exclusión y la marginación:** Según Palacios y Bariffi (2007; citados en Velarde, 2012) y Palacios (2008; citado en Velarde, 2012), durante este periodo histórico, el cual abarca desde el florecimiento de las civilizaciones de la Antigüedad pasando por el establecimiento y dominio de los grandes imperios de la Antigua Grecia y Roma hasta el inicio del Renacimiento Europeo en el siglo XVI, se promovieron prácticas sociales de marginación y maltrato extremo a las personas que nacían con discapacidad, debido a que la aparición de las diferentes condiciones discapacitantes se relacionaban con *castigos divinos* que enviaban los diferentes seres divinos que eran adorados en esas épocas. Amparados en estas creencias, a los recién nacidos con alguna discapacidad se les expulsaba y/o escondía de la vida política y económica imperante, durante la República y el Imperio Romanos, o se les asesinaba, durante la Antigua República Griega; ya que además de representar, para esos pueblos, el *descontento* que les manifestaban sus dioses,, a la niñez con discapacidad se le consideraba totalmente incapaz de ejercer las actividades relacionadas a las florecientes prácticas sociales de la agricultura, la ganadería, la educación formal y la guerra. .
2. **El paradigma de la rehabilitación médica:** A partir de la búsqueda científica y artística de las causas de todo lo que afecta al ser humano en la vida política, económica y social durante el Renacimiento Europeo en el siglo XVI hasta casi finales del siglo XX, diversos filósofos que fueron pioneros de la ciencia moderna así como miembros del bajo clero católico-cristiano comienzan a considerar que el origen de las personas con discapacidad se remonta a causas biológicas que perturban el cuerpo y la mente de éstas (por ejemplo, los accidentes, enfermedades, deficiencias alimentarias, etc.) y que, por lo tanto, ya no se debería considerar a este colectivo como el resultado de castigos divinos enviados a la humanidad por un ente divino

2. Es así como muchos miembros del bajo clero comienzan a escribir en sus obras acerca de una apremiante necesidad moral de brindarle a las personas y niños con discapacidad los beneficios médicos y educativos propios del Renacimiento, en vez de tratos en los que predominaran la tortura, la marginación y la muerte, así como las primeras oportunidades educativas, ya que existe bastante evidencia de que tanto en los países europeos, así como en las colonias americanas que estos países establecieron en el recién descubierto continente americano, estos miembros del bajo clero fundaron las primeras escuelas exclusivas para niños con ceguera, sordera y otras discapacidades tanto físicas como mentales. Sin embargo, en esta época se critica que, dada la concepción filosófica mecanicista con la que se concebía el cuerpo humano, tanto los pioneros de la ciencia moderna, como los miembros del clero cristiano-católico, los miembros de la realeza, y los florecientes miembros de la burguesía enfatizaban que las personas con discapacidad debían someterse a diferentes tratamientos médicos con el fin de reparar, rehabilitar y normalizar sus cuerpos y sus mentes para que así, y sólo así, pudieran ser considerados como miembros, con plenos derechos, de las florecientes sociedades industrializadas; y si bien Velarde (2012) reconoce que durante la predominancia de este paradigma histórico se establecieron las primeras políticas públicas por parte de los florecientes Estados-Nación para la observancia de la salud de las personas con discapacidad, así como las primeras iniciativas de empleo adaptadas a los diferentes tipos de discapacidad, con lo cual la caridad medieval comienza a ser reconfigurada dentro de la naciente filosofía de la beneficiencia estatal, esta autora también señala que, durante este periodo, las personas y niños con discapacidad que no tuvieron acceso a estos servicios médicos de rehabilitación y normalización fueron ocultados y excluidos de la vida pública (tal cual como se hacía en el paradigma histórico de la exclusión que se mencionó anteriormente), o se les consideraba sujetos permanentes de la piedad y la conmiseración de los demás miembros *normales* de las sociedades industriales antes mencionadas, además de que se consideraba que todos los tipos de tratamientos de rehabilitación que se les brindaran a las personas y a los niños con discapacidad tanto en hospitales, hospicios y en escuelas especiales, ya fueran efectivos o no, se aplicarían con prudencia y sensibilidad a las características particulares de las personas con discapacidad o no, tenían justificaciones éticas

incuestionables debido únicamente a la naturaleza intrínseca de éstos, ya que durante este paradigma histórico, se creía que los florecientes profesionales de la medicina, la psiquiatría, la psicología y la educación conocían y aplicaban con total precisión y sin ningún tipo de negligencia los tratamientos referentes a sus respectivas especializaciones, además de que se creía que los profesionales de la salud tenían como único objetivo profesional y social la rehabilitación y normalización física y mental de este sector poblacional, además de que los integrantes de estos gremios profesionales mantenían una línea divisoria clara entre su actuar profesional y sus vivencias, creencias y prejuicios personales sobre todos los pacientes que atendían. Por causa de la prevalencia de estas tres creencias sociales fue que durante este paradigma histórico, a las personas con discapacidad se les trató con condescendencia, en el mejor de los casos, y/o bajo un estado de tutela permanente de sus cuidadores médicos y familiares, en el peor de los casos, ya que esa tutela permanente implicaba que se considerará a las personas con discapacidad como seres incapaces de tomar sus propias decisiones con respecto a sus cuerpos y a sus proyectos de vida.

3. Paradigma social de la discapacidad: Se considera que este paradigma inicia a partir de los años 60 del siglo XX, a raíz de múltiples protestas de carácter social que encabezaron diversos colectivos, los cuales se conformaron por personas con diversos tipos de discapacidad tanto física como mental. Estos colectivos denunciaron que tanto dentro de los hospitales psiquiátricos, generales y de atención ambulatoria, como dentro de las instituciones educativas, el trato hacia los pacientes y hacia las alumnas y alumnos con diversas discapacidades se les trataba con la condescendencia que se mencionó en el paradigma anterior, además de usar los diagnósticos que arrojaban las evaluaciones médica y psiquiátrica como valoraciones completas e inamovibles de las posibilidades de las personas con discapacidad. Esta serie de reclamos sociales contaban con suficiente sustento empírico, debido a los siguientes sucesos históricos:

- Al recopilar los antecedentes históricos de la psicometría, Gregory (2012) señala que en el momento histórico en el que a pioneros de la psicometría moderna tales como Goddard se les solicitó evaluar la inteligencia, mediante el Coeficiente Intelectual, de tanto personas con discapacidades intelectuales que se

encontraban institucionalizados en escuelas de educación especial (1910) como de inmigrantes de diversas nacionalidades que llegaron a Estados Unidos de América en diversos grados de vulnerabilidad física, psicológica y social (1917) Goddard les aplicó los tests de inteligencia de Stanford-Binet que solamente fueron traducidas del francés al inglés, sin aplicarles a dichos tests nuevas reglas y medidas de estandarización ni baremación que se adaptarán mejor a las características intelectuales de tales poblaciones, él tampoco tuvo en cuenta las condiciones de malestar psicosocial que estas personas presentaron antes, durante y después de sus evaluaciones al momento de calificar e interpretar los puntajes que arrojaron dichos tests ya que él aplicó dichas pruebas justo después de que los inmigrantes desembarcaran, y finalmente, Goddard aplicó de manera rígida y sin ningún reparo ético las clasificaciones de inteligencia de los tests Stanford-Binet, los cuales clasificaban a las personas evaluadas como *idiotas*, *imbéciles*, *retardados*, y demás adjetivos peyorativos; de hecho, este psicómetra acuñó la clasificación moron (palabra que deviene del vocablo griego moronia y que significa tonto) con el fin de evaluar la inteligencia limítrofe entre una persona cuya inteligencia se consideraba normal y una persona cuya inteligencia estaba disminuida. Se comprende que Goddard realizó sus trabajos sobre medición de inteligencia estando fuertemente influenciado por el paradigma rehabilitador antes mencionado, tal como señala de manera acertada Gregory (2012) sin embargo, en opinión de la autora de este trabajo, es fundamental rescatar y analizar los trabajos de Goddard sobre medición de la inteligencia con las directrices éticas actuales sobre la evaluación psicológica con el fin de recordar que en la actualidad, los resultados de cualquier instrumento de evaluación psicológica deben considerarse como parte del conjunto de indicadores de bienestar y malestar social que viven las personas que serán evaluadas, y desde luego, estos resultados siempre tendrán un carácter dinámico, por lo que son susceptibles de cambio en función de los apoyos o marginaciones sociales de los cuales sean objeto las personas evaluadas.

- La práctica de diversos experimentos científicos cuyo único objetivo fue la tortura sistemática, sobre las personas que fueron recluidas en campos de concentración

y exterminio de diversos países durante la Segunda Guerra Mundial (principalmente la Alemania Nazi del Tercer Reich y la Ex-Unión Soviética). Cuando al final de la Segunda Guerra Mundial se descubrieron los documentos en los que se justificaron tales experimentos en los Juicios de Núremberg (en el caso del fin de la Alemania nazi) se considera, desde la bioética actual, que la investigación biomédica perdió su inocencia (es decir, que se empezó a resquebrajar la filosofía de la neutralidad de la ciencia biomédica). Como resultado de los juicios antes mencionados, surgió el Código Ético de Núremberg, el cual se considera, históricamente, como el primer código ético que reguló la investigación científica aplicada a los seres humanos. Este Código sentó las primeras bases de lo que actualmente se conoce como consentimiento informado, el trato digno a los participantes de las investigaciones y el deber de ponderar los riesgos y beneficios tanto inmediatos como potenciales a mediano y largo plazo de los experimentos que se realicen en biomedicina, y posteriormente, dichas directrices éticas permearon en las investigaciones que se realizan en psiquiatría y psicología.

- El ocultamiento engañoso o la flagrante ausencia de consentimientos informados a las personas tanto cuando se les involucraba en ensayos clínicos con el fin de probar la eficacia de nuevos medicamentos, como cuando se les sometía a cirugías o tratamientos psicológicos de tipo no farmacológico (y la ausencia de tales consentimientos informados también implicó la falta de medidas de reparación de daños a los participantes de estas investigaciones clínicas y tratamientos cuando éstos implicaban riesgos importantes contra su salud). Algunos ejemplos de estos atropellos a los Derechos Humanos relativos a esta falta ética fueron: El caso Willowbrook; en el cual se investigó la evolución de la hepatitis inoculando el virus causante de la enfermedad en niños con diversos tipos de discapacidad. Y Pedroso (2001) y Reculé (2010) analizan el caso Tuskegee, en el cual, médicos pertenecientes a la División de Enfermedades Venéreas del Servicio público de Salud de los Estados Unidos compararon las afectaciones a la salud causada por la evolución completa de la sífilis en 400 personas afroamericanas infectadas con el virus en comparación con la salud de 200 personas afroamericanas que no padecían dicha enfermedad. A los

participantes que presentaron sífilis no se les informó en ningún momento sobre los problemas de salud que padecían y tampoco se les administró ningún tipo de tratamiento con el fin de contener la evolución de la sífilis. La divulgación de los casos antes mencionados y de muchos otros similares dieron lugar a la elaboración del Informe Belmont, y este informe dio lugar, a su vez, al establecimiento del Consejo Nacional para la Investigación Humana y de los Consejos Institucionales de Revisión de Protocolos de Investigación dentro de Estados Unidos de América.

Todas las problemáticas éticas del trato médico a personas con discapacidad física y mental que anteriormente se mencionaron en este apartado, y las consecuentes protestas sociales que se empezaron a gestar, por parte de estos colectivos sociales dieron lugar a la creación de diversas reformas legales a nivel internacional, siendo la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad la más importante de todas, la cual fue firmada y ratificada en 2007 por varios Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas. Los cambios más trascendentales en el trato a las personas con discapacidad que fomenta la ejecución de las ordenanzas legales de esta Convención (2007) es la equidad de derechos y oportunidades de desarrollo personal, educativo, laboral y espiritual, las cuales deben garantizarse para todo este colectivo, sin importar su edad, tipo de discapacidad, estatus socioeconómico, lugar de origen, creencias sociales y/o religiosas, etc. así como el reconocimiento de las limitaciones en la actividad cotidiana que generan los diferentes tipos de enfermedades y condiciones de salud discapacitantes que se generan en el cuerpo humano debidas a dificultades de la madre antes, durante y después de su embarazo, accidentes, actos de violencia cometidos contra las personas con discapacidad, etc. y finalmente, el reconocimiento del hecho de que todas las personas con discapacidad pueden llevar sus vidas de manera cotidiana, o incluso desarrollar habilidades asociadas a la superdotación física e intelectual si las sociedades que les rodean se dan a la tarea permanente y en constante cambio de adaptar la arquitectura de los campos y de las ciudades, generar reglas sociales y educativas que se adapten a las características de cada persona y a sus habilidades y mejorar la manera de referirse a estos colectivos, colocando el énfasis en lo que las personas con discapacidad son capaces de hacer en el presente y en el

futuro, en vez de concentrarse solamente en los diagnósticos médicos, los cuales se deben seguir utilizando, pero con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta sus deseos presentes y futuros, en vez de usarlos meramente como un conjunto de etiquetas peyorativas que oculten o eufemicen prejuicios y actitudes negativas hacia este colectivo, tal cual señala Verdugo (2003; citado en Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

La autora de este trabajo abordó todos estos antecedentes históricos de las condiciones de vida de las personas con discapacidad en el primer capítulo de esta tesis, ya que éstos antecedentes, evidentemente, también se dieron en México, sobre todo en los ámbitos de la rehabilitación médica y de la educación.

En el segundo capítulo de esta tesis, se describen y analizan los conceptos básicos que rodean la condición de discapacidad, algunas estadísticas de prevalencia e incidencia de estas condiciones, para posteriormente describir y analizar la limitación conocida como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) así como la importancia de diseñar y ejecutar intervenciones psicoterapéuticas para mejorar los signos clínicos y educativos de esta limitación ya que de no intervenir terapéuticamente, las personas con TDAH no solo tienen dificultades para asimilar los conocimientos académicos de cada nivel educativo y relacionarse de forma adecuada con sus pares en la escuela, sino que también van a presentar dificultades para conseguir y mantener un empleo estable y para relacionarse de manera socialmente deseable con otros adultos en general.

En el tercer capítulo de esta tesis, la autora describió y analizó las características y las mejores maneras de aplicar diversas estrategias del paquete terapéutico conductual, tales como el reforzamiento positivo, el reforzamiento de conductas incompatibles con la conducta problema, la extinción, la economía de fichas, etc. Ya que, según una gran cantidad de literatura científica, estas son las estrategias más efectivas para mejorar la calidad de vida de los niños que presentan signos clínicos y educativos del TDAH. Este capítulo concluyó con el reconocimiento de la gran eficacia terapéutica de estas técnicas, a la vez que se criticó de manera categórica la postura negacionista

del TDAH que mantienen algunos autores que practican la epistemología y metodología conductista, ya que este negacionismo carece totalmente de fundamento científico.

En el cuarto capítulo de esta tesis, la autora describió los signos clínicos, las dificultades educativas y fortalezas que presentaba un niño de 8 años, quien asistía a tercer grado de primaria y fue diagnosticado con TDAH por el personal docente de una Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) con el objetivo de diseñar e implementar un programa de intervención para disminuir las conductas disruptivas que este estudiante presentaba, a través de técnicas conductuales.

Además la autora de este trabajo describió la intervención educativa que ella llevó a cabo para subsanar las dificultades educativas que presentaba este niño. Dicha intervención educativa tuvo una duración de 12 sesiones.

Finalmente, en el último capítulo de este trabajo, la autora reportó que el niño quien fue objetivo de esta intervención educativa, antes de participar en dicha intervención, presentaba signos de hiperactividad e impulsividad, trastornos de conducta, una necesidad considerable de recibir atención y afecto tanto por parte de sus pares como de los adultos que le rodeaban en su contexto familiar, ansiedad y afecciones psicósomáticas. Mientras que al término de la intervención, el niño ya mostró una mayor capacidad de seguir instrucciones de forma ordenada, terminar las conductas que comenzaba, esperar turnos para hablar y llevar a cabo conductas en presencia de sus pares. Además, se discuten posibles razones por las cuales las dos docentes que evaluaron el comportamiento del niño objeto de esta intervención llegaron a conclusiones diferentes con respecto a la presencia o no presencia de los criterios diagnósticos del TDAH, asimismo, se discute la influencia que ejercen las creencias de los docentes sobre la capacidad de aprendizaje de los niños con TDAH, las creencias religiosas de la familia del niño que fue objeto de esta intervención y las habilidades comunicativas que ejerció la autora de este trabajo para consolidar una alianza terapéutica efectiva con la madre del niño, sobre la eficacia de la intervención educativa que se llevó a cabo en este trabajo.

Capítulo 1

Educación Especial

e Inclusiva

1.1 Entre la condición de discapacidad y la limitación

Una persona en condición de discapacidad es aquella que enfrenta “dificultades graves o severas (muchas dificultades [sic] o no pueden hacerlo) para realizar actividades consideradas básicas” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017, p. 21) para el desarrollo de la vida cotidiana tales como: Caminar, subir o bajar usando sus piernas; Ver (aunque use lentes); Mover o usar sus brazos o manos; Aprender, recordar o concentrarse; Escuchar (aunque use aparato auditivo); Bañarse, vestirse o comer; Hablar o comunicarse; Problemas emocionales o mentales.

Según el Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México, la discapacidad es la “consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 2016: p. 6). Asimismo, la condición de discapacidad, según la SEDESOL (2016), se puede categorizar de manera formal en las siguientes opciones:

1. Discapacidad motriz - Limitación para caminar, moverse, subir o bajar.
2. Discapacidad visual - Limitación para ver, aun usando lentes.
3. Discapacidad del habla - Limitación para hablar, comunicarse o conversar.
4. Discapacidad auditiva - Limitación para oír, aun usando auxiliar auditivo.
5. Discapacidad múltiple - Limitación para vestirse, bañarse o comer.
6. Discapacidad intelectual - Limitación para poner atención o aprender cosas sencillas.
7. Discapacidad mental - Limitación en el funcionamiento del sistema neuronal.

Aquí resulta pertinente considerar que cada tipo de discapacidad requiere un enfoque diferente pues afectan al sujeto de formas distintas en sus actividades cotidianas. Además, reconocer la naturaleza e impacto en la vida del sujeto resulta primordial ya que se reflejará en su capacidad para realizar sus actividades cotidianas de modo que identificar las discapacidades según su categoría es identificar los obstáculos a los que se enfrentará el individuo.

Figura 1. Personas con discapacidad



Fuente: Extraído de <https://www.sunrisemedical.es/blog/mejorar-autonomia-discapacidad>.
Consultado: Consultado: 30 de agosto de 2020.

Cuando se piensa en una persona en condición de discapacidad, se pueden imaginar diversas situaciones donde es claramente visible un factor (o factores) que impiden a las personas realizar actividades esenciales, así como las ayudas técnicas que ésta necesita para realizar sus actividades de manera cotidiana, a pesar de la condición de discapacidad; en este sentido, García (2019) menciona algunas de ellas: Sillas de ruedas, bastones de apoyo, bastones y perros guía, así como diferentes tipos de prótesis.

En México, el INEGI (2018), estimó que durante ese año hubo aproximadamente 125 millones de personas que habitan el territorio mexicano, de estos, casi 8 millones de ellos experimentan una discapacidad.

Tabla 1. Personas que experimentan discapacidad en México según sexo

Población con Discapacidad	Hombres	Mujeres
7,877,805	3,617,449	4,260,356

Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

En su mayoría, son mujeres quienes presentan una mayor incidencia de discapacidades (54.1%) seguida por los hombres (45.9%). Esto, al igual que las discapacidades, puede explicarse por una mayor longevidad femenina, así como la existencia de un mayor número de mujeres respecto de hombres.

Por otro lado, dentro de la categoría de las personas en condición de discapacidad existe un subconjunto al que se le denomina personas con limitaciones en la actividad cotidiana, o más abreviadamente, personas con limitación en la actividad.

Figura 2. Personas con limitación



Fuente: Extraído de https://entornosaludable.com/wp-content/uploads/2016/04/ABRIL_3-881x588.jpg. Consultado: Consultado: 30 de agosto de 2020.

Las personas con limitación en la actividad no son percibidas como personas con discapacidad, debido a que algunas de ellas no manifiestan las circunstancias vitales

que se vinculan a la condición de discapacidad. Con el fin de ejemplificar la veracidad de esta afirmación se puede observar la Figura 2, en la cual no se puede afirmar, de manera concluyente, si el hombre que se observa en dicha Figura también vive con una experiencia limitante. Aun así, se considera que, con el fin de comprender a cabalidad sus experiencias de vida, valores y potencial para alcanzar sus objetivos de desarrollo humano, es adecuado englobarlas dentro del colectivo de las personas con discapacidad ya que muchas personas que presentan limitaciones en la actividad sí reportan que presentan algún grado o tipo de discapacidad.

Estas personas con limitación en la actividad pueden definirse como “aquellas que tienen dificultades leves o moderadas para realizar actividades básicas” (INEGI, 2017, p. 97). Las personas con limitaciones son personas que no son percibidas como tal ya que pueden realizar compras, tareas del hogar, trabajar o ir a la escuela. Sin embargo, estos individuos experimentan limitaciones al realizar tareas específicas que dificultan el desenvolvimiento en actividades específicas.

En México se calcula que hay poco más de 19 millones de personas que experimentan una condición de limitación.

Tabla 2. Personas que experimentan limitación en México según sexo

Población con Discapacidad	Hombres	Mujeres
19,360,321	9,154,061	10,206,260

Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

En su mayoría, son mujeres quienes presentan una mayor incidencia de limitaciones (52.7%) seguida por los hombres (47.3%). Esto, al igual que las discapacidades, puede explicarse por una mayor longevidad femenina, así como la existencia de un mayor número mujeres respecto de hombres.

Es importante remarcar que las personas en condición de discapacidad o limitación pertenecen a la comunidad de las personas con discapacidad. De hecho, bajo la cortina social de la normalidad muchas personas en la comunidad presentan situaciones que van reduciendo las capacidades que tenían. Por ejemplo, conforme la edad de las personas se incrementa, sus capacidades se van reduciendo por un desgaste natural de los años que han vivido. De modo que la condición de discapacidad/limitaciones también se pueden clasificar como transitorias, como lo es, por ejemplo, una fractura de brazo o permanentes, como lo es, por ejemplo, la pérdida de una extremidad. Esto es importante al considerar los servicios educativos que requieren los estudiantes que pertenecen a todos los niveles de escolarización y las modalidades educativas (las cuales son: Presencial, a distancia y mixta).

En el caso de las limitaciones es menester considerar que tal obstáculo puede existir por un periodo de tiempo, pero desaparecer en una etapa definida de la vida del individuo tal como pasa con las personas que viven con Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad (TDAH) quienes pueden presentar tal circunstancia en la infancia y la adolescencia, y sin embargo, esta condición puede remitir durante la adultez (Andrade, 2014). O bien puede prevalecer durante este periodo vital (Muñoz, s.f).

La condición de discapacidad/limitación convive en la sociedad de manera cotidiana. Según el INEGI (2018), y tal como se puede observar en la Figura 3, a nivel estatal la mayor población con discapacidad se concentra en el Estado de México (968 mil) seguidos por Veracruz (674 mil), Jalisco (545 mil), Ciudad de México (469 mil) y Michoacán (401 mil). Ya que la distribución geográfica de la población con discapacidad es distinta en cada uno de los estados, las políticas públicas enfocadas en estas poblaciones pueden variar. En el caso de las limitaciones, tal como se observa en la Figura 3, en el Estado de México habitan cerca de 3 millones personas seguidos por Veracruz (1.7 millones), Jalisco (1.3 millones), Ciudad de México (1 millón) y Puebla (900 mil).

Figura 3. Los 10 Estados con mayor número de población con Discapacidad



Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

Figura 4. Distribución geográfica de los 10 Estados con mayor número de población con Discapacidad



Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

Figura 5. Los 10 Estados con mayor número de población con Limitación



Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

Figura 6. Distribución geográfica de los 10 Estados con mayor número de población con limitación



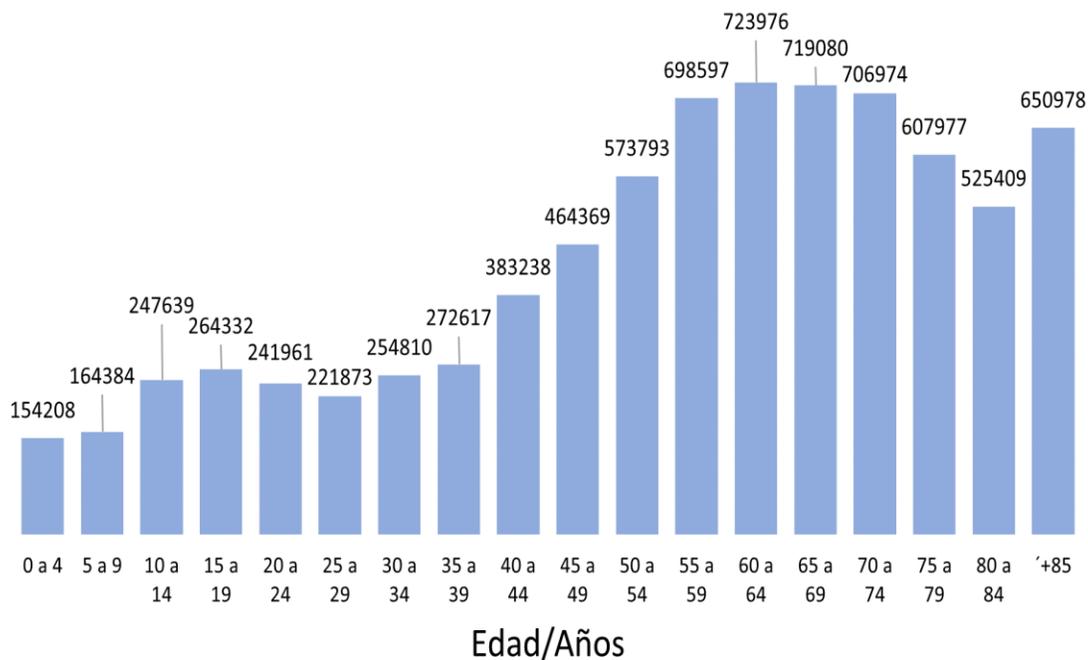
Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

Las figuras anteriores demuestran que siete estados concentran una gran cantidad de personas con discapacidad y con limitaciones en la actividad. Por personas con discapacidad, dichas entidades federativas concentran un 47.5% mientras que de individuos con limitaciones en la actividad representan un 49.8% del total respectivo en todo el país.

En lo que respecta a la edad de la población en condición de discapacidad, es notorio considerar que pueden variar según los años vividos de los individuos. La población con 60 a 64 años encabeza el mayor número de personas con discapacidad con 720 mil personas seguido de 65 a 69 (719 mil), 70 a 74 (706 mil) y 55 a 59 (698 mil) [véase Figura 7].

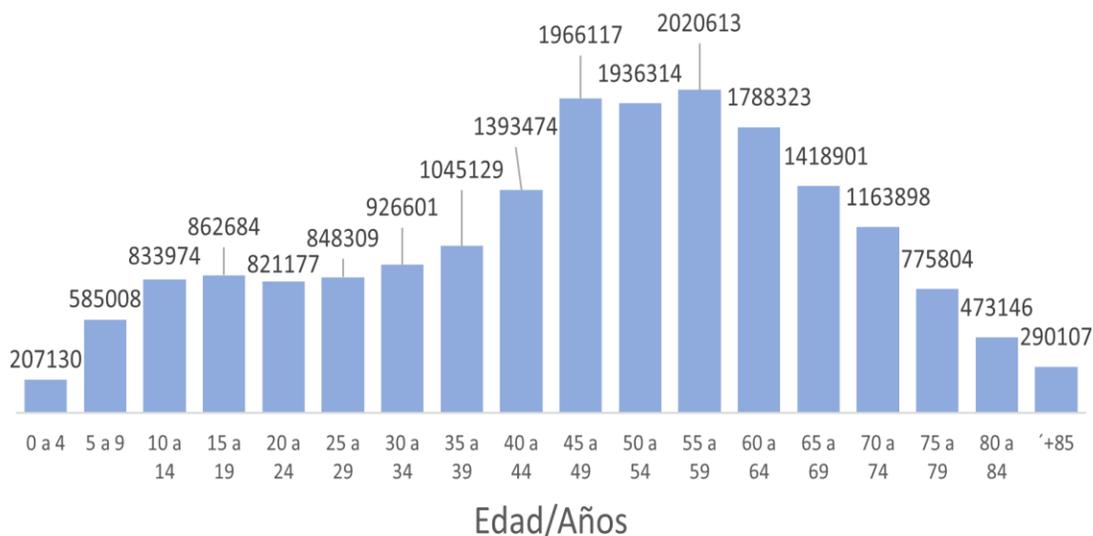
Cabe mencionar que la población infantil que presenta condición de discapacidad es posible que ésta sea de nacimiento o por accidentes en sus primeros años. Por otro lado, las discapacidades de los individuos parecen aumentar con el paso de los años propio de la vida laboral o del envejecimiento.

Figura 7. Población por edad quinquenal con discapacidad



Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

Figura 8. Población con limitación por edad quinquenal



Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos. Consultado: 30 de agosto de 2020.

Del lado de las personas con limitaciones en la actividad, claro está que la mayoría se concentra entre los 55 a los 59 años siendo 2 millones 20 mil seguidas de aquellos entre 45 y 49 años (1 millón 960 mil), 50 a 54 años (1 millón 930 mil), 60 a 64 años (1 millón 780 mil) y 65 a 69 años (1 millón 410 mil).

A igual que los resultados de discapacidad, las personas con limitaciones en la actividad van incrementando conforme la edad de la población aumenta y ciertamente la población más joven resulta afectada por estas circunstancias dentro de su vida laboral lo que reduce su desarrollo profesional.

Con esta radiografía geográfica de la condición de discapacidad en México es más fácil comprender que la población mexicana distingue variadas formas en cómo se viven

los obstáculos tanto en la comunidad, la familia o la escuela y que éstas afectan sin importar edad o sexo.

Es importante recordar que existen dos tipos de discapacidades: las discapacidades (graves o severas) y limitaciones (discapacidades leves o moderadas). Éstas últimas son de un interés mayor para esta investigación ya que más adelante en el estudio nos centraremos en un sujeto que cumple los criterios anteriormente descritos para que se le considere como una persona con limitaciones en la actividad.

No debemos olvidar que la discapacidad se encuentra envuelta en una dimensión donde las personas que la experimentan, o quienes viven alrededor de ella, guardan un silencio que lleva a la marginación y a la exclusión y que se estudiará en el apartado siguiente.

1.2 La Educación Especial e Inclusiva

La Educación Especial e Inclusiva son dos conceptos separados que envuelven dinámicas sociales-políticas diferentes, son dos percepciones distintas de un problema similar: la Educación. Cada uno de ellos se refiere a ámbitos que podrían considerarse separados, pues uno no afecta al otro en un estricto sentido, pero que van de la mano, pues uno sigue al otro.

La Educación Especial, para dar inicio, es un “conjunto de procesos orientados a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todo el alumnado”, es decir, es la Educación encargada de considerar las circunstancias de los individuos (en condición de discapacidad y/o con aptitudes sobresalientes) ya que se encomienda al desarrollo de los individuos considerando sus condiciones, necesidades, intereses y potencialidades (Jalisco, 2019).

De este modo, la Educación Especial es un concepto que plantea una visión que extienda la cantidad de herramientas que tienen los responsables de la enseñanza y el desarrollo de las personas para contrarrestar aquellos obstáculos que impiden que el aprendizaje del estudiante se dé.

Por otro lado, la Educación Inclusiva se entiende como “la implantación de estrategias claras y puntuales para que nadie quede excluido de los procesos de formación” (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2011a).

Esto se señala en la primera sección del Diario Oficial de la Federación (2011) como que el Estado mexicano, mediante la SEP “debe plantear procedimientos de integración e inclusión educativas hacia las personas con discapacidad o con aptitudes sobresalientes “mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos” (Apartado de la SEP del Diario Oficial de la Federación, 2011, p. 3).

Mientras la Educación Especial es la encargada de adaptar los procesos formativos a las condiciones en las que se encuentra el alumnado en condición de discapacidad y/o con aptitudes sobresalientes, la Educación Inclusiva busca integrarlos a los procesos con los demás integrantes de los entornos educativos.

Resulta pertinente enfatizar que las discapacidades y las limitaciones no son los únicos objetos de estudio que atañen a las y los profesionales que se dedican a promover la Educación Especial e Inclusiva pues a lo largo del tiempo se han ido reconociendo y estudiando otras circunstancias generadoras de discapacidad, las cuales, según García (2019) pueden ser: Lingüísticas (no saber español), Económicas (bajos recursos económicos), Étnicas (pertenencia a algún grupo indígena y/o afrodescendientes), Pernoctación en las calles, Dificultades durante el embarazo y el parto (tanto antes como después de éste; entre los cuales destacan el consumo de sustancias psicoactivas y psico-depresoras por parte de la madre, la contaminación ambiental, los múltiples tipos de violencia física, psicológica, sexual, económica, médica y obstétrica de los que la madre es víctima potencial, el sufrimiento fetal y la hipoxia neonatal al momento de nacer, y la depresión postparto, etc.). Participación o recepción de actos de violencia en general, Presencia en situaciones de crisis ambiental; tales como terremotos, maremotos, incendios, etc. Presencia de trastornos psiquiátricos tales como conductas asociadas al suicidio, esquizofrenia, algunos cuadros de epilepsia que dificultan la buena cohesión de la sociedad y de todos sus integrantes.

Debido a lo anterior, no se debe considerar que solo la discapacidad y/o las aptitudes sobresalientes son un enfoque único, al contrario, estas dos categorías forman

parte de un grupo más amplio. Al respecto, la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (la cual se citará en lo consiguiente como UDEEI) refiere que entre las variables de diversidad que suelen ser consideradas para la exclusión del individuo en los procesos de formación se encuentran:

- Capacidades
- Aptitudes
- Salud física y mental
- Condición orgánica y sensorial
- Género
- Origen étnico
- Lengua
- Religión
- Condición socioeconómica
- Orientación sexual
- Formas de convivencia
- Otros

Lo que lleva a considerar de forma orientativa más no limitativa las siguientes poblaciones prioritarias, es decir, grupos generales que experimentan la exclusión o limitación en sus procesos de aprendizaje (SEP, 2015):

1. Situación de enfermedad
2. Capacidades y aptitudes sobresalientes
3. Migrantes
4. Discapacidad
5. Indígenas
6. Talentos específicos
7. Situación de calle

La relevancia de este movimiento, tal como se observa en la Tabla 3, se enfoca en favorecer la atención en los planteles de educación básica sin limitar u obstaculizar el acceso a modalidades diversas de Educación Especial.

La Educación Especial de este modo es la que garantiza que los individuos en condiciones específicas puedan recibir el enfoque adecuado y las herramientas necesarias para desarrollarse en contextos familiares, comunales y áulicos, este último permite su integración (Educación Inclusiva) en planteles de educación básica regular mediante la implementación de técnicas y materiales específicos según sus necesidades de aprendizaje y desarrollo sin limitar su acceso a variadas opciones de Educación Especial.

Ahora bien, se ha mencionado en las definiciones los términos barreras/obstáculos ¿qué son? ¿Cómo se manifiestan en la vida del individuo y en la sociedad? En el siguiente apartado se analizarán las ahora conocidas Barreras para el aprendizaje y la participación.

Tabla 3. La Educación Inclusiva

Es un proceso que:	<ul style="list-style-type: none"> • Detona un movimiento permanente y sostenido de políticas, culturas y prácticas para satisfacer las necesidades educativas de todos los alumnos y las alumnas. • Involucra el desarrollo de las escuelas, tanto de sus docentes como del alumnado.
Implica identificar y eliminar barreras de los contextos (escolar, áulico, sociofamiliar)	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere, como punto de partida, de la realización de un análisis, evaluación y sistematización de información, para reconocer aquellas situaciones o condiciones que limitan el aprendizaje y la participación del alumnado. • Una vez que éstas han sido identificadas, se asume el diseño de una planeación creativa y estratégica para eliminarlas o minimizarlas y evitar así, la presencia de cualquier tipo de discriminación o exclusión. • Se sirve de la planeación estratégica con la cual se impulsan iniciativas en la escuela y en el aula, para fortalecer el aprendizaje y la participación de todos sus alumnos y alumnas, así como de los propios docentes y de las familias. • Implica reestructurar la cultura, las políticas y las prácticas de las escuelas para posibilitar la atención del alumnado en su diversidad.
Impulsa a la participación	<ul style="list-style-type: none"> • Alude a la necesidad de que todos los alumnos y las alumnas, sea cual sea su condición, se eduquen juntos en la escuela de su comunidad y participen, sin discriminaciones, del currículo y de las actividades educativas.
Tiene centralidad	<ul style="list-style-type: none"> • Implica reconocer a la escuela como un lugar idóneo donde los alumnos y las alumnas simultáneamente aprenden la cultura, aprenden con otros y aprenden consigo mismos.

en el aprendizaje

- Exige experiencias de aprendizaje de calidad, por lo que la escuela promueve en el alumnado altos niveles de logros educativos.
 - Pone una atención especial en aquellos grupos en condición de vulnerabilidad, en peligro de ser marginados, excluidos o con riesgo de no alcanzar la satisfacción de sus necesidades básicas de aprendizaje.
 - Implica la responsabilidad profesional de todos los docentes y directivos para realizar el seguimiento de sus logros, así como las acciones necesarias para garantizar su asistencia, participación y egreso exitoso de la educación básica.
-

Fuente: Extraído de SEP. (Septiembre de 2011a). Centro Digital de Recursos de Educación Especial. Recuperado el 29 de Agosto de 2019, de Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial: http://ripei.org/work/documentos/masee_2011.pdf.

1.2.1 Barreras del aprendizaje y la participación

Booth y Ainscow (2000; citados en López-Vélez, 2018) establecen una nueva conceptualización de las barreras/obstáculos que cualquier miembro de la comunidad educativa puede experimentar. En dicha investigación se les denomina como barreras y éstas afectan la presencia, el aprendizaje, la participación o el logro (López-Vélez, 2018, p. 21).

El concepto barreras para el aprendizaje y la participación se adopta bajo la idea de cambiar el pensamiento del individuo como barrera a determinar todos aquellos factores (auténticos obstáculos) que impiden que la persona sea incluida en los procesos educativos (SEP, 2011c: pp. 27-42). De esta forma se entiende que las circunstancias, por ejemplo las discapacidades, no pueden ser evitadas por los individuos, pero si pueden disminuirse o eliminarse con una postura más abierta e inclusiva de la comunidad en donde se presentan.

Las barreras para el aprendizaje y la participación, como se les conoce en la actualidad y como se muestra en la Figura 9, se forman y evalúan dentro de cada posible factor capaz de impedir el libre desarrollo de los individuos. Esto nos lleva a identificar de manera directa y a primera vista que entre los factores más comunes donde se generan las barreras son las Personas (también entendido como toda relación humana que hay entre individuos y su comunidad); Políticas (que contempla a todo reglamento, ley, decretos, etcétera que impida el pleno ejercicio de los derechos); Instituciones

(quienes deben adaptar sus prácticas para fomentar todo tipo de acciones que socorran a los individuos y su acceso completo y disponible de herramientas, instalaciones, materiales o guía para el alcance de los objetivos personales e institucionales); Culturas (se refiere a las percepciones sociales que se comparten y pueden ser un impedimento cuando estigmatizan las circunstancias de los individuos que las experimentan, formas de pensar que orillan a los individuos a situaciones de exclusión); Circunstancias Sociales o Económicas (son las condiciones que rodean al individuo y que en cierta forma restringen o impiden su pleno desarrollo).

Figura 9. Factores en donde se manifiestan las Barreras para el aprendizaje y la participación



Creado a partir de SEP. (Septiembre de 2011a). Centro Digital de Recursos de Educación Especial. Recuperado el 29 de Agosto de 2019, de Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial: http://ripei.org/work/documentos/masee_2011.pdf.

La idea principal es considerar que las barreras pueden eliminarse o disminuirse lo que abre un amplio abanico de posibilidades para la participación de las personas con

discapacidad en igualdad de condiciones, en los ámbitos de la vida civil, política, económica, social y cultural, así como su posibilidad de contribuir exitosamente con sus conocimientos, habilidades y talentos (SEP, 2011a, p. 30). De modo que la superación de las barreras requiere una postura socialmente abierta que considere al sujeto receptor y no causa de los obstáculos que le impiden aprender y participar de manera activa en su propio proceso de aprendizaje.

Lo anterior lleva a plantear las diferencias y dificultades particulares o comunitarias que enfrentan las personas en condición de discapacidad. A su vez, para disminuir o eliminar las barreras que llevan a la exclusión y la marginación hay que poner un énfasis en aquellos aspectos a mejorar tanto centros educativos y aulas, en las políticas considerando las culturas que promueven los estigmas o disminuyen la importancia de los problemas y las prácticas para modificarlas por otras que permitan dar paso a circunstancias más inclusivas.

Un buen ejemplo se encuentra en el trabajo de Zárate, Rodríguez y Zárate (2015; citadas en García, Aquino, Izquierdo y Santiago, 2015) el cual determinó, de forma cualitativa, el nivel de conocimientos que tenían los docentes de la Universidad Autónoma de Sinaloa sobre las barreras en la participación que enfrenta la población estudiantil con discapacidad y con limitaciones en la actividad, y estas autoras concluyeron que el nivel de conocimiento que presentaban estos docentes aun no era suficiente para atender la influencia que estas barreras ejercían sobre las experiencias de aprendizaje y participación de la población estudiantil que presentaba discapacidad y limitaciones en la participación. Además, esta publicación considera necesario evaluar las oportunidades para "...identificar factores determinantes que no favorecen y que facilitan la implementación de tal política, y en especial aquellos que se encuentran en el sector educativo, como son los factores físicos o ambientales (geográficos y de arquitectura), asistenciales (proceso de enseñanza) y emocionales (relacionadas con las actitudes y percepciones)" (García, Aquino, Izquierdo y Santiago, 2015, p. 84) dotando de realidad aquellos obstáculos que de manera cotidiana pueden pasar desapercibidos.

Asimismo podemos encontrar categorías distintas de barreras, donde destaca la clasificación que proponen Corrales, Soto y Villafañe (2016) la cual destaca por su puntualidad y certeza y se describe a continuación:

- a) Barreras de acceso. Se refiere a todos aquellos obstáculos generados por la infraestructura y que dificultan la movilidad de los individuos en sus diferentes actividades cotidianas. Entre ellos podemos encontrar ascensores, rampas, acceso a salones o baños, señalética, espacios adaptados a necesidades especiales (laboratorios, aulas, bibliotecas), entre otros similares. Esto también puede considerar aquellos espacios que rodean la arquitectura tales como calles o veredas, aunque estas puedan ser responsabilidad ajena a las instituciones.
- b) Barreras para el aprendizaje. Se indica sobre todo las dificultades que se vinculan a los procesos de enseñanza-aprendizaje tales como preparación del profesorado para el uso de metodologías de educación inclusiva, evaluaciones, materiales de estudio o los recursos tecnológicos disponibles para realizar las actividades académicas cotidianas.
- c) Barreras de gestión institucional. Este aspecto se refiere a todas las actividades que realizan las instituciones para apoyar a las personas en condición de discapacidad. Entre ellas están los apoyos financieros, los controles administrativos especializados, la continuidad o implementación de nuevos servicios, programas de capacitación institucional, etcétera.

Estas barreras son experimentadas de manera distinta por cada individuo por lo que se debe de analizar con sumo detenimiento las necesidades de todos los individuos para brindar una serie de opciones que contrarresten pues de nada sirve implementar una solución que no es aplicable a discapacidades de naturaleza distinta (un ejemplo muy notorio es el caso visual del auditivo puesto que una herramienta visual no funciona o dificulta en extremo el acceso a la información como es el caso de la plataforma de comunicación entre estudiantes y profesores denominada *Infoda* (p. 18) o los tiempos de entrega de trabajos ya que una discapacidad motora puede complicar la creación de las tareas y su posterior presentación.

En fin, en materia educativa lo que se busca es que las personas tengan “un desempeño académico equitativo, evitando así la desatención, deserción, rezago o discriminación” (DOF, 2018) todo ello por medio de identificar y disminuir o eliminar las barreras que el medio impone a los individuos y que, sin duda, pueden ser estudiadas y combatidas de maneras específicas.

Hasta este momento, se puede identificar que las barreras permiten evaluar lo que impide que los individuos logren su proceso de aprendizaje y lleva considerar, al mismo tiempo, sus posibles soluciones. Simultáneamente, trae una nueva pregunta sobre su importancia histórica ¿siempre pensamos y solucionamos las barreras de la misma manera? ¿Cómo fue la evolución de las prácticas de la Educación Especial e inclusiva en México? ¿Cómo se configuró y construyó el sistema educativo que se ha establecido y que hoy la experimentan los mexicanos?

1.2.2 México: historia de su Educación Especial e Inclusiva

En nuestro país, la Educación Especial tiene una historia que se remonta a mediados del siglo XIX cuando fueron creadas las primeras escuelas para sordos y ciegos. Para principios del siglo XX, en el año de 1915, se funda en Guanajuato la primera escuela encaminada a atender niños con deficiencias mentales y que comenzaría a trabajar con niños y jóvenes con discapacidades. Tiempo después obtendría apoyo de otras instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Orientación para Varones y Niñas, y la Oficina de Coordinación de Educación Especial (SEP, 2006: pp. 7-13).

A finales de 1970 se decreta la creación de la Dirección General de Educación Especial encargada de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación especial y la formación de maestros especialistas. A partir de entonces, este servicio prestó atención a personas con deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales”. Una década después, la Educación Especial se clasificaba en dos modalidades: Servicios Educativos indispensables y Servicios Educativos complementarios. Los primeros (Centros de Intervención Temprana, Escuelas de Educación Especial y Centros de Capacitación de Educación Especial) se dirigían a niños y jóvenes con discapacidad (incluidos aquellos

chicos con discapacidad baja tales como deficiencia mental leve o hipoacúsicos) y trabajaban separados de la educación regular; Los segundos (Centros Psicopedagógicos y los Grupos Integrados A) atendían a alumnas y alumnos inscritos en la educación básica general, que presentaban dificultades de aprendizaje, aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta. Este incluía a los niños que presentaban capacidades y aptitudes sobresalientes (SEP, 2006: pp. 7-8).

Si bien esta remembranza histórica demuestra un gran desarrollo en la creación de instituciones que contribuyeron en la formación dirigida a la Educación Especial, también es cierto que estos progresos se gobernaban con la idea de separar a la población entre personas normales y discapacitados. Esto marcaba una línea invisible que llevaba a la marginación y la exclusión de los individuos.

Lo anterior cambió con la entrada en vigor del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (1993) el cual impulsó la reorientación y reorganización de los servicios de Educación Especial con el fin de combatir la discriminación, la segregación y el etiquetaje que sufrían los niños con discapacidad y que eran separados del resto de la población infantil y de la educación básica general. Esto marca la entrada de una Educación Inclusiva como propuesta educativa en el sistema escolar mexicano.

La Educación Inclusiva es un “proceso educativo que...propicia que todas las personas, especialmente los sectores sociales en desventaja, [desarrollen] al máximo sus potenciales mediante una acción pedagógica diferenciada y [al] establecimiento de condiciones adecuadas a tal diversidad...” (DOF, 2019). Tal proceso busca brindar el respeto a la dignidad humana y a la valoración de la diversidad de pensamiento, de crecimiento regional, de ideas, de religión, de condiciones socioeconómicas, así como la integración a la vida cotidiana de las personas con discapacidad, limitación o aptitudes sobresalientes).

El Acuerdo planteó las bases del sistema que actualmente se aplica en territorio mexicano al reorganizar las funciones y servicios de la Educación Especial que existían hasta aquel momento. Esta reconfiguración se dio de la siguiente manera:

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

En un esfuerzo por actualizar, reorganizar e impulsar a la Educación Especial e Inclusiva una vez más, el gobierno mexicano crea el Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial, mejor conocido como MASEE, en el año 2011 y es el que

actualmente establece los lineamientos para la atención de personas con discapacidad y con limitaciones en la actividad en el país.

Como se puede ver, la historia de la Educación Especial e Inclusiva en México ha empleado el trabajo de varias instituciones (nacionales e internacionales) impulsadas por comprender aquellas discapacidades que el individuo vive y que se ven acentuadas por la sociedad que en su incompreensión no habían garantizado políticas y prácticas adecuadas para su integración en la sociedad.

Si bien todo es importante, en México es claro el destacado papel que tiene el MASEE en la comprensión y ejercicio de las buenas prácticas para la Educación Especial e Inclusiva. De modo que esto nos lleva a estudiar con mayor profundidad su construcción y planteamientos, sus enfoques y sus objetivos que son los objetivos a los que se enfoca la humanidad en materia de derechos humanos, garantizar su educación y permitir el pleno desarrollo de todos los individuos que es, en una última reflexión, el camino a una sociedad democrática.

1.2.3 El modelo MASEE

Surgido en 2011, el Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE) es el esfuerzo por “contar con un sistema educativo de calidad, equitativo, transparente y democrático...[es] la construcción de una escuela pública caracterizada por la calidad, la inclusión y la seguridad, donde se generen nuevas formas de gestión y se tomen decisiones en conjunto para hacer de cada plantel, un modelo a escala de la educación y de la sociedad que queremos” (SEP, 2011a, p. 9)

Este modelo parte de tres supuestos indispensables, los cuales también se pueden observar en la Figura 10:

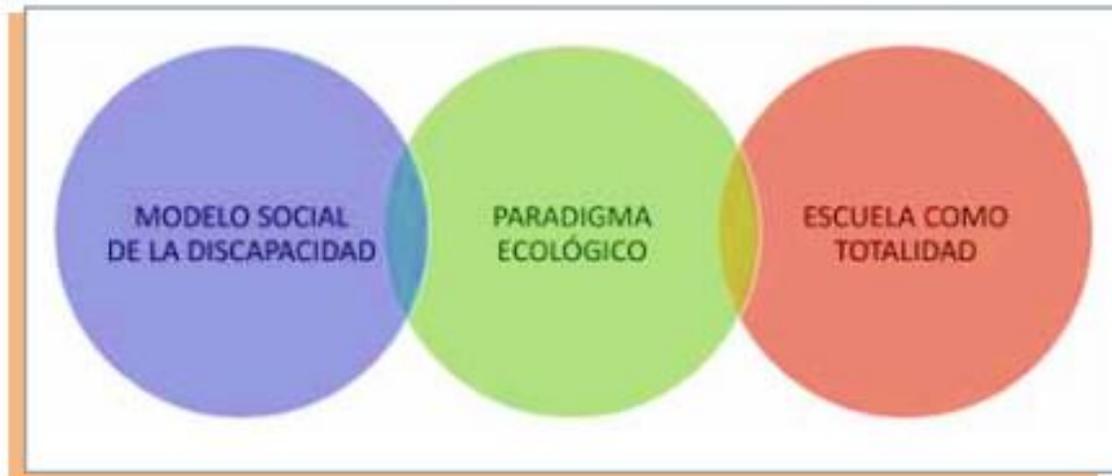
1. **Modelo Social de la Discapacidad.** Este supuesto parte de la idea de que la discapacidad es tal debido a las diversas barreras (económicas, políticas y sociales) construidas en los contextos y no inherentes a la persona. Propone la condición de accesibilidad universal como medio para el goce y ejercicio de todos los derechos.

2. **Paradigma Ecológico.** Se refiere a la explicación de la interrelación de los tres pilares fundamentales de la educación: Escuela, aula, social-familiar; con el fin de desarrollar un análisis-lectura de los contextos para detonar y/o adaptar procesos educativos.

3. **Escuela como Totalidad.** Explica la escuela desde su función social, cultural y como garante de la inserción de los sujetos en la sociedad. Todo ello a través de la búsqueda de las máximas aspiraciones sociales:

- a. Fundamentar la democracia,
- b. Estimular el desarrollo de la personalidad del sujeto,
- c. Difundir e incrementar el conocimiento y la cultura en general y
- d. Garantizar la inserción de los sujetos en la sociedad. (SEP, 2011a: pp. 69-84)

Figura 10. Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE)



Fuente: SEP. (Septiembre de 2011a). *Centro Digital de Recursos de Educación Especial*. Recuperado el 29 de Agosto de 2019, de Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial: http://ripei.org/work/documentos/masee_2011.pdf

El MASEE es “una mirada hacia la construcción de espacios escolares bajo los principios de la Educación Inclusiva...que aspira a hacer accesible, en cada espacio escolar, un mundo sensible y común para todos los alumnos y las alumnas sea cual fuere su condición física, lingüística, social, económica, regional, cultural” (SEP, 2011a, p. 40).

Este modelo de trabajo educativo contempla la filosofía de los principios que deberán regir para un buen perfeccionamiento de las actividades educativas en todos los entornos que se pueda encontrar el individuo. Claro es que el MASEE es la guía que se materializa en las diferentes instancias y programas que se ofrecerán a la sociedad para permitir el crecimiento de los individuos. Estos servicios pueden dividirse en servicios de apoyo, servicios escolarizados y servicios de orientación entre los que se encuentran:

- 1) La Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (USAER)
- 2) La Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI)
- 3) Centros de Atención Múltiple (CAM)

4) Los Centros de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE)

Todos los modelos pasan del papel a tener forma de instituciones. El MASEE no es la excepción por lo que se dará un recorrido ligero pero completo sobre estos servicios que ofrece el Estado mexicano a favor de una población con necesidades educativas delineadas y específicas.

Por propósitos investigativos solo se estudiarán los tres primeros servicios ya que estos se encuentran inmersos a las dinámicas que se estudiarán más adelante en el estudio de caso. Lo anterior sin dejar de reconocer el papel tan importante de los CRIE al recopilar información que los demás servicios pueden ocupar para mejorar sus procesos, orientar a las familias y docentes que viven una nueva experiencia educativa.

1.2.3.1 Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular

USAER

La Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) “es una intervención orientada a la mejora de los contextos para reestructurar su cultura, sus políticas y sus prácticas hacia la disminución o eliminación de las barreras para el aprendizaje y la participación.” (SEP, 2011b, p. 24).

De modo que podemos considerar que la USAER es “un servicio de apoyo no escolarizado... [se organiza] en: asesoría, acompañamiento y orientación en la escuela en el aula y con las familias, diseño y desarrollo de estrategias diversificadas y específicas para los alumnos que enfrentan barreras para participar y aprender prioritariamente para los alumnos con discapacidad, trastornos del neurodesarrollo y aquellos con aptitudes sobresalientes” (Servicios Educativos Integrados al Estado de México, 2019a, pp. 23-25).

Sus horarios de funcionamiento se determinan de acuerdo con las necesidades de los servicios y puede ser de 8:00 a 12:30 o de 8:00 a 13:00 hrs., según sea el caso.

Se les reconoce como servicio de apoyo debido a que son una extensión de las instancias educativas encargadas de garantizar la educación de calidad que preste especial atención a la población estudiantil en condición de discapacidad, con riesgo de

ser excluidos, marginados o que estén próximos a abandonar su proceso de escolarización a nivel Educación Básica (primaria, secundaria).

La intención de estos servicios es favorecer los contextos normalizadores en las escuelas regulares de educación básica por medio de adecuaciones, es decir, acciones definidas que disminuyan o eliminen las barreras de aprendizaje y participación del estudiantado para lograr el éxito en la escuela y en la vida. Esto debe facilitar a los infantes con necesidades educativas especiales asistir, convivir y aprender en un sistema inclusivo y bajo un currículo común junto a sus demás compañeros (SEP, 2018, p. 85).

El USAER tiene facultades para realizar intervención dentro 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 la convivencia.

Su razón de ser y su quehacer se sintetizan en garantizar, en corresponsabilidad con la escuela regular, el derecho a recibir una educación de calidad, prestando especial atención a la población en condición de discapacidad y a aquellos en riesgo de ser excluidos, marginados o de abandonar su proceso de escolarización, por falta de adecuación de los contextos a sus necesidades de aprendizaje.

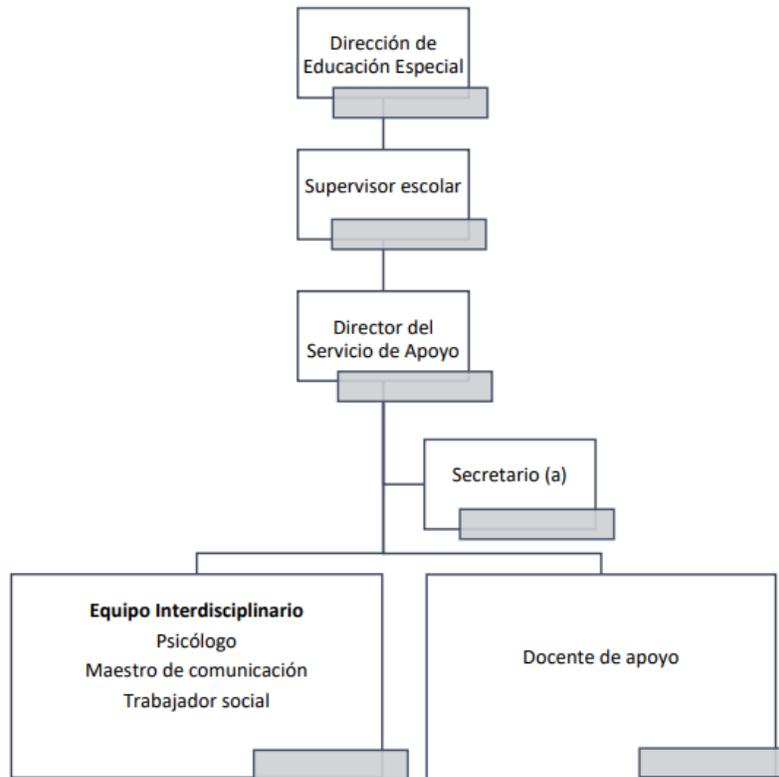
El trabajo del USAER se conforma por dos tipos de servicios:

- a) El servicio de apoyo regular está conformado por un docente especialista asignado de manera permanente a la escuela de educación básica (primaria o secundaria) para brindar la atención y un equipo interdisciplinario que funciona visitando las escuelas que integran el servicio de apoyo, agendando visitas durante el mes de acuerdo a las necesidades demandadas en cada centro escolar. El servicio de apoyo regular está conformado por un director, un docente especialista por cada escuela y un equipo interdisciplinario (psicólogo y maestro de comunicación) por cada cuatro escuelas, además cuenta con un trabajador

social y un secretario para todo el servicio. El cual depende técnica, pedagógica y administrativamente de la Dirección de Educación Especial.

b) El servicio de apoyo itinerante, está conformado por un docente especialista, que visita hasta dos escuelas regulares para brindar la atención y un equipo interdisciplinario que atiende hasta cuatro escuelas regulares, organizando sus días de atención a las escuelas de manera equitativa cada mes. La estructura organizativa de este servicio está conformada por un docente especialista itinerante y un equipo interdisciplinario (psicólogo y maestro de comunicación). Este servicio depende técnica, pedagógica y administrativamente de la Dirección de Educación Especial (SEGEY, 2019, p. 3).

Figura 11. Estructura del Servicio de apoyo



Fuente: SEGEY. (Noviembre de 2019). Educación Especial Servicio de Apoyo Manual de Operatividad. Obtenido de Gobierno de Yucatán: http://www.educacion.yucatan.gob.mx/multimedia/publicaciones/200327_ManualUSAER.pdf

Los servicios de apoyo regular en educación especial, proporcionan acompañamiento hasta 8 escuelas de educación básica que comparten una misma zona o región geográfica. En la modalidad itinerante de hasta cuatro escuelas como máximo. En la medida de lo posible, el nivel educativo de las escuelas debe ser el mismo.

Del lado del docente de apoyo éste solo puede atender hasta 25 alumnos con necesidades educativas específicas a través de las siguientes modalidades:

- 1) Atención Grupal: con el fin de que todos los alumnos del grupo participen en las actividades (compartiendo materiales, tareas, tiempo e indicaciones), el docente de apoyo proporciona al docente de grupo regular orientación para transformar el trabajo dentro del aula en prácticas inclusivas que minimicen o eliminen las barreras

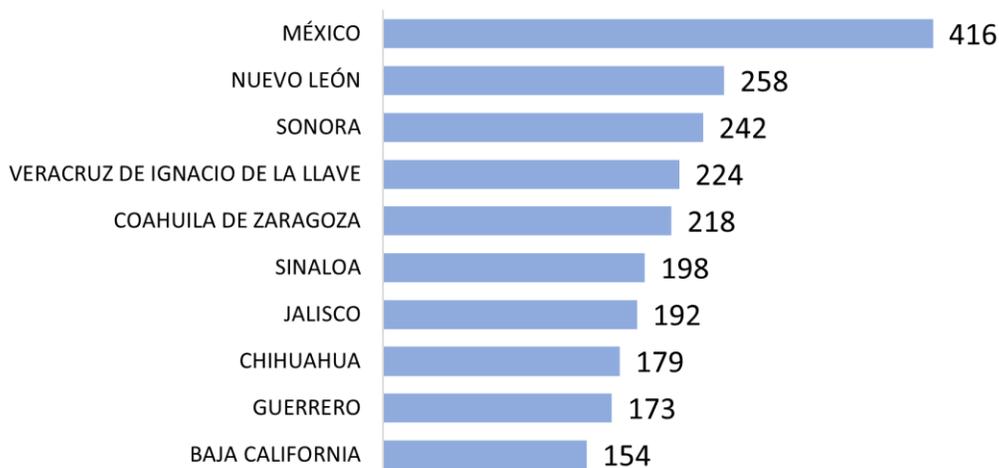
para el aprendizaje y la participación de los alumnos con necesidades educativas específicas. Incluso el docente de apoyo puede entrar a trabajar con los alumnos o apoyar al profesor para garantizar la implementación de lo planeado sin reemplazar la atención del titular del grupo.

- 2) Atención en subgrupos: Aquí el docente de apoyo trabaja al mismo tiempo con dos o más alumnos que compartan características comunes dentro del aula regular o de apoyo; en el caso del equipo multidisciplinario, éste debe conformar subgrupos por características y necesidades para trabajar las habilidades correspondientes de su área. Este tipo de atención no sustituye el trabajo de los alumnos dentro del grupo.
- 3) Atención Individual: Cada especialista se organiza para trabajar por tiempos lo que el alumno requiere para superar sus desafíos y mejorar sus habilidades. Para recibir este tipo de atención, se debe considerar si se desvía notablemente del nivel de su grupo y requiere una planeación individualizada. Este tipo de atención no implica necesariamente, que los alumnos no trabajen dentro de su grupo escolar, sino que se considera un tiempo más para trabajar cuestiones específicas en el aula de apoyo.

El servicio de apoyo brinda atención directa a los alumnos, sobre todo cuando se trata de implementar estrategias relacionadas con la compensación a la discapacidad (como podría ser la implementación de metodologías específicas, estrategias conductuales específicas, entre otras).

Finalmente es necesario indicar que, según la SEP, en el año 2017 el Estado de México encabeza como la demarcación territorial que cuenta con un mayor número de USAER en su territorio, atendiendo a un total de 7 mil 900 escuelas a nivel primaria.

Figura 12. Diez Estados con mayor presencia de USAER



Catálogo de Centros de Trabajo 2017. SEP [base de datos]. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/catalogo-de-centros-de-trabajo-2017>. Consulta: 10 de noviembre de 2019.

1.3.2.2 Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva

UDEEI

La Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI) es un servicio especializado dirigido a la educación básica con alumnos con discapacidad, capacidades y aptitudes sobresalientes y/o talentos específicos, indígenas, migrantes, personas en situación de calle y/o en situación de enfermedad. A diferencia el USAER se plantea como una reingeniería en los procesos que se decide incorporar, como primer gran cambio, los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar.

Claramente el propósito de esta nueva unidad es “contribuir a una educación que garantice la igualdad de oportunidades, la equidad para la universalización de la cobertura en el Distrito Federal [ahora Ciudad de México], una auténtica accesibilidad educativa con calidad que atienda la deuda social de la escuela pública con los grupos en situación de vulnerabilidad...una educación que consolide una sociedad democrática y garantice la libertad y la justicia para todas y todos” (SEP, 2015, p. 7).

El UDEEI, en contraste con el modelo del USAER, se considera un servicio especializado y no un servicio de apoyo. Asimismo enfoca sus esfuerzos por tener un

mayor alcance a las escuelas, para ello modificó su estructura organizativa reduciendo a un maestro especialista por escuela de educación básica (esto permite a ampliar el alcance de escuelas) y, a su vez, aumenta a la educación básica aquellas áreas enfocadas a preescolar, situación que el USAER no hacía (Macías y Bernal, 2015, p. 48).

Por otra parte, los análisis para reconocer a la población en situación de riesgo cambian, así como la manera en cómo se interviene en el aprendizaje y los reportes y avances de dichas intervenciones. Este aspecto reduce la labor administrativa para permitir un mayor enfoque en la intervención ya que reduce la periodicidad de los reportes de ser bimestrales y uno final a solo un reporte intermedio y uno final.

En estos centros de trabajo se conforman de “un director o directora, un apoyo administrativo y 7 u 8 maestras o maestros especialistas; cada uno de ellos, asignado a una escuela”; Además de un equipo de psicólogos, maestros de comunicación y trabajadores sociales que permiten “analizar los aspectos psicológicos, sociales, comunitarios, culturales y lingüísticos” del cuerpo estudiantil (SEP, 2015: p. 16).

Dado que hasta el día de hoy la Ciudad de México es la única entidad con servicios de UDEEI, es la única entidad que reporta datos sobre ellas indicando que cuenta con 514 que brindan apoyo a 3 mil 300 escuelas primarias registradas (SEP, 2019).

1.3.2.3 Centro de Atención Múltiple CAM

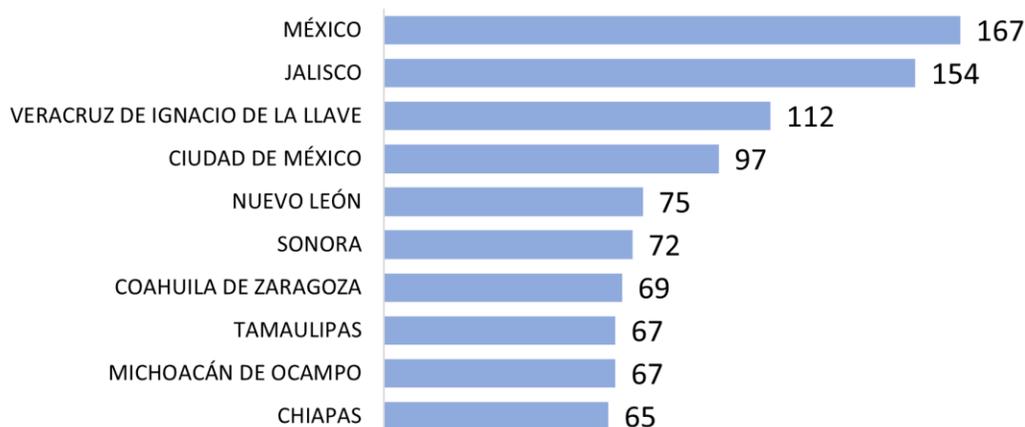
El Centro de Atención Múltiple (CAM) “es un servicio escolarizado” dirigido a niñas, niños y jóvenes con discapacidad intelectual, visual, auditiva o motriz; discapacidad múltiple o trastornos graves del desarrollo (SEP, 2011a: p. 87).

En estos centros de trabajo se ofrece distintos niveles de formación:

1. Educación Inicial y Básica (preescolar, primaria y secundaria) y
2. Formación para la vida y el trabajo (para alumnos con 15 hasta 22 años de edad).

Todo ello enfocado a mejorar la calidad de vida y el alcance de la independencia. El CAM también brinda asesorías o talleres, tanto a familiares del alumnado como a personal de educación, que recibe capacitación u orientación.

Figura 13. Diez Estados con mayor presencia de CAM's



Catálogo de Centros de Trabajo 2017. SEP [base de datos]. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/catalogo-de-centros-de-trabajo-2017>. Consulta: 10 de noviembre de 2019.

En todo el territorio nacional existen poco más de mil 700 centros en toda la República y los estados que tienen un mayor acceso a estos centros son [Estado de] México con 167, Jalisco (154), Veracruz (112), Ciudad de México (97) y Nuevo León (75).

Los CAM se estructuran de la siguiente manera:

Figura 14. Estructura Organizativa del Centro de Atención Múltiple



SEP. (Septiembre de 2011a). *Centro Digital de Recursos de Educación Especial*. Recuperado el 29 de Agosto de 2019, de Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial: http://ripei.org/work/documentos/masee_2011.pdf

Previo al inicio del ciclo escolar, el director o directora del CAM, asigna un docente por grupo. Para dicha designación se considera:

- Formación académica del docente.
- Experiencia del docente.
- Cursos de actualización del docente.
- Las características del alumnado (si se requiere atención transitoria [servicio que permita incorporar al alumno en una escuela regular posteriormente] o permanente [servicio educativo que considera la estancia hasta los últimos niveles de formación]).
- Necesidades del servicio (recursos profesionales, humanos, teóricos, metodológicos o didácticos).
- Complejidad de los programas de estudio.

Los CAM-Primaria atiende a los alumnos entre 6 años y 14 años 11 meses de edad. Los grupos se conforman en un rango de 8 a 15 pupilos. Para constituir el grupo se considera:

- 1) Demanda del servicio.
- 2) Edad.
- 3) Resultados de la evaluación inicial realizada por el docente de grupo y el equipo de apoyo.
- 4) Condiciones y particularidades de infraestructura y organización específica del CAM.

Cada grupo de CAM-Primaria tiene asignado un docente responsable del grupo y una niñera especializada que realiza funciones auxiliares determinadas por el docente.

En general, el horario del CAM-Primaria es de tiempo completo (8:00 a 16:00 hrs.); en caso de turnos es de: matutino (8:00 a 12:30 hrs.) y; vespertino (14:00 a 18:30 hrs.).

El desarrollo curricular se fundamenta en el Plan de Estudios y Programas de Estudio vigentes de Educación Básica; la Guía para el Maestro. Educación Básica.

Primaria, de primero a sexto grado o cualquier otro documento similar que determine la autoridad competente.

En cuanto a la organización de la jornada escolar de estos centros educativos, se destina un promedio de treinta minutos diarios a las actividades iniciales, consideradas como aquellas acciones cotidianas sobre temas generales y momentos para la formación de hábitos para la buena salud a través de la higiene y la adecuada alimentación, así como a actividades cívicas conmemorativas o de disciplina general y de grupo, mismas que se desarrollan en el aula o en un espacio donde pueda participar todo el alumnado de la escuela, tales como desayunos escolares, ceremonias cívicas y pase de listas. Éstas son, a la vez, actividades para promover la independencia personal y la convivencia cívica y social.

Para el CAM-Primaria de tiempo completo, se le destina una hora diaria a la alimentación (mediodía). Todo bajo aspectos nutritivos, buenos hábitos alimenticios y autonomía. Seis horas diarias o 30 horas a la semana en los CAM de tiempo completo y cuatro horas diarias o 20 a la semana en los CAM de medio turno-, se destina al desarrollo y fortalecimiento del currículum, con apoyo de la planeación didáctica, de manera estructurada y secuenciada, según el Mapa Curricular de la Educación Básica actual.

Finalmente, se asignan cinco horas a la semana para el desarrollo de talleres pedagógicos mismos que cada CAM determinará en función de las particularidades y necesidades de la población que atiende.

Con la descripción y análisis del Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE) la autora de este trabajo puede concluir que en cuanto a la atención de la educación de las personas y niños con discapacidad que se brinda actualmente en México, México aún se encuentra en una etapa de transición entre los paradigmas médico-rehabilitador (el cual se representa por la filosofía educativa y las estrategias que se proponen para la inserción del alumnado a las escuelas convencionales que predominan en los USAER) y el paradigma social de la discapacidad (el cual se representa por las acciones de evaluación integral de las capacidades de cada alumno que llevan a cabo las UDEEI y los CAM) ya que, como se analizará más adelante

en este trabajo, los USAER estructuran y homologan a sus grupos de estudiantes basándose en el establecimiento de diagnósticos de corte médico, psicológico y psiquiátrico y antes de trabajar con ellos, se espera al establecimiento de dichos diagnósticos, los cuales constituyen evaluaciones psicológicas basadas en la norma, mientras que las evaluaciones integrales de evaluación psicológica que se realizan en las UDEEI y en los CAM se consideran como evaluaciones psicológicas basadas en criterios de ejecución conductual, ya que en estas evaluaciones se determina de manera dinámica lo que los estudiantes pueden y no pueden hacer en el momento específico de tales evaluaciones, para después utilizar los repertorios conductuales que los alumnos ya tiene dominados (lo que pueden hacer) con el fin de originar y potenciar los repertorios conductuales que los alumnos no poseen en ese momento, o que poseen pero que deben ser afinados con el fin de alcanzar los criterios conductuales que se les van a exigir dentro de las escuelas convencionales y/o en los diferentes ambientes laborales.

Para concluir este capítulo, la autora de este trabajo considera fundamental enfatizar nuevamente que si bien el buen diagnóstico clínico de una discapacidad es una herramienta muy útil para mejorar la calidad de vida de una persona que solicita los servicios educativos basados en la inclusión, la obtención de esta herramienta únicamente debe representar un medio para alcanzar el objetivo de la comprensión y superación de las condiciones de discapacidad y limitación de las y los educandos, bajo ninguna circunstancia ética actual la obtención del diagnóstico debe representar el final de la labor de evaluación psicológica, ya que en caso contrario, la obtención de un diagnóstico clínico se convierte en un ejercicio aislado de la búsqueda de bienestar integral por parte del alumno, y ese diagnóstico puede convertirse en un andamiaje para el etiquetaje rígido de las capacidades vitales potenciales de dichos alumnos, tal cual como señalan tanto la American Psychological Association (APA, 2010) y la Sociedad Mexicana de Psicología, a través de su 5° edición del Código Ético del Psicólogo (2010). En el caso de la APA (2010) ésta recomienda que con el fin de evitar el uso de un diagnóstico clínico como una etiqueta y/o un motivo de estigmatización, se recomienda anteponer frases como “Persona con...”, “Persona que vive con...” y “Persona que tiene...” al referirse, de manera oral o escrita, a personas que presenten alguna discapacidad o trastorno psicológico o psiquiátrico. Además de que se deben ponderar

las limitaciones conductuales que presenta la persona con las habilidades que ésta ya tenga en su repertorio conductual o que tenga el potencial de desarrollar a lo largo de su vida (Rappaport, 1977; citado en APA, 2010). Y por su parte, el Código Ético del Psicólogo establece en su 18° artículo que los datos de adaptación, confiabilidad, estandarización e investigación de la validez interna y externa de los instrumentos de evaluación psicológica que se utilicen con poblaciones diversas deben ser sensibles a las variables culturales de esas poblaciones, y que por lo tanto, al contrario de lo que hizo Goddard a principios del siglo XX, no se deben utilizar instrumentos que simplemente se hayan traducido de otros idiomas.

Y finalmente, en el siguiente capítulo se describirán los criterios tanto de corte psiquiátrico como de corte conductual que se utilizan actualmente para diagnosticar la conducta de una persona dentro de la categoría diagnóstica del TDAH ya que autores tales como Muñoz (s.f) señalan que un psicólogo clínico o educativo que sea capaz de diagnosticar de manera integral y correcta un cuadro de TDAH en la infancia tiene una herramienta muy útil para intervenir, e incluso predecir la incidencia de adultos que presenten TDAH, lo cual es fundamental para prevenir desajustes conductuales en entornos laborales, los cuales son cada vez más competitivos y demandantes.

Capítulo 2

Trastorno por Déficit de Atención

2.1 Trastorno del Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

Dentro de las discapacidades y limitaciones en la actividad existen varias categorías y diagnósticos. Uno de ellos es el denominado Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH y TDA) y que se tratará a lo largo de esta investigación. Cabe aclarar que la autora de esta tesis considera que estos dos trastornos son únicamente limitaciones en la actividad, no discapacidades, ya que las personas que viven con ellos pueden ser capaces de adquirir todas las habilidades conductuales, cognitivas y emocionales para desenvolverse dentro de sus respectivas sociedades de referencia sin que otras personas tengan que conocer que alguna vez las personas con TDAH y TDA fueron diagnosticadas con estos trastornos en su pasado, obteniendo acceso a las opciones terapéuticas que se adecuen a sus propios estilos y metas de vida. La autora de este trabajo espera explicar más a profundidad esta aseveración con la información que se encontrará tanto en este capítulo como en el siguiente.

En México, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” define al TDAH como “una condición neuropsiquiátrica...caracterizad[a] por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social” (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” 2010, p. 11). Por su parte la Asociación Psiquiátrica Americana, en conjunto con la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2013) conciben al TDAH como una condición que se presenta en un 10% de la población estadounidense que se encuentra entre los 4 y los 17 años de edad, y que se define como “un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la dificultad para prestar atención, actividad excesiva e impulsividad” (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 2).

Este trastorno afecta la capacidad de las personas para funcionar en múltiples entornos (escolar, familiar y social) y suele ser detectado por maestros, padres o familiares que noten “niveles atípicos de hiperactividad, impulsividad y falta de atención” (Radcliff, 2000, p. 11).

Con el fin de comprender cómo se afecta la capacidad de atención en la población que presenta TDAH, primero se debe definir operacionalmente esta capacidad, la cual se define como la capacidad de los seres humanos para concentrarse en una tarea que se desee completar, la falta de atención, en este sentido, se refiere a la incapacidad de mantener una atención sostenida que permita culminar las tareas que se comienzan, sin distraerse ni olvidar lo que se está haciendo (González, 2008). Este aspecto afecta al sujeto en muchos aspectos ya que esto impide terminar las actividades que comienza a realizar.

Labrador (2016; citado en Useche, 2016) plantea que existen varias teorías que determinan que el TDAH se manifiesta en un niño mediante la incapacidad constante de tomar decisiones, las cuales este autor define como las elecciones que una persona realiza con base en criterios contextuales específicos, “y ese déficit ejecutivo probablemente se debe a que el niño tiene una confusión que no ha logrado resolver” (Labrador; citado en Useche, 2016, p. 277). Además, según este autor, existe una relación entre la aparición del TDAH en un niño con la disfunción familiar que éste vive, debido a que no hay una estructura normativa en la familia que le permita al infante orientar su toma de decisiones.

A continuación, se deben definir los componentes de la hiperactividad y la impulsividad que definen a la entidad nosológica del TDAH. La hiperactividad se refiere al exceso de actividad motora o verbal impropia considerando la situación y edad del individuo; la impulsividad, por su parte, se le relaciona con la incapacidad de inhibir conductas en una situación determinada hasta esperar el momento oportuno (González, 2008, p. 113). Ambas definiciones se encuentran estrechamente relacionadas, por lo que se les considera como manifestaciones simultáneas que llevan a la persona con esta condición a sufrir accidentes constantes, así como a experimentar el rechazo de sus padres, maestros y compañeros.

Con respecto a la descripción de las afectaciones que genera el TDAH en las actividades escolarizadas de la niñez, González y Méndez (2014) señalan que:

Un niño con DAH es un niño cuyo comportamiento difiere del de su grupo etario en cuanto a frecuencia e intensidad de la movilidad y/o

verbalizaciones, a deficiencias en la capacidad de autoconciencia y autorregulación de sus impulsos en aspectos conductuales y cognitivos, lo que genera constantes enfrentamientos y altercados entre ellos y sus pares y mediadores como maestros, vecinos y familiares. A nivel cognitivo el niño presenta deficiencias en procesos básicos como son atención, percepción y discriminación, lo cual conduce a dificultades para el procesamiento de la información y la consecuente lentitud en el aprendizaje, la realización de asignaciones escolares y otras tareas. Todas estas características y el impacto que tienen en el entorno convergen para que estos niños sostengan una emocionalidad alterada, mostrándose irritables, depresivos, culpables y, en ocasiones, agresivos, generando igual malestar emocional en quienes conviven con ellos. (González y Méndez, 201, p. 85)

Puede ser frecuente que los padres, maestros o la comunidad en general perciban que el TDAH es una condición clínica clara y fácil de definir, ya que solamente se suele observar que el estudiante presenta falta de atención sostenida y puede ser hiperactivo, sin embargo dicha percepción debe ser acotada de manera precisa ya que, según Labrador (2016, citado en Useche, 2016) una persona puede presentar únicamente un déficit de atención, presentar únicamente hiperactividad/impulsividad, o también puede presentar déficit de atención en combinación con hiperactividad/impulsividad; es decir que el TDAH suele presentarse en tres modalidades distintas. Cabe aclarar que en todas las investigaciones actuales se analizan la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad en combinación. De esta manera, la APA identifica tres tipos diferentes de manifestaciones sintomatológicas del TDAH:

1. Pacientes con falta de atención (Inatención). Presentan seis (o cinco, en el caso de personas mayores de 17 años) síntomas de manera recurrente:

- a. Presta poca atención a los detalles o realiza pequeños errores, de manera constante, cuando realiza tareas o trabajos escolares.
 - b. Presenta problemas para mantenerse concentrado en las tareas o mientras intenta realizar actividades tales como lecturas y conversaciones de larga duración.
 - c. Parece no ser capaz de escuchar cuando se le habla.
 - d. Tiene dificultades para seguir instrucciones cuando debe hacer actividades complejas, y le cuesta trabajo terminarlos ya que muestra la capacidad de iniciar los proyectos, pero pierde la capacidad de concentración cuando pasa un lapso corto de tiempo.
 - e. Tiene problemas para organizar sus tareas o trabajos, para gestionar el tiempo, cuando el alumno realiza sus tareas, por lo general, presenta trabajos desordenados y desorganizados; suele presentar muchas dificultades para concretar tiempos de entrega.
 - f. Evita o le disgusta tareas que requieren algún tipo de esfuerzo mental prolongado tales como, por ejemplo, preparar reportes o completar formularios.
 - g. Constantemente extravía sus objetos personales, por ejemplo: útiles escolares, libros, llaves, monederos, carteras, teléfonos celulares, lentes. Etc.
 - h. Se distrae con facilidad.
 - i. Olvida las labores diarias como hacer mandados o tareas rutinarias. En el caso de adolescentes mayores o adultos olvidan regresar llamadas, pagar cuentas o asistir a sus citas.
2. Pacientes con Hiperactividad/Impulsividad. Presentan seis (o cinco, en el caso de personas mayores de 17 años) síntomas de manera recurrente:
- a. Se presenta inquieto, toca sus manos o sus pies y se mueve de manera continua mientras está sentado.
 - b. No puede permanecer sentado en un solo lugar.
 - c. Corre o se sube a los muebles.

- d. Presenta muchas dificultades para realizar actividades cuya ejecución requiera el seguimiento de instrucciones concretas.
- e. Se encuentra en continuo movimiento.
- f. Sus intervenciones verbales (es decir, sus diálogos) tienden a tener una duración que resulta socialmente disruptiva para quienes le rodean
- g. Cuando se le pregunta algo, la persona suele dar respuesta antes de que la pregunta señalada sea planteada (en su lugar suele terminar las frases de los demás).
- h. Tiene dificultad para esperar turnos.
- i. Suele cortar las conversaciones, los juegos o las actividades estructuradas o usa las pertenencias de los demás sin el permiso de éstos. En este mismo sentido, cabe enfatizar que los adolescentes mayores y los adultos que presentan hiperactividad suelen tomar el control de lo que otros están haciendo.

3. Pacientes con simultánea manifestación de los cuadros diagnósticos anteriores.

Se estima que, en un salón de 30 alumnos, de 2 a 3 podrían padecer dicho trastorno (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry y American Psychiatric Association [APA], s.f). A nivel Internacional se estima que el 8.4% de infantes padecen TDAH y en México, “es la primera causa de atención psiquiátrica en la población infantil... [y] es el trastorno con mayor uso de cualquier servicio de atención psiquiátrica (44%)” según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Consejo de Salubridad General, s.f). Y al realizar una búsqueda de los correlatos neuropsicológicos del TDA y TDAH, podemos encontrar que dentro del encéfalo de los pacientes que presentan alguna de estas dos condiciones de vida existen diversas anomalías de tipo estructural, entre las cuales se encuentran:

- Baja densidad de materia gris.
- Anormalidades en la estructura de la sustancia blanca.
- Volumen cerebral total más bajo de lo normal.
- Tamaño reducido de algunas partes del cerebro.

- Maduración cortical más lenta de lo normal hasta la vida adulta.
- Reducción del grosor cortical en adultos, especialmente de la red cortical responsable de la atención focalizada. (DACER Rehabilitación Funcional, s.f).

Cabe mencionar que la fundación citada en la cita textual anterior tiene el consenso científico de que el área del encéfalo que tiene un menor ritmo de maduración cortical en las personas con TDA y TDAH es el lóbulo frontal, el cual es el lóbulo encefálico cuyo funcionamiento se asocia con la realización de las funciones ejecutivas de las personas, las cuales son las siguientes:

- La memoria de trabajo; la cual es la memoria que nos permite recordar los eslabones conductuales necesarios para ejecutar conductas más complejas.
- La flexibilidad cognitiva, la cual se define como la capacidad de modificar, o bien las conclusiones que obtenemos del mundo que nos rodea a partir de la asimilación y acomodación de nueva información proveniente de nuestros sentidos, o nuestras acciones a partir de las consecuencias que experimentamos después de realizar dichas acciones.
- La fluidez verbal, la cual se define como la capacidad de expresar mensajes orales con cierto ritmo, entonación, volumen y velocidad, de tal manera que el mensaje que queremos transmitir sea preciso, claro y útil para quienes nos escuchan.
- La velocidad del procesamiento cognitivo de la información que proviene de nuestros sentidos, el cual se puede definir en función del tiempo que tardamos en ejecutar una conducta después de recibir una estimulación ambiental o corporal.
- La planificación, la cual es la función ejecutiva que permite a las personas dividir las conductas complejas en eslabones de conducta más simples y que se relacionan entre si para lograr realizar las mencionadas conductas

complejas, así como asignar a cada eslabón conductual un lapso de tiempo específico para su respectiva puesta en práctica.

- El control inhibitorio, el cual es la función ejecutiva que le permite a las personas retrasar la obtención de un estímulo reforzador apetitivo hasta que logren ejecutar una conducta específica, ya sea ésta simple o compleja.

Además, en una videoconferencia dictada a través de la Academia de Psicología y Salud Mental ADIPA, Núñez (2023) señala que, gracias a las investigaciones científicas más actuales que se realizaron sobre el origen neuropsicológico de estas dos condiciones de vida, el consenso científico que se mencionó anteriormente se ha ampliado y enriquecido ya que en dichas investigaciones se han encontrado afectaciones significativas en más estructuras del encéfalo además de en el lóbulo frontal; y algunas de estas áreas son:

- El núcleo caudado, el cual es una estructura cerebral cuyo funcionamiento se asocia al procesamiento racional de las emociones y a la realización ordenada de las acciones dirigidas a objetivos específicos.
- El hipocampo, el cual es la estructura cerebral cuyo funcionamiento se relaciona principalmente con el adecuado funcionamiento de la memoria a corto, mediano y largo plazo, así como con el sentido de la orientación espacial.
- El putamen, el cual se relaciona, principalmente, con el aprendizaje progresivo de las conductas motoras, así como con el control de los movimientos de los músculos autónomos de nuestro cuerpo.
- El núcleo accumbens, el cual cumple un papel crucial en la motivación de los alumnos, ya que se encarga de la formación y mantenimiento de las relaciones de triple contingencia conductual (estímulo discriminativo-ejecución de una conducta-obtención de un estímulo reforzador).
- La amígdala, la cual es una estructura encefálica que se encarga del procesamiento inicial de las emociones y de la regulación de las conductas de lucha y huida.

Lo que demuestran los datos de los párrafos anteriores es que tanto el TDA como el TDAH tiene un lugar significativo dentro de las limitaciones en la actividad que se encuentran presentes tanto en la sociedad mundial como en la mexicana. Sin embargo, también es importante insistir que, si bien este trastorno afecta el comportamiento, se encuentra completamente ajeno a la inteligencia (Solanas, 2011). En otras palabras, los pacientes con TDAH son capaces de aprender lo mismo que sus compañeros pero requieren una Educación Especial que determine adaptaciones a sus necesidades de aprendizaje. En este sentido los pacientes que manifiestan estas situaciones pueden presentar una quietud extrema o bien carecen de momentos de tranquilidad para enfocar su aprendizaje. Esto determina que la adaptación de los programas educativos juega un papel importante ya que según las circunstancias de cada persona se deberán realizar adecuaciones pertinentes siguiendo ambas pautas.

Para acercarse a un estimado por edad de personas con problemas de aprendizaje según los datos del INEGI (2018) los cuales se muestran en la Tabla 4, se estima que 1 millón 500 mil personas con discapacidad tienen problemas para aprender, recordar o concentrarse (19.12%) mientras que 930 mil presentan problemas emocionales o mentales (11.90%).

Del lado de la población con limitaciones, según lo que se observa en la Tabla 5, se estima que 4 millones 100 mil personas tienen dificultades para aprender, recordar o concentrarse (21.21%); entretanto hay 930 mil que presentan problemas emocionales o mentales (4.85%).

Resulta de interés considerar a las personas que presentan dificultades para aprender, recordar o concentrarse pues éstas tienen conflictos para controlar su aprendizaje debido a la falta de atención o a la existencia de problemas emocionales o mentales que los llevan a tener actos hiperactivos/impulsivos. Cabe señalar que, generalmente, las personas que presentan alguna de las tres modalidades de TDAH antes mencionadas, también viven con la barrera en la participación social que consiste en la falta de representación social ya que asisten a escuelas regulares y conviven con la comunidad sin que necesariamente la sociedad sepa de su condición incluyendo a sus padres o maestros.

Tabla 4. Población con discapacidad por grupo quinquenal de edad, y su porcentaje según actividad con dificultad

Grupo quinquenal de edad	Población con discapacidad	Aprender, recordar o concentrarse		Problemas emocionales o mentales	
		Estimado %	Estimación puntual	Estimado %	Estimación puntual
Estados Unidos Mexicanos	7 877 805	19.12	1 505 929	11.90	937 801
0 a 4 años	154 208	11.69	18 021	19.58	30 192
5 a 9 años	164 384	46.83	76 981	20.27	33 319
10 a 14 años	247 639	40.48	100 233	21.15	52 370
15 a 19 años	264 332	31.87	84 230	27.21	71 916
20 a 24 años	241 961	26.10	63 142	19.84	48 008
25 a 29 años	221 873	25.75	57 124	22.70	50 363
30 a 34 años	254 810	24.03	61 219	20.10	51 213
35 a 39 años	272 617	21.41	58 367	15.55	42 381
40 a 44 años	383 238	17.97	68 862	13.46	51 600
45 a 49 años	464 369	13.76	63 898	11.28	52 383
50 a 54 años	573 793	12.03	69 027	7.30	41 915
55 a 59 años	698 597	11.99	83 752	6.40	44 743
60 a 64 años	723 976	12.29	88 983	7.14	51 672
65 a 69 años	719 080	13.05	93 870	5.92	42 602
70 a 74 años	706 974	14.16	100 109	7.95	56 206
75 a 79 años	607 977	17.27	105 011	8.64	52 503
80 a 84 años	525 409	19.72	103 633	10.99	57 756
85 años y más	650 978	32.08	208 852	16.25	105 811
No especificado	1 590	38.68	615	53.33	848

Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos

Respecto a lo antes dicho es menester indicar que el 60% de los menores que padecen TDAH suelen venir acompañados de otros trastornos tales como “trastornos afectivos, de ansiedad, tics, trastornos de conducta y trastornos del aprendizaje” (Consejo de Salubridad General, s.f). Por lo que no debe considerarse que el TDAH es la causa única de los datos que se indican en las Tablas 4 y 5.

Tabla 5. Población con limitación por grupo quinquenal de edad, y su porcentaje según actividad con dificultad

Grupo quinquenal de edad	Población con limitación	Aprender, recordar o concentrarse		Problemas emocionales o mentales	
		Estimado %	Estimación puntual	Estimado %	Estimación puntual
Estados Unidos Mexicanos	19 360 321	21.21	4 107 141	4.85	938 185
0 a 4 años	207 130	15.17	31 427	6.01	12 453
5 a 9 años	585 008	30.56	178 772	5.59	32 717
10 a 14 años	833 974	28.10	234 327	5.69	47 423
15 a 19 años	862 684	17.68	152 501	5.65	48 763
20 a 24 años	821 177	15.86	130 224	6.31	51 843
25 a 29 años	848 309	18.70	158 657	6.45	54 748
30 a 34 años	926 601	19.09	176 902	6.33	58 678
35 a 39 años	1 045 129	19.90	207 934	6.04	63 116
40 a 44 años	1 393 474	18.56	258 642	5.96	83 110
45 a 49 años	1 966 117	17.23	338 756	3.83	75 298
50 a 54 años	1 936 314	17.75	343 786	4.44	85 966
55 a 59 años	2 020 613	19.45	392 928	3.53	71 353
60 a 64 años	1 788 323	21.49	384 344	3.66	65 536
65 a 69 años	1 418 901	23.67	335 871	3.75	53 254
70 a 74 años	1 163 898	27.01	314 376	4.29	49 953
75 a 79 años	775 804	27.04	209 786	4.26	33 064

80 a 84 años	473 146	33.06	156 419	6.03	28 528
85 años y más	290 107	34.85	101 097	7.65	22 201
No especificado	3 612	10.85	392	5.01	181

Fuente: INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Obtenido de ENADID: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos

2.1.1 Conductas disruptivas y TDAH

Una parte importante del TDAH se ve relacionada con lo que se conoce como conductas disruptiva, lo que Gómez y Cuña (2017) definen como "aquel comportamiento del alumno que interfiere, molesta, interrumpe e impide que el docente lleve a cabo su labor educativa" (Gómez y Cuña, 2017, p. 279) y que se reflejan en conductas tales como: "Atraer la atención; Malos modales; Amenazas; crueldades; Falta de cuidados; Mentir; Cobardía; Ensueños; Falso, astuto, acusica; Desobediencia; Riñas, uso habitual de la violencia; Falta de atención; Insolencia, falta de respeto; Falta de concentración; Falta habitual de concentración; Falta habitual de puntualidad; Vagancia, gandulería" (Hollins, 1955; citado en Gómez y Cuña, 2017, p. 280).

Por otra parte, y vinculado con el TDAH, existen otros tipos de trastornos o problemas emocionales que suelen acompañarlo y que con frecuencia aumentan el desafío de diagnóstico y tratamiento pues los signos de éstos suelen presentarse en más de un solo trastorno o problema emocional. Como ejemplo de esto, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (2020), indican que entre los signos más comunes de estos trastornos se encuentran:

- Problemas de conducta (Trastorno de Oposición desafiante, Trastornos de Conducta)
- Trastornos de Aprendizaje (Dislexia, Discalculia o Disgrafía)
- Ansiedad y Depresión
- Problemas para relacionarse con sus compañeros o amigos

Por lo que las conductas disruptivas son un reflejo de los síntomas de diversos factores que deben ser considerados a la hora de evaluarse. Los factores pueden dividirse en:

- Externos. Son aquellos que causan conductas y actitudes disruptivas y que están siendo estimulados fuera del aula (por ejemplo, las situaciones familiares en el hogar).
- Internos: Estos se refieren a diversas circunstancias que ocurren dentro del aula y que pueden ser modificados por el personal docente.

En la Tabla 6 se pueden revisar algunas de las conductas disruptivas que conforman el diagnóstico conductual del TDAH dentro de los contextos educativos en general, y como se puede observar, estas conductas varían de acuerdo al grado de escolaridad que se encuentre cursando el niño.

Tabla 6. Conductas Disruptivas clasificadas por edad

Etapa de infantil	Etapa de primaria	Etapa de secundaria
Estar fuera del sitio	Ruidosas	Verbales
Saltar	Verbales	Agresivas
Dar vueltas por la clase	Agresivas	Injuriosas
Interrumpir		Rebeldes
Pellizcar		
Destrozar y golpear objetos		

Extraído de: Gómez, M. d., & Resurrección Cuña, A. (2017). *Estrategias de intervención en conductas disruptivas*. Obtenido de https://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/poescrito/article/download/27976/16466&hl=es&sa=X&ei=71XYdCGB9WR6rQPoZmruAk&scisig=AAGBfm27HrWya_keeKsqvx8aEguOJHrBx2Q&oi=scholar

2.1.2 Historia del TDAH

Según la compilación histórica de De Quiróz, Giusti, Heydl, Michanie, Soprano y Vainer (2000), el descubrimiento del TDAH se remonta al año 1902 cuando George Still describe la presencia de trastornos de conducta en un grupo de 20 niños, quienes

presentaban un historial de convulsiones y daño cerebral. En esa ocasión, este autor informó que aquellos infantes se mostraban agresivos, desafiantes, la mayoría con problemas de atención e hiperactividad; Still consideró que el problema se debía a una predisposición biológica, hereditaria en algunos casos o, inclusive, producto de una lesión pre o posnatal. Por su parte, Alfred Strauss y sus colaboradores concluyeron que en estos casos el examen neurológico no era necesario para detectar un daño cerebral mínimo. En los años 50 sobresale el trabajo de Laufer y Denhof quienes consideraron que un filtro atencional deficiente de los estímulos a nivel talámico era la causa de los entonces niños llamados *hiper-kinésicos*

Durante la década de 1960, el término daño cerebral mínimo fue lentamente abandonado ya que se consideró incorrecto inferir la presencia de daño cerebral en los niños que sólo presentaban problemas conductuales fue Clements quien introdujo el término disfunción cerebral mínima (DCM) considerando a la hiperactividad como un síntoma principal. Para los años setenta Virginia Douglas y Estella-Cols encontraron que el principal déficit se encontraba en la atención sostenida y no en la distracción, en los ochenta la Asociación Americana de Psiquiatría adoptó en el DSM 3, los términos TDA y TDAH. Mientras que Lahey y Carlson encontraron que la atención sin hiperactividad se caracteriza por ser soñadores letárgicos y con peor rendimiento escolar, pero con menos problemas sociales que los hiperactivos.

Por su parte, Douglas y Estrella-Cols señalan que, durante la década de 1970, se logran describir los déficits cognitivos que se asocian a la hiperactividad:

- 1) Incapacidad para mantener la atención y el esfuerzo mental,
- 2) Deficiente control de los impulsos,
- 3) Incapacidad para modular el nivel de alerta,
- 4) Fuerte inclinación a buscar gratificación inmediata

Douglas y Estrella-Cols encontraron que el principal déficit estaba en la atención sostenida y no en la distracción. El rendimiento de niños hiperactivos en pruebas de atención sostenida no difería de los normales en situaciones de refuerzo continuo e

inmediato. Finalmente, estos estudios ampliaron el criterio diagnóstico y le dan relevancia a características que antes eran consideradas secundarias.

Al inicio de 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), teniendo en cuenta las investigaciones que realizaron Douglas y Estella-Cols, adoptó el término “déficit de atención, con y sin hiperactividad” en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III).

Al mismo tiempo, en 1980, Gabriela Carlson encontró que los niños con problemas de atención sin hiperactividad se caracterizaban por ser soñadores y con peor rendimiento escolar pero menos agresivos y con menos problemas sociales que sus pares hiperactivos. Esto provocó que la clasificación del manual de 1987 (DSM III-R) dividiera la categoría de déficit de atención / hiperactividad por sus criterios diagnósticos.

Con el avance de las investigaciones, en 1994 el manual vuelve a actualizarse (DSM IV), APA adopta un nuevo criterio diagnóstico con base en dos dimensiones de la conducta: Hiperactividad-impulsividad y falta de atención; ya que la mayoría de evidencia científica no permite discriminar a la impulsividad como dimensión separada de la hiperactividad. Esto da su forma actual de diagnóstico clínico y que se mantiene hasta la actualidad.

2.2 El procedimiento de diagnóstico e intervención educativa del TDAH en el contexto educativo mexicano

Como ya se ha dicho, las personas con TDAH cuentan con tres posibles diagnósticos: falta de atención, hiperactividad/impulsividad o las dos anteriores. Sin embargo, es común que los padres, maestros o el público en general puedan no estar familiarizados con aquellos procesos e instrumentos que se utilizan para evaluar los síntomas por lo que una revisión a estos aspectos ayudará a comprender su utilidad así como su dinámica en la generalidad de un diagnóstico.

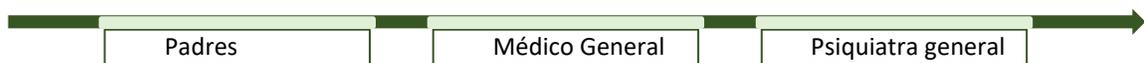
Sobre la identificación de los signos del TDAH, Padilla-Petry, Sòria-Albert, y Vadeboncoeur (2018) reconocen que los padres y los maestros son los primeros en notar una actividad irregular (por ejemplo, actividad motora excesiva o falta de atención) en los

niños. En otras ocasiones, son terceros actores, como los pediatras o los médicos generales, quienes se percatan del comportamiento anormal de sus pacientes.

En todo caso es habitual que los infantes sean diagnosticados durante sus primeros años de ingreso a la enseñanza básica. Esto es así debido a que se pueden comparar las tres dimensiones que afecta el TDAH: la adaptación escolar, las relaciones sociales y las interacciones familiares; las cuales permiten establecer la persistencia de los síntomas.

La Guía Práctica de Diagnóstico y Tratamiento en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños y Adolescentes, en Atención Primaria y Especializada del Consejo de Salubridad General sugiere, en la Figura 15, el siguiente modelo que establece el proceso que sigue el paciente desde las sospechas hasta su diagnóstico formal de TDAH.

Figura 15. Proceso diagnóstico del TDA-H



FUENTE: Generado a partir de Consejo de Salubridad General. (s/f). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Obtenido de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/158_GPC_DEFICIT_ATENCION_HIPERACTIVIDAD/Ssa_158ER.pdf

En donde:

- 1) Prediagnóstico. Se refiere a la etapa en la que surge la sospecha de comportamientos “irregulares” en el infante. Padres, maestros o cualquier persona con relación al niño son quienes notan tales conductas y las comparten. Esto lleva a revisar su salud dando paso a la siguiente etapa.
- 2) Atención primaria. Se refiere al momento en que se lleva al paciente a una revisión médica general. El papel de médicos generales y/o pediatras es generar un informe que descarte diagnósticos similares derivados de problemas de salud (incluyendo exámenes de vista y auditivos). Si el médico o pediatra tiene la sospecha de que el menor presenta TDAH y ello le genera problemas en su desarrollo o en su vida familiar, se sugiere vincular al paciente a un programa de entrenamiento y educación sin esperar al diagnóstico formal de TDAH, es decir, enlazarlo con un psicólogo/psicólogo educativo. Es imperativo apuntar que los médicos de atención primaria no deberían iniciar un tratamiento farmacológico (Consejo de Salubridad General, s/f).
- 3) Diagnóstico. En esta etapa se vincula al niño para atención especializada por personal médico especializado, tal como un psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra general, pediatra, neuropediatra o especialista en TDAH, quien realizará una evaluación completa para determinar un diagnóstico formal de TDAH.

Resumiendo este proceso, los padres, maestros o cualquier otro allegado al niño (trabajadores sociales, directivos, psicólogos escolares), notan un comportamiento anómalo; los padres o tutores deben llevarlo a una revisión médica con un pediatra o médico general para que determinen su condición actual de salud y si existen sospechas de TDAH. De ser así, el infante será remitido a un psicólogo/psicólogo educativo quien se encargará de revisar su condición a través de su primera evaluación y un programa de entrenamiento de 8 a 10 semanas.

Hasta este punto, para la autora de este trabajo es imperativo insistir en que tanto los padres como los maestros no deben determinar la existencia o no existencia de esta condición ya que, según Lauzé (2020), es frecuente que los infantes tengan “momentos

en que muestren síntomas de TDAH” (Lauzé, 2020, p. 9) sin que esto signifique una desregulación frecuente y que interfiera en su vida diaria como es el caso de personas diagnosticadas con esta deficiencia.

En la revisión de la literatura de este trabajo se encontró un consenso acerca de que no existe una prueba definitiva para identificar el TDAH, debido a que “un diagnóstico es el resultado de cómo los padres, psicólogos y maestros ven los comportamientos del niño” (Radcliff, 2000) y que por lo tanto, estos agentes “son las principales fuentes de información en relación con los trastornos conductuales del niño” (Zuluetaa, Díaz-Orueta, Crespo-Eguilaz, & Torrano, 2018). Asimismo, no existen exámenes de laboratorio que determinen la existencia del TDAH (APA, s.f.).

Las y los psicólogos educativos referidos pueden ser de carácter privado o, tal como se realizó en esta investigación, es posible que laboren dentro de los servicios de UDEEI, USAER o CAM; y sea cual sea su afiliación institucional, estos profesionales tienen el deber ético de utilizar solamente los instrumentos debidamente estandarizados y baremados para evaluar la existencia del TDA y TDAH. Según Del Llano (2012) estos especialistas, acorde al párrafo anterior, pueden utilizar la Escala de Brown para TDAH, la Escala de valoración de Vanderbilt para padres y docentes o la Escala de Conners para padres y docentes (Conners, 1969; citado en SEGEY, 2019, p. 61). Existen muchas otras evaluaciones, sin embargo, para efectos de la realización de esta investigación se utilizó la Escala de Conners para la detección del TDAH. Cabe afirmar que la Escala de Conners para padres y docentes son tres formularios que recopilan detalles sobre la vida de los pacientes, padres y maestros. Existen dos versiones de esta Escala: una larga y otra corta, las cuales miden factores como angustia emocional, comportamientos agresivos, dificultades académicas, dificultades lingüísticas, dificultades matemáticas, hiperactividad, problemas sociales, temores de separación, perfeccionismo, comportamientos compulsivos, potencial de violencia y síntomas físicos (Legg y Porter, 2018).

Para el contexto educativo la versión corta de los formularios resulta ser la más adecuada por lo que se retoma la propuesta del Manual para la aplicación, calificación e interpretación de la Escala de Conners para padres/maestros forma abreviada (Gobierno

del Estado de Veracruz, 2021) y es necesario indicar que dichas pruebas deben ser aplicadas en personas entre los 3 a los 17 años.

En esta propuesta se ocupan tres cuestionarios los cuales están disponibles en el [Anexo 1](#) (Gobierno del Estado de Veracruz, 2021):

- a) Cuestionario abreviado para padres y maestros (también conocido como índice de hiperactividad) es un instrumento que contiene 9 reactivos enfocados a detectar los índices de hiperactividad. Además de que sirve para propósitos de detección y seguimiento.

Este cuestionario deberá de ser llenado por los padres/tutores y los maestros por separado.

- b) Cuestionario para los padres es otro de los instrumentos y cuenta con 48 reactivos que ayudan a identificar problemas de conducta y aprendizaje, efectos psicossomáticos, actos impulsivo-hiperactivos y la presencia de ansiedad.

Esta evaluación deberá ser llenada por los padres/tutores.

- c) Cuestionario para el maestro es el último instrumento y contiene 39 reactivos que ayudan a identificar la presencia de hiperactividad, trastornos de conducta, sobre-indulgencia emocional, ansiedad-pasividad, comportamientos asociales o ensoñación-problemas de asistencia.

Esta prueba deberá ser llenada por el personal de educación especial del USAER y el equipo multidisciplinario que apoyan al docente donde se encuentra integrado el alumno.

Una vez aplicados estos instrumentos el psicólogo/psicólogo educativo estará en posición de diseñar un programa educativo teniendo una evaluación pertinente del estado en el que se encuentra el infante. En caso de que el estudiante haya sido previamente evaluado, la Escala de Connors permitirá dar seguimiento a la evolución en el desarrollo del alumno al aplicar su programa educativo.

Finalmente, es necesario considerar aquellos aspectos que son de interés para la generación del diagnóstico. El más importante de todos es que el TDAH es una condición

que se analiza por un grupo interdisciplinario de profesionistas (docente, médico general/pediatra, psicólogo/psicólogo educativo, neuropediatras/paidopediatras/psiquiatras o cualquier otro especialista en TDAH) porque un óptimo diagnóstico y su posterior intervención son tareas de suma importancia que deben “ser realizadas por un equipo interdisciplinario y con aplicación de diversos instrumentos y técnicas que garantizan una óptima intervención y sobre todo mantengan el debido respeto y consideración por la dignidad y estima del niño (a) o adolescente que padece esta condición” (González, 2008, p. 114). Y este respeto y consideración por el respeto y la estima deben extenderse también hacia los padres del niño y/o el adolescente ya que algunas investigaciones demuestran que los padres experimentan sentimientos de culpabilidad dado que se sienten responsables de “algo que hicieron o dejaron de hacer cuando eran bebés” (González y Méndez, 2014, p. 89), y es importante que el equipo interdisciplinario a cargo de la evaluación y la intervención del niño o del adolescente con TDAH realice los mejores esfuerzos posibles para disipar estos sentimientos de culpabilidad ya que éstos suelen obstaculizar la interacción constructiva entre los padres, madres y sus hijos.

Un diagnóstico de TDAH no debe utilizarse como una justificación para estigmatizar la capacidad ejecutiva del estudiante por parte de la sociedad que le rodea, ni de los responsables de su proceso de escolarización y mucho menos de sus respectivas familias, ya que, como ya se ha mencionado anteriormente, esta condición es un problema referente a desajustes conductuales susceptibles de ser modificados de manera constructiva, pero no afecta a la capacidad ejecutiva de la inteligencia. Un ejemplo vivencial que le da más peso a esta aseveración se encuentra en la conferencia que dio Leonardo Bronstein (TedxTalks, 2019) quien expresó que su diagnóstico afirmativo a TDAH, no era una sentencia de discapacidad permanente “porque conmigo se equivocaron, yo soy ese niño de 5 años, yo soy ese niño al que le decían que no podía, yo soy ese niño al que capaz nunca iba a terminar la escuela...”. La sociedad en general debe reconocer, día con día, que aquellos estudiantes diagnosticados con TDAH que han sido marginados en los contextos educativo y social, se apropian de un lugar simbólico con el fin de visibilizar sus capacidades en el mundo en el cual viven. Un ejemplo actual es la conducta activista Greta Thunberg quien “padece trastorno obsesivo

compulsivo y atención con hiperactividad (TDAH)” (Valerio, 2019, pp. 371-372). Dar a conocer casos como los de Leonardo Bronstein o Greta Thunberg pueden ayudar a los padres a entender que esta situación solo modifica la manera en cómo aprenden y el lugar y reconocimiento que pueden obtener en la sociedad aún con dicha circunstancia. Para Nyhan (2018) es tiempo de reconsiderar la forma en que se trata a esta población estudiantil y aumentar la diversidad e inclusión de tales comunidades en la educación.

Otro aspecto de cuidado con los diagnósticos es poder diferenciarlos de otros diagnósticos con síntomas similares tales como depresión, agresión o la dislexia. Esta preocupación surge de investigaciones que indican que los diagnósticos de TDAH aplicados a menores de 8 años requieren procesos más finos para llegar a una conclusión adecuada dado que “los niños de 4 a 7 años se encuentran en el proceso de consolidación de sus funciones ejecutivas y el control inhibitorio que regulará su accionar en su medio biopsicosocial” (Taboada y Pinto, 2018, p. 105).

Como conclusión a este capítulo, la autora de este trabajo señala que tanto las personas que viven con TDA, las que viven con predominancia de hiperactividad y finalmente, las personas que presentan el TDAH completo requieren una evaluación e intervención efectiva y sensible a sus necesidades educativas y afectivas, ya que además de lo que ya se mencionó en el capítulo anterior sobre que un niño que no cuente con estas herramientas tiene una probabilidad alta de continuar viviendo con estos trastornos siendo un adulto (Muñoz, s.f.), Macià (2012; citado en Ramírez, 2015) afirma que “Aproximadamente entre el 40% y el 60% de niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales. Algunos de estos trastornos son: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad o depresión” (Macià, 2012, p. 46).

Teniendo en cuenta estos datos de altas posibilidades de permanencia y de comorbilidad del TDAH, la autora de este trabajo considera que las intervenciones terapéuticas conductuales son las que cuentan con la mayor efectividad en el tratamiento de este trastorno, debido a la gran variedad de técnicas terapéuticas que existen actualmente, su bajo costo económico al momento de aplicarlas y el gran poder terapéutico que tienen estas técnicas para que el estudiante que vive con TDAH o sus variantes pueda empezar a practicar el ejercicio de su propio autocontrol, lo cual las dota

de una gran eficacia terapéutica, además de que le permiten al paciente tener el control sobre su propia conducta, la cual es una cuestión fundamental que se observa en el paradigma social de la discapacidad. Por estas considerables ventajas de uso de las técnicas de la terapia conductual de la primera generación, la autora de este trabajo les dedicó el siguiente capítulo de esta tesis

Capítulo 3

Estrategias

conductuales

3.1 Tratamientos para el TDAH

Dadas las condiciones que provoca el TDAH, existen dos posturas principales para su tratamiento. Entre las más conocidas están el tratamiento farmacológico y el tratamiento conductual, derivado de las terapias cognitivo-conductuales. Al respecto el gobierno mexicano, mediante la SEP, entiende que:

La primera postura [farmacológica], de orientación médica y basada en la “patología”, sostiene la presencia de un desequilibrio bioquímico en el cerebro que impacta en el comportamiento y en la atención y que sitúa la intervención directa en “corregir” o “arreglar” la “anormalidad” presente en el alumno o alumna.

La segunda postura [conductual], de orientación educativa, reconoce al llamado fenómeno del TDA-TDAH como el resultado de la interacción entre diversos factores que impactan directamente en el aprendizaje y en la participación del alumnado y, por lo tanto, reconoce en éste la oportunidad para fortalecer los principios de la Educación Inclusiva en la práctica docente, en las políticas y en la cultura de las escuelas, y, en este sentido coloca la intervención de los apoyos en la interacción sujetos-contextos. El ser y quehacer de la Dirección de Educación Especial se inscriben en esta postura (SEP, 2011: p. 29).

Dichas contra-posturas tienen su origen en las diferentes formas de percibir la condición discapacitante que produce el TDAH. En México, se aprobó el Decreto por el que se adicionan las fracciones XIII, XIV y XV al artículo 75 y una fracción III al artículo 76 de la Ley General de Educación (2009) con el fin de reformar y adicionar diversas disposiciones a la ya mencionada Ley. A continuación, se cita el objetivo de este Decreto:

El objetivo del presente proyecto de decreto es atender la problemática de la prescripción y administración de fármacos peligrosos por sus efectos colaterales, en centros escolares a educandos que presentan dichos síntomas de hiperactividad y déficit en la atención; síntomas que pueden tener sus causas en problemas psicosociales o de alimentación, los cuales pueden ser tratados con estrategias pedagógicas, psicológicas, nutricionales, de apoyo familiar, entre otras. (Decreto por el que se adicionan las fracciones XIII, XIV y XV al artículo 75 y una fracción III al artículo 76 de la Ley General de Educación. 2009, p. 1).

De este modo, el Decreto anteriormente citado centra el problema en “promover programas de tratamiento con base en actividades pedagógicas y didácticas” para evitar “la administración de drogas psicotrópicas, sin previa receta médica y consentimiento de los padres, a las niñas y niños por supuestas dificultades de aprendizaje o de problemas de conducta” así como “difundir información científica...sobre el daño que generan las drogas para el tratamiento del TDA-H” (Decreto por el que se adicionan las fracciones XIII, XIV y XV al artículo 75 y una fracción III al artículo 76 de la Ley General de Educación, 2009, p. 3).

Si bien el punto es válido, pues la mala praxis médica existe y debe ser atacada en la búsqueda del bien mayor del menor, ya se ha mencionado con anterioridad en esta investigación que las áreas profesionales de la educación y de la salud son llevadas por profesionales distintos y con distintas atribuciones en la vida pública, por lo que se continuará insistiendo si a un niño se le es recetado algún medicamento, su seguimiento debe ser monitoreado cuidadosamente por el psiquiatra, paidopsiquiatra o psicólogo especialista en el TDAH.

Cabe mencionar que existen otros autores, tales como Fabiano y Pyle (2019) que dividen los tratamientos en tres tipos: medicamentos psicoactivos, terapia psicológica e

intervenciones académicas. Lo anterior pone de manifiesto que cada investigación ha tratado de aportar más datos que permitan a la comunidad científica y académica establecer las mejores estrategias que le sean de mayor utilidad para atacar las barreras de aprendizaje y participación que produce el TDAH. Asimismo, es importante mencionar que Fabiano y Pyle (2019) consideran que es difícil medir la implementación de cada tratamiento ya que suelen usarse de manera combinada lo que puede llevar a enmascarar su eficacia y a aumentar artificialmente la eficacia de los otros que sean usados.

Reconociendo lo anterior, a continuación, se describen los tratamientos que pueden ser aplicables a las personas que viven con TDAH por los actores que se encuentran dentro de los contextos educativos (docentes, pedagogos, psicólogos educativos e integrantes de la familia).

3.2 Psicoterapia y conducta

Se entiende por Psicoterapia al uso de “técnicas y estrategias psicológicas para ayudar a las personas a encontrar soluciones eficaces a sus problemas desde la conversación y la colaboración entre cliente y terapeuta, en una relación marcada por el encuentro y el descubrimiento personal de nuevas maneras de percibir y reaccionar ante la realidad que cada uno de nosotros construye continuamente” (Pérez-Sánchez, Parra-Jiménez y Espinosa-Parra, 2014, p. 2). Su base científica se encuentra en los modelos y técnicas desarrolladas en los años cincuenta hasta los setenta y que se basaban en las teorías de Pavlov y Skinner. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede considerar que actualmente los objetivos de las psicoterapias son los siguientes:

1. Lograr el bienestar personal del individuo, desde un punto de vista integral; es decir biopsicosocial.
2. Buscar una adecuada integración de la personalidad.
3. Pugnar por un funcionamiento social adecuado y saludable.

4. Eliminar datos subjetivos u objetivos de molestia personal; es decir síntomas o comportamientos mal adaptativos del individuo. (Pérez-Sánchez, Parra-Jiménez y Espinosa-Parra, 2014, p. 7).

Entre las terapias psicológicas actuales se encuentran, entre otras: A) Psicoanálisis en sus diversas formas; B) Terapia de la conducta; C) Terapia cognitiva; D) Neurobiológicas; E) Hipnosis; F) Terapias familiares; G) Terapia Grupal; H) Terapia existencial; I) Terapia multimodal.

En esta investigación se describe el uso de una terapia conductual para reducir la incidencia de conductas disruptivas de un niño que vive con TDAH debido a que, de manera específica, la terapia cognitivo-conductual tiene los siguientes atributos:

- “- La modificación de la conducta como tecnología.
- Fases, pasos y actividades en la elaboración, aplicación y evaluación de programas de modificación de conducta.
- Criterios de selección de técnicas.
- Utilidad específica de las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales, descripción y aplicación” (Pérez-Sánchez, Parra-Jiménez y Espinosa-Parra, 2014, p. 14).

Ahora bien, la conducta se puede entender como la “manera de actuar o de comportarse un individuo [sic], como reacción a estímulos de su propia naturaleza o del medio ambiente” (Colmex, 2020). Igual puede ser entendida como un “conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación” (RAE, 2020).

“Esencialmente, la conducta es algo que una persona hace o dice. Técnicamente, la conducta es cualquier actividad muscular, glandular o eléctrica de un organismo” (Martin y Pear, 2008, p. 3) como una manera de respuesta o reacción a un estímulo. En este mismo sentido, “nuestro comportamiento se ve influido por estímulos o variables contextuales que ocurren antes del mismo y también por las consecuencias que tiene” (Bados y García-Grau, 2011, p. 2).

Por su parte, Roca i Balasch (2007) define el término conducta de la siguiente manera:

Nos es familiar la expresión de que conducta es la acción del organismo o aquello que un individuo hace. Apretar una palanca, tirar monedas en una máquina de juego o hablar o pensar son conductas como acciones en el marco teórico del conductismo. Por otra parte, a menudo se han utilizado los términos de respuesta o de reacción como sinónimos de acción que ejecuta un sujeto.

De una manera suave, se podría decir que el término conducta tiene más de un significado...El primer significado de conducta es el de la acción que un individuo u organismo ejecuta. El segundo significado es el de la relación asociativa entre los elementos de una estructura funcional o campo psicológico. Estos dos sentidos han estado presentes en el lenguaje conductual o conductista desde sus inicios (Roca i Balasch, 2007, p. 33).

De modo que la conducta es el campo de estudio y acción de las ciencias psicológicas. La conducta entonces, para Martin y Pear (2008) resulta idóneamente susceptible de medición debido a que cuenta con una serie de dimensiones que permiten observarla y medirla, y estas dimensiones son independientes de las características y cualidades de las personas que realizan tales observaciones y mediciones (Martin & Pear, 2008) lo que quiere decir que cualquier persona tiene la capacidad de observar y medir cualquier conducta, siempre y cuando esa o esas personas definan, de manera precisa y sin ambigüedades, las dimensiones que la conforman. Es por esto que estas dimensiones se describen a continuación:

- Topografía. Señala la forma de la respuesta concreta, es decir, consiste en una descripción de los movimientos específicos implicados.
- Cantidad. Se refiere a dos medidas:

- Frecuencia. Identifica el número de episodios de una conducta que tienen lugar en un periodo de tiempo concreto.
- Duración. Indica el tiempo que ocurre una conducta a lo largo de un periodo concreto.
- Intensidad. Ayuda a determinar la fuerza o intensidad de una respuesta dada.
- Control de estímulos. Mide una conducta en términos de las condiciones bajo las que se observaría su aparición, es decir, determinar la presencia o ausencia de un comportamiento según la existencia o inexistencia de estímulos dados.
- Latencia. Se entiende como el tiempo transcurrido entre la ocurrencia de un estímulo y el principio de una respuesta.
- Calidad. Se relacionan con la evaluación de la conducta en un periodo determinado considerando el grado de refinamiento (bueno, malo o regular por ejemplo) para realizar dicha conducta.

En conclusión de Martin y Pear (2008), la modificación de la conducta centra sus esfuerzos en definir los problemas en términos de comportamiento para que puedan ser estimados objetivamente, así como tomar los cambios como indicadores para medir el grado de alcance de los objetivos establecidos.

De modo que la conducta, como objeto de estudio, ya se encuentra limitada y bien establecida, por lo que se encuentra susceptible de ser medida y modificada. A continuación, se describen algunas de las estrategias más utilizadas para modificar conductas.

3.2.1 Estrategias conductuales

Las estrategias conductuales son una serie de procedimientos encaminados a cambiar el comportamiento de los sujetos, esto implica modificaciones de la conducta pertinentes al entorno del sujeto. Es por esta razón que a estas estrategias también se les conoce como técnicas operantes, las cuales Bados y García-Grau (2011) también definen de la manera siguiente: “Las técnicas operantes son aquellas que implican la manipulación de los antecedentes y consecuentes que controlan la conducta con el fin de conseguir cambios en esta” (Bados y García-Grau, 2011, p. 2).

Ahora, estas estrategias tienen como objetivo ayudar al niño a cambiar su conducta en actividades tales como organizar tareas, completar el trabajo escolar, superar eventos emocionales difíciles, controlar su ira, darse elogios por actuar de manera correcta. Asimismo, los psicólogos pueden enseñarle al infante habilidades para socializar, esperar su turno, compartir juguetes, pedir ayuda, responder a burlas, aprender a leer expresiones faciales, tono de voz o responder de manera adecuada. Todo ello por medio de “normas claras, listas de tareas y otras rutinas estructuradas” que ayuden al individuo a controlar su conducta (Instituto Nacional de la Salud Mental, s.f. p. 11).

A diferencia de lo que se puede pensar, las estrategias conductuales no son formas de manipulación ni de coerción para obligar al sujeto a realizar lo que se espera, sino que son formas que buscan cambiar comportamientos molestos o rechazados socialmente, los cuales, generalmente, también afectan de manera perniciosa la propia integridad y felicidad de la persona que las ejecuta, o bien mantener conductas que la propia persona objeto de dichas estrategias considera que tienen el potencial de ser beneficiosas para su vida y que ella ya puede realizar, pero que no puede realizarlas con la frecuencia con la que ella desearía realizarlas, y se busca que la persona incremente la frecuencia de realización de estas conductas beneficiosas ya que, de aumentar esta frecuencia, la realización de esas conductas le van a facilitar a dicho individuo adaptarse favorablemente a su medio, lo cual, a su vez, se traducirá en que las personas de dicho medio le brindarán una mayor aceptación social.

Lo que busca definir el psicoterapeuta son los problemas de comportamiento, respecto de las tres dimensiones del individuo: la adaptación escolar/laboral, las relaciones sociales y las interacciones familiares. Lo que ayuda a determinar aquellas estrategias más adecuadas según estas tres dimensiones que rodean y afectan a dicho sujeto.

Finalmente, las estrategias que pueden aplicarse varían en número debido a sus subdivisiones o creatividad del psicoterapeuta. Para Bados y García-Grau (2011), estas estrategias pueden clasificarse en tres categorías:

- a) Desarrollo, Aumento o Mantenimiento de Conductas. Son aquellas enfocadas a la adición, sostenimiento o incremento de hábitos que sean considerados positivos para el desarrollo del individuo. Algunos ejemplos son el moldeamiento, el modelamiento, el encadenamiento de conductas más simples, la imitación, los reforzamientos positivo, negativo y diferencial, etc.
- b) Reducción o Eliminación de Conductas. Son aquellas que buscan desaparecer o disminuir aquellos comportamientos no deseables del individuo. Algunos ejemplos son los castigos positivo y negativo, la extinción, etc.
- c) Potenciación y/o Debilitamiento de Conductas. Son aquellas que sirven para incrementar o aminorar conductas. Algunos ejemplos son, al igual que en el inciso a: El moldeamiento, el modelamiento, la imitación, los diferentes tipos de reforzamiento (los cuales, para el cumplimiento del objetivo descrito en este inciso, se pueden empezar a proporcionar en función de programas específicos de reforzamiento), la economía de fichas, etc.

Sobre el número de estrategias existentes, hay un número limitado y bien definido que el psicoterapeuta combina según considera pertinente para resolver la problemática del individuo que atiende. A manera general, se podría considerar que las estrategias son las siguientes, según Martin y Pear (2008):

1. Reforzamiento Positivo
2. Reforzadores Condicionados e Incondicionados
3. Extinción
4. Refuerzo Intermitente para aumentar la conducta
5. Refuerzo Intermitente para disminuir la conducta
6. Generalización y Discriminación de los Estímulos
7. Desvanecimiento
8. Moldeado
9. Encadenamiento Conductual o Cadena Comportamental
10. Castigo
11. Condicionamiento de Escape y Evitación
12. Condicionamiento clásico: Conducta Operante y Respondiente
13. Generalización

No está por demás recordar que “estas técnicas se han utilizado tanto en personas con limitaciones graves como en estudiantes superdotados, tanto para la mejora personal como para la conservación del medio ambiente” (Martin y Pear, 2008, p. 27).

3.2.2 Estrategias dirigidas al tratamiento de los signos del TDAH

Como es sabido, los sujetos con TDAH manifiestan “un torbellino de conductas desordenadas e inapropiadas” lo que complica su inserción y desenvolvimiento en la vida social, escolar y familiar; por ello, los psicólogos deben establecer una serie de estrategias para modificar su conducta (Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, s.f).

Las personas que son etiquetadas con algún trastorno del desarrollo, autismo, esquizofrenia, depresión, ansiedad, atención o hiperactividad/impulsividad, “son personas con carencias [y/o] excesos conductuales” (Martin y Pear, 2008, p. 10). Esto significa que su comportamiento es inapropiado en el contexto cultural de las personas implicadas dentro del cual está siendo evaluado el infante. En el caso del contexto escolar las carencias y/o excesos conductuales que se observan pueden ser, por ejemplo, un niño que se levanta de su silla tiene un comportamiento fuera de lugar y que puede afectar la dinámica de la clase; mientras que un alumno que no parece prestar atención a la lección del día, a pesar de que su comportamiento no es conflictivo para la dinámica escolar, es un comportamiento deficiente e inapropiado para el desenvolvimiento académico del pupilo.

Al respecto, González (2008) indica que la intervención psicológica conductual para el tratamiento del TDAH:

...ésta se inicia con programa de modificación conductual que buscan extinguir las conductas desadaptativas, manejar de manera adecuada la hiperactividad e impulsividad e incrementar la atención y concentración, buenos hábitos de estudio, apropiadas relaciones interpersonales. Para lograr estos objetivos se proponen diferentes estrategias conductuales que

han demostrado una alta efectividad en la práctica como son la organización de ambientes entretenidos tanto en la escuela como en el hogar, manejo de las contingencias materiales y/o sociales (tiempo fuera-extinción- reforzamiento diferencial, entre otros), entrenamiento en hábitos de estudio. El uso de todas estas técnicas requiere la participación del psicólogo, del educador y de los padres quienes deben participar como equipo en la planificación, ejecución y reprogramación de la intervención, pues no funcionan de la misma manera para todos los niños; debe hacerse una planificación individualizada para cada caso. Es conveniente que los padres y maestros de ser necesario, participen en un programa de entrenamiento para obtener el mayor provecho en la aplicación de las técnicas. Necesario es acotar que el manejo conductual se inicia con una amplia estructura externa que sirve de soporte a los cambios conductuales del niño, pero esos elementos exteriores se van reduciendo en la medida que el niño (a) logra autorregular su comportamiento que es el fin último de la terapia. Se incluye en el tratamiento el entrenamiento en técnicas de relajación, autocontrol, automonitoreo, terapia de asertividad, uso de estrategias cognitivas y metacognitivas. (González, 2008, p. 119).

En estudios de otros investigadores, la recolección de evidencia en las últimas tres décadas da evidencia a nivel de educación básica de que los tratamientos más eficaces son aquellos de manejo de contingencias en el aula entre los que se pueden encontrar: tarjetas de informes, economía de fichas, tiempo fuera del refuerzo positivo, elogios, entre otros similares) (Fabiano y Pyle, 2019, p. 19).

En esta investigación, entre las estrategias que se utilizaron con el fin de modificar las conductas disruptivas que presentó el estudiante con TDAH objeto de esta

intervención educativa fueron: El reforzamiento positivo, la extinción, el moldeado y la economía de fichas. Así que, con el fin de comprender mejor la influencia que estas estrategias tuvieron sobre las conductas disruptivas de este estudiante, a continuación se ofrece una breve descripción de éstas.

3.2.2.1 Reforzamiento positivo

“El reforzamiento positivo es un procedimiento que consiste en presentar un supuesto reforzador positivo contingentemente a una conducta con el objetivo de incrementarla o mantenerla” (Bados y García-Grau, 2011, p. 4). El “principio de refuerzo positivo estipula que si, en una situación determinada, alguien hace algo que es seguido inmediatamente de un reforzador positivo, es más probable que repita la misma acción la próxima vez que se enfrente a la misma situación” (Martin y Pear, 2008, p. 32).

Un reforzador es un evento que “actúa...en función de sus efectos sobre una conducta específica” (Bados y García-Grau, 2011, pp. 3-4). Es un “acontecimiento que presentado inmediatamente después de una conducta, provoca que la frecuencia o la posibilidad de” una conducta dada, aumente (Martin y Pear, 2008, p. 32). De esta manera se debe entender que un reforzador es contingente a una conducta, es decir, revela la dependencia entre una conducta y los estímulos que la preceden y/o la siguen.

El concepto de reforzador positivo a menudo se considera, de parte de las personas que no poseen entrenamiento suficiente en la conceptualización y práctica de las terapias conductuales, como un premio o recompensa, sin embargo, considerar al reforzador positivo como sinónimo de una recompensa no es adecuado, en primer lugar, porque “...aunque cualquiera tiene una noción de lo que es un premio o recompensa, muy pocas personas son realmente conscientes de la frecuencia con que influye el refuerzo positivo en su vida cotidiana” (Martin y Pear, 2008, p. 32). En segundo lugar, se asume que una recompensa siempre le va a resultar placentera a la persona que la recibe, y un reforzador positivo puede tener consecuencias placenteras o aversivas para la persona que lo recibe, dependiendo del contexto en el cual recibe dicho reforzador. Por ejemplo: Un trabajador(a) puede ajustar su conducta laboral a horarios extensos de trabajo, o a las exigencias excesivas de un jefe, el cual, además, por ejemplo, suele insultarlo y menospreciarlo constantemente, si los reforzadores positivos que obtiene

tienen la suficiente importancia para que el/la trabajadora continúe ejecutando con la eficacia esperada su conducta laboral (y estos reforzadores positivos pueden ser, por ejemplo, un sueldo que para el trabajador sea muy alto, el sentimiento de satisfacción que él o ella experimenten después de cumplir una meta en la empresa, o la calidad de la experiencia laboral que el/la trabajadora puede recibir en esa empresa y que podrá explotar en otras empresas o en una iniciativa de autoempleo en el posible caso de un despido, cierre de la empresa o renuncia del trabajador). Y el recibir estos reforzadores puede no ser siempre placentero para el trabajador(a) debido a los elementos aversivos que están presentes en el contexto laboral en el que él o ella se desenvuelven, pero es muy probable que él o ella mantengan en una frecuencia alta la ejecución de su conducta laboral en esa empresa. Y en tercer lugar del porque un reforzador positivo no puede considerarse como sinónimo de un premio, es que es importante recordar que no se sabe de “eventos que sean reforzantes *per se*, es decir, que sirvan como reforzadores para cualquier persona, conducta y/o situación” (Bados y García-Grau, 2011, p. 3).

Un reforzador se establece como tal cuando se determina que existe una correlación significativa entre su aparición y un comportamiento socialmente esperado. Algunos ejemplos de reforzamiento en la vida diaria pueden encontrarse en las siguientes acciones:

- a) Dar las gracias a alguien que nos cede el paso.
- b) Reír o sonreír cuando alguien cuenta un chiste.
- c) Decirle a alguien que nos gusta cómo sabe decir las cosas.
- d) Invitar a alguien a tomar algo después de habernos ayudado.
- e) Elogiar a mamá por lo bien que le salen ciertos platos.
- f) Darle a un compañero una palmadita en la espalda por un comentario ingenioso realizado en clase.
- g) Pagar por un trabajo realizado. (Bados y García-Grau, 2011, p. 4).

Los autores antes citados también distinguen diversos tipos de reforzadores positivos

- Primarios o incondicionados. Son aquellos que no requieren de experiencias de aprendizaje para funcionar como reforzadores; comida, bebida, contacto sexual.
- Secundarios o condicionados. Son aquellos que adquieren su capacidad reforzante mediante la asociación con otros reforzadores primarios o secundarios o mediante la asociación con la retirada de estímulos aversivos.
- Generalizados. Son reforzadores condicionados asociados con diferentes reforzadores primarios y/o secundarios; por ejemplo la aprobación, el afecto, la atención, la sumisión, el dinero y los puntos en una economía de fichas. (Bados y García-Grau, 2011, p. 2)

Si bien los reforzadores pueden ser de distintos tipos, se debe recordar que los reforzadores pueden ser tan variados como los gustos, preferencias o historias conductuales de las personas. Lo que puede ser un reforzador para una persona adulta puede no serlo para un infante o para un niño o una niña. Aun existiendo esta individualidad marcada para el uso de reforzadores, los autores antes mencionados también categorizan los reforzadores en las siguientes categorías: (Bados y García-Grau, 2011, p. 3).

- Reforzadores materiales: son aquellos que se manifiestan en cosas tales como alimentos, bebidas, libros, discos, juguetes, vestidos.
- Reforzadores sociales: son aquellos que se conforman de eventos que manifiestan atención o elogios. Estos se fraccionan en:

- **Expresiones orales** de aprobación tales como ¡me gusta cómo has explicado! ¡genial! ¡estoy muy orgulloso de ti cuando...! ¡buen trabajo!;
- **Expresiones escritas** (símbolos o mensajes) como cartas, correos o cualquier texto de aprobación enviado a través de diversos medios;
- **Expresiones no verbales** de beneplácito como sonreír, guiñar, mandar un beso, aplaudir, aprobar con la cabeza, besar, acariciar.
- **Reforzadores de actividad:** son aquellos que se intercambian por actividades apetecibles al sujeto a cambio de realizar actividades poco agradables como ver televisión sí y solo sí la persona termina su tarea. Estas actividades pueden ser:
 - **Solitarias** como jugar videojuegos o usar el celular;
 - **Grupales** como los permisos para convivir con familia, amigos o pareja.
- **Retroalimentación informativa positiva:** es aquella que se da a una persona sobre sus aspectos positivos de su comportamiento. Este funciona como un componente de aprobación que permite al individuo percatarse de su funcionamiento. (Bados y García-Grau, 2011, p. 3).

Con respecto a la capacidad potencial que tienen los diferentes tipos de reforzadores para fomentar la aparición o mantener la ejecución de conductas socialmente deseables, se puede decir que los reforzadores materiales requieren, con el paso del tiempo, nuevos materiales para mantener la conducta. Los reforzadores sociales, en cambio, son más fáciles de administrar y menos susceptibles de generar saciedad. A diferencia de los dos anteriores, los reforzadores de actividad permiten identificar las actividades que desea realizar el individuo y que considere suficientemente

agradables para administrarlas a cambio de que la persona realice conductas que le resulten difíciles o poco placenteras.

Otro aspecto importante del reforzamiento es aprovechar que la conducta en sí misma puede funcionar como reforzador debido a que ésta puede suscitar sentimientos de orgullo, auto-aprobación o consecuencias somáticas que consolidan el comportamiento prosocial de la persona. Este aspecto puede ser positivo, cuando refuerza comportamientos positivos previamente enseñados o; negativo cuando refuerza conductas que no son vigiladas y/o corregidas.

De forma simplificada, el refuerzo positivo está basado en los siguientes puntos:

- “La alabanza y los premios.
- La atención al infante.
- El contacto físico.
- “Las recompensas y privilegios” (Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, s.f. pp. 20-21).

Finalmente, para aplicar de forma adecuada el reforzamiento positivo se deberá:

- Especificar claramente la/s conducta/s que se quiere/n incrementar.
- Es recomendable abstenerse de cambiar más de 2-3 conductas a la vez.
- Seleccionar los reforzadores según la persona a partir de medios tales como:
 - Preguntas abiertas a través de una entrevista o un cuestionario
 - Listas de identificación de reforzadores
 - Usar los reforzadores en fase de prueba para luego modificarlos según las observaciones en dicha fase.
- Los reforzadores elegidos deben salir de lo habitual para la persona.

- Informar a la persona de la contingencia (explicarle la situación-conducta-reforzador) y explicarle las razones por las que la conducta que se quiere incrementar es deseable
- En muchos casos habrá que empezar por reforzar pequeños cambios e ir aproximándose gradualmente a la meta final.
- El reforzador debe seguir a la conducta, no antecederla. Así, no diremos a un niño que puede ver la TV ahora si hace sus deberes más tarde, sino que haga sus deberes y luego podrá ver la TV.
- Entregar siempre el reforzador cuando se haya ganado.
- Cuando se entregue un reforzador a la persona, decirle la conducta por la que se le está dando.
- Utilizar elogios y otros tipos de reforzadores sociales antes de entregar un reforzador.
- Utilizar reforzamiento continuo o muy frecuente para establecer una conducta, pero para mantenerla, usar reforzamiento intermitente.
- Inicialmente, la administración del reforzador debe ser frecuente y en pequeñas cantidades.
- Cuando existen contingencias que mantienen conductas que compiten con la conducta meta, estas contingencias deben ser eliminadas, reducidas o sustituidas por otras más poderosas.
- Idealmente, el reforzador debe ser conseguido exclusiva o casi exclusivamente a través de la emisión de la conducta seleccionada.

- Una vez que la conducta meta esté bien establecida, deben eliminarse gradualmente los reforzadores artificiales utilizados y mantener la conducta con reforzamiento social y otros reforzadores naturales (Bados y García-Grau, 2011, pp. 4-7).

Por último, no está por demás recordar que el reforzamiento positivo debe responder a todas las conductas que se desean modificar y no solo a aquellas conductas que se consideren *malas*. Además, la Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad recalca que “esta estrategia funciona con lentitud por lo que se debe ser perseverante” (Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, s.f. p. 21). La lentitud con la que esta estrategia funciona puede deberse a muchos factores, sin embargo el principal puede ser a que, en el caso de conductas que aún no se encuentran en el repertorio conductual del niño o en el caso de conductas que ya se encuentran en ese repertorio pero que el niño no ejecuta con suficiente frecuencia, las relaciones de contingencia (es decir, las relaciones entre las conductas emitidas y sus consecuencias) se consolidan hasta después de muchas ocasiones en las que el reforzador material o social es proporcionado.

3.2.2.2 Extinción

Bados y García-Grau (2011) afirman que la extinción es una estrategia que consiste en que una conducta que era reforzada previamente deja de ser reforzada, provocando que dicha conducta disminuya o desaparezca. “Dicho de otra forma, si una respuesta se ha incrementado en frecuencia mediante reforzamiento positivo, el cese completo del reforzamiento causará una disminución en la frecuencia de la misma” (Martin y Pear, 2008. p. 64).

En cierto sentido, se usa las características del reforzamiento positivo con la finalidad de invertir su efecto. Martin y Pear (2008) afirman que

Para simplificar de alguna manera [la extinción]...si [se] quiere que una conducta se dé más a menudo, hay que reforzarla; si quiere que una

conducta ocurra menos, hay que ignorarla. De modo que este principio establece que: (a) si, en una situación concreta, una persona emite una respuesta previamente reforzada y ahora no va seguida por una consecuencia reforzante, (b) esa persona es menos proclive a repetir la misma conducta cuando se vuelva a encontrar en una situación similar. (Martin y Pear, 2008, p. 64).

Bados y García-Grau (2011) mencionan algunos ejemplos de extinción que se pueden encontrar en la vida diaria de las personas:

- 1) Dejar de dar dulces al niño que los pide gritando o lloriqueando.
- 2) Dejar de prestar atención al niño que se hace el payaso.
- 3) No mirar ni hacer gestos de asombro ante el comportamiento de un exhibicionista.
- 4) Colgar el teléfono al que hace llamadas obscenas.
- 5) No inmutarse ante los insultos que nos dirige otra persona.
- 6) Dejar de prestar ayuda a un compañero que siempre consulta cosas de ordenador que podría localizar en el manual.
- 7) Volver a llevar al colegio a un niño que vomita sospechosamente los lunes por la mañana porque prefiere quedarse jugando en casa. (Bados & García-Grau, 2011 p. 33)

Estos autores señalan que también existen otras situaciones en las que la extinción conductual genera la desaparición paulatina de conductas beneficiosas para la persona que realiza la extinción, o bien la desaparición paulatina del apoyo social que otras personas le brindan a ésta, por lo que esta estrategia tiene resultados indeseables para la persona. Algunos ejemplos de estas situaciones son las siguientes:

- a) Por nuestro ánimo abatido, dejamos de salir con una persona cuando nos llama para ello.
- b) Mirar la TV en vez de atender a la conversación (no improductiva) de la pareja.
- c) Dejar de elogiar a los alumnos que se comportan bien en clase.
- d) No dar las gracias a la gente que nos hace un favor. (Bados y García-Grau, 2011, p. 33)

Es necesario indicar que no se debe confundir la extinción con el coste de respuesta. La extinción es una estrategia que utiliza la desaparición paulatina del reforzador para disminuir o desaparecer conductas que antes fueron reforzadas con ese reforzador, mientras que el coste de respuesta, según Valenzuela (s.f) consiste en retirar un reforzador positivo con el objetivo de eliminar una conducta que, de entrada, se considera como desadaptativa (cabe aclarar que la estrategia de coste de respuesta no se utilizará en esta investigación). Y además, “La conducta también puede desaparecer debido al olvido, es decir, a que se debilita en función del tiempo transcurrido desde la última ocurrencia de la conducta” (Martin y Pear, 2008, p. 66).

Martin y Pear (2008) señalan que la extinción, al igual que el reforzamiento positivo, se ve influenciada por un gran número de factores que determinan su efectividad:

- a) **El control de los reforzadores de la conducta que se quiere reducir:**
Es común que los padres enfrenten un entorno que menoscaba los esfuerzos por disminuir o desaparecer una conducta. Esto puede suceder por que las personas que rodean a los sujetos suelen no estar familiarizados con la estrategia que se desea aplicar, lo que lleva a entorpecer los esfuerzos en lugares o con personas que cuidan al paciente en ausencia de los padres. Para el objetivo de esta investigación, este factor se remarca en conductas que se dan en las tres dimensiones estudiadas del TDAH: escolar, social y familiar. Mientras que en el ámbito

escolar puede ser un cuidador o algún profesor, en el ámbito social puede ser un comportamiento habitual aceptado entre la comunidad, o en lo familiar un pariente cercano con acceso al infante como lo es un tío, una tía o un abuelo o abuela. Si los cuidadores del niño no retiran adecuadamente los reforzadores de la conducta indeseable que ha sido anteriormente reforzada, esto puede mermar la efectividad de la extinción.

- b) **Extinción de una conducta combinada con el reforzamiento positivo de una conducta alternativa:** Algunos autores sugieren que la extinción es más efectiva cuando se combina con reforzamiento positivo de alguna conducta alternativa o incompatible. Este pensamiento se basa en la idea de que aquellas conductas inadecuadas pueden reducirse de manera más eficaz si, a la vez que éstas dejan de ser reforzadas, se refuerzan en su lugar otras conductas socialmente más deseables.
- c) **El ámbito en que se lleva a cabo la extinción:** El entorno para llevar a cabo la extinción debe de minimizar la posibilidad de que otras personas refuerzen la conducta que se desea reducir. Esto debe llevar a la persona a decidir el lugar adecuado para aplicar la estrategia sin presiones externas que inhiban su conducta consistente en aplicar la extinción. En otras palabras, es importante considerar el ámbito en que se va a llevar a cabo la extinción para: (a) minimizar la influencia de reforzadores alternativos de la conducta no deseada que se quiere extinguir y (b) maximizar las opciones de que los modificadores de conducta persistan en el programa. (Martin y Pear, 2008, p. 68).
- d) **El uso de reglas:** Es de utilidad que se establezcan reglas que ayuden a controlar las conductas. Para ello se deberá establecer desde el principio que se detecte una conducta indeseable, de manera verbal, que “cada vez que hagas X, [el reforzador] no va a ocurrir más”. Esto ayuda a acelerar el proceso de extinción debido a que manifiesta el comportamiento lo que permite ligarlo a la pérdida del reforzador.

- e) **La extinción puede ser más rápida con conductas que se encontraron sujetas a un reforzamiento continuo:** La extinción suele ocurrir de manera más rápida con conductas cuyo reforzamiento ha sido continuo que en conductas que se refuerzan de manera intermitente. Esto ocurre debido a que, debido a que en los programas de reforzamiento intermitente, las relaciones de contingencia entre la conducta emitida y su reforzamiento no se encuentran claramente determinadas, lo que suele provocar que la persona emita con mayor frecuencia la conducta reforzada con el fin de aumentar las probabilidades de obtener un reforzamiento más certero, tal como señaló Skinner (1971). Es por esto que las conductas reforzadas de forma intermitente suelen presentar una mayor resistencia a la extinción.
- f) **Pico o explosión de la extinción cuando esta estrategia se empieza a implementar:** El pico o explosión de la extinción se refiere a que, cuando se empieza a aplicar la extinción a una conducta, la frecuencia de esta conducta suele incrementarse debido a que esa conducta fue anteriormente reforzada, la persona que ejecuta esa conducta tiende a incrementar la frecuencia de emisión de ésta ya que busca los reforzadores que se empiezan a retirar. Esto puede provocar que, a veces, las personas que aplican la extinción duden de la efectividad de dicha estrategia. Sin embargo, la constancia en esta estrategia trae efectos a mediano o largo plazo por lo que lo recomendable es continuar aplicándola hasta que la conducta que se desee extinguir disminuya considerablemente su frecuencia de emisión. Sin embargo, si la persona llegase a presentar conductas que representen un peligro para su propia integridad o la de los demás, se sugiere que la extinción sea descartada como estrategia.
- g) **La extinción puede producir agresiones que interfieran con el programa conductual:** Existe la posibilidad de que la extinción de conductas de agresión (golpear, romper objetos, etc.) sea poco efectiva cuando la extinción se aplica como la única estrategia en una terapia conductual, ya que la agresión se puede incrementar debido al pico de la extinción que se explicó en el inciso anterior. Para ello se recomienda que,

en estos casos, la extinción de este tipo de conductas se acompañe de programas de reforzamiento diferencial de conductas que sean incompatibles con las conductas de agresión. En caso de que las conductas de agresión no puedan ser evitadas, por ejemplo, en los casos de conductas de agresión que realizan niños que aún no poseen capacidad de emisión y comprensión del lenguaje debido a su edad o a trastornos severos del desarrollo, Martin y Pear (2008) recomiendan “llevar a cabo el programa de extinción en un entorno que tolere una cierta cantidad de agresión” (Martin y Pear, 2008, p. 71). Esto quiere decir que quienes apliquen la extinción deberán retirar, en la medida de lo posible, todos los objetos con los que la persona que realiza esas conductas pudiera lesionarse a si misma o a quienes la rodean, o bien, las personas que aplican la extinción pueden equiparse con objetos y/o trajes especiales que reduzcan al mínimo el daño físico que podrían sufrir mientras aplican la extinción, tal como hicieron Carr, Newson y Binkoff (1980; citados en Martin y Pear, 2008, p. 71).

- a) **Una conducta extinta podría reaparecer tras una demora:** Se debe concientizar que la conducta con la que se aplicó el procedimiento de extinción puede aparecer tiempo después, generalmente, con una frecuencia y magnitud menores a las que se observaban antes de aplicar la extinción. A este efecto se le conoce como recuperación espontánea. Según Martin y Pear (2008) en general, este efecto no plantea la aparición de problemas significativos durante las intervenciones de modificación de conducta, ya que la aparición de la recuperación espontánea durante estas intervenciones es poco frecuente, no obstante, se debe estar preparado para continuar el programa de extinción en caso de que la conducta indeseable se vuelva a presentar con la recuperación espontánea.

Bados y García-Grau (2011) añaden otra consideración sobre la extinción la cual es que esta técnica no es factible para aplicarse sobre conductas que se presentan de manera natural y frecuente durante ciertas etapas de desarrollo, tales como la ejecución de rabietas entre los 2 y los 3 años (esto debido a que, en este rango de edad, los niños

aún cuentan con un lenguaje verbal muy limitado, a que aún desconocen cómo expresar sus deseos de manera verbal y asertiva y a que, cognitivamente hablando, el niño aún piensa de manera egocéntrica y aún tiene muchas dificultades para percibir la existencia de los demás); y el llanto y/o ansiedad que ejecutan y sienten los bebés y niños pequeños al momento de empezar a aprender a dormir en un espacio separado de los padres (ya que los bebés y niños pequeños interpretan las separaciones entre ellos y sus padres como abandono por parte de los segundos, ya que aún no desarrollan el proceso cognitivo conocido como la permanencia del objeto). Para lidiar con estas conductas en estas etapas de desarrollo se puede, o bien elegir otras estrategias de modificación de conducta, tales como ejercicios de estimulación de la relajación, o utilizar procedimientos de extinción gradual, los cuales, en el caso de las dificultades para dormir, consisten en otorgar la atención deseada por el niño en cuanto éste la solicita en los primeros días del entrenamiento para dormir, para posteriormente ir espaciando esta atención cada vez más para que el niño aprenda a pasar cada vez más tiempo en su habitación solo, de manera gradual.

Finalmente, para aplicar una extinción efectiva que reduzca o elimine la conducta no deseada, se deberá (Martin y Pear, 2008):

1. Seleccionar de la conducta a reducir:
 - a. Elegir conductas concretas, definir las operacionalmente (decir groserías, chasquear los dedos, patear) y extinguir una conducta a la vez.
 - b. Recordar que la extinción erradica lentamente las conductas indeseables.
 - c. La extinción aumenta su efectividad si todas las personas que rodean a la persona que realiza las conductas indeseables tienen la disposición de retirar la atención de la conducta indeseada.
 - d. Hay que definir de manera precisa todos los reforzadores materiales y sociales que mantienen la conducta indeseable para poder retirarlos de manera efectiva.
2. Consideraciones
 - a. Se debe registrar la frecuencia de la conducta objetivo.
 - b. Identificar un comportamiento alternativo y socialmente deseable que la persona pueda realizar.

- c. Seleccionar un entorno adecuado para realizar la extinción, es decir, que en dicho entorno la persona no debe ser capaz de encontrar otros estímulos que refuercen la conducta que se desea extinguir.
3. Al aplicar la estrategia
 - a. El paciente debe conocer en qué consiste la extinción antes de iniciar dicho procedimiento.
 - b. Es preferible que la extinción de una conducta indeseable se combine con el reforzamiento de conductas alternativas o incompatibles con la conducta a extinguir.
 - c. Se debe aplicar de manera constante esta estrategia hasta que la conducta indeseable desaparezca.
4. Se recomienda que la extinción deje de aplicarse si se presenta alguna de las siguientes situaciones:
 - a. No se presenta la recuperación espontánea de la conducta no deseada.
 - b. No presenta ninguna de las siguientes circunstancias:
 - La atención que se retira después de una conducta inadecuada no es el reforzador que estaba manteniéndola.
 - La conducta inadaptativa está recibiendo refuerzo intermitente de otra fuente.
 - No se ha reforzado adecuadamente la actividad alternativa pertinente.
 - b. El refuerzo alternativo de la conducta indeseable se manifiesta de manera constante.

3.2.2.3 Moldeado

A diferencia de las estrategias anteriores, donde la conducta que es objeto de modificación ya existía y había que promover su uso o desuso, hay ocasiones en las que los individuos no poseen la capacidad de llevar a cabo una conducta. Es en estas ocasiones donde se ocupa la estrategia conocida como moldeado que se podría definir como el esfuerzo por “establecer comportamientos que la persona nunca realiza” (Martin y Pear, 2008, p. 134).

Bados y García-Grau (2011) señalan que el moldeado “se refiere al reforzamiento diferencial de cambios graduales en la topografía de una conducta, pero también puede

referirse al reforzamiento diferencial de cambios graduales en otras características de la conducta como la frecuencia, duración, latencia o magnitud, o al reforzamiento diferencial de cambios graduales en el producto de la conducta” (Bados y García-Grau, 2011, p. 13). De modo que se busca una conducta final que la persona no posee o que muy raramente emite a través del reforzamiento diferencial de conductas más simples que conforman la conducta más compleja que se espera que la persona realice, para que la persona las pueda realizar y obtener reforzadores por realizarlas, lo que la motivara a realizar, de manera gradual, la conducta más compleja. Por ejemplo, si se espera que un estudiante que presenta TDAH aprenda a leer un libro en voz alta desde su principio hasta su final sin interrumpir la lectura, quien realice el procedimiento de moldeado podría otorgar, al principio del programa, reforzamiento al estudiante cada vez que el estudiante lea un enunciado de cada párrafo sin equivocarse, para después de algunas sesiones, otorgar el reforzamiento cada vez que el estudiante lea un párrafo completo, para después reforzar la lectura correcta de dos párrafos de cada página, para después ir aumentando el requisito de párrafos correctamente leídos para otorgar el reforzamiento, para después reforzar la lectura de una página completa de manera correcta y sin detenerse, para después ir aumentando el requisito de páginas del libro leídas para otorgar el reforzamiento, para finalmente solo otorgar el reforzamiento cuando el estudiante lea de manera correcta y sin interrupciones el libro completo.

Tabla 7. Dimensiones moldeables del comportamiento

Dimensión	Definición	Ejemplo
Topografía (forma)	Movimientos físicos implicados en el comportamiento	Posición del brazo durante un saque en tenis
Cantidad: frecuencia	Cuántas veces se produce el comportamiento en un periodo de tiempo determinado	Cantidad de platos fregados en 5 minutos
Cantidad: duración	Periodo de tiempo continuo durante el que se mantiene la conducta	Tiempo pedaleando en el agua
Latencia	Espacio temporal entre el estímulo controlador y la aparición de la respuesta	Tiempo transcurrido entre la pregunta, <<¿qué hora es?>> y la respuesta de mirar al reloj
Intensidad (Fuerza)	Cantidad energía empleada en la respuesta	Fuerza del puñetazo en boxeo

Martin y Pear (2008) y Bados y García-Grau (2011) afirman que entre los factores que influyen en el modelado se encuentran

1. **Especificar la conducta final deseada:** Hay que identificar claramente el objetivo o la conducta final que se desea lograr. Una definición precisa y operacional de la conducta final deseada aumenta la probabilidad de que todas las características pertinentes de ésta (su topografía, cantidad, latencia e intensidad) queden identificadas totalmente. También se le debe comunicar a la persona que recibirá el procedimiento de moldeamiento conductual las razones por las cuales lograr realizar esa conducta final será conveniente para su vida.
2. **Elegir un comportamiento como punto de partida:** Dado que la conducta final deseada no se produce inmediatamente, hay que ir reforzando gradualmente los comportamientos más simples que conforman esa conducta final y administrar los reforzadores de manera que estos se administren ante la ejecución de conductas más parecidas a la final, como ya se explicó anteriormente. Esto a su vez implica seleccionar los reforzadores que habrán de utilizarse durante el procedimiento, los cuales deben ser resistentes al efecto de saciedad del reforzamiento.
3. **Elegir los pasos a seguir en el moldeado:** Parte de este punto es definir el número de aproximaciones sucesivas que serán necesarias entre el comportamiento de partida y el comportamiento final. Tanto el número de aproximaciones sucesivas como el tipo y número de reforzadores que se darán a la persona cuando realice correctamente cada una de ellas se determinan según las observaciones pertinentes del psicólogo, lo que hace flexible la aplicación entre cada comportamiento. Asimismo no hay que desesperarse si la persona implicada no avanza a la velocidad esperada, como si lo hace demasiado deprisa. Lo anterior plantea que en un programa de moldeado es tan importante conocer el objetivo (conducta final) como el nivel de rendimiento de los participantes cuando estos ejecutan cada aproximación sucesiva a la conducta final deseada.
4. **Progresar a un ritmo adecuado:** Esto sugiere tres cuestiones:

- a. No avanzar muy rápido. Reforzar lo suficiente cada conducta aproximada antes de continuar a la siguiente fase para evitar dar lugar a un proceso de extinción que impidiera a la persona lograr la siguiente aproximación sucesiva más compleja.
- b. No avanzar muy lento. Hay que evitar reforzar demasiadas veces cualquiera de las aproximaciones sucesivas durante el moldeado, esto se debe tomar en cuenta con el fin de evitar reforzar comportamientos que haga menos probable la aparición de comportamientos más avanzados debido al efecto de saciedad del reforzamiento
- c. En caso de incurrir en cualquiera de los supuestos anteriores, habrá que retomar una conducta aproximada anterior para retomar el camino hacia la conducta final.

A su vez, hay que comprobar la eficacia del reforzador y que el individuo no se encuentre saciado del mismo, revisar el nivel de fatiga que muestra la persona al realizar cada una de las aproximaciones sucesivas a la conducta final con el fin de tratar de finalizar las sesiones con una conducta aproximada exitosa (Bados y García-Grau, 2011) Una vez alcanzada la conducta final, se deberá establecerla firmemente con reforzamiento positivo continuo y mantenerla en el tiempo con reforzamiento intermitente.

3.2.2.4 Economía de fichas

Para Radcliff (2000), Martin y Pear (2008) y Bados y García-Grau (2011) la economía de fichas es un sistema por medio del cual el sujeto gana puntos cuando su comportamiento es adecuado o pierde puntos cuando su comportamiento es inapropiado esto se lleva a cabo utilizando fichas las cuales pueden ser puntos, vales, marcas, estrellas o cualquier otro objeto que funcione para que la persona sea capaz de visualizar y recordar el comportamiento adecuado. Es un sistema donde un individuo o un grupo de individuos puede ganar fichas por emitir conductas deseables (esas fichas funcionan como reforzadores secundarios) y luego cambiar dichas fichas por reforzadores primarios. Y “esta técnica se utiliza tanto en el aula como de forma individual en casa” (Vázquez-Reina, 2010, p. 2).

Al revisar varias el efecto de varias intervenciones de modificación conductual, Radcliff (2000) señala que, en lo que respecta a su funcionalidad con pacientes TDAH, este tipo de programa sirve tanto para corregir comportamientos que impliquen desobediencia o hiperactividad y que es fundamental que para incrementar al máximo posible la efectividad de estas intervenciones, éstas deben aplicarse en todos los ámbitos de desenvolvimiento de las personas con TDAH, no sólo en sus hogares. Cabe señalar que “la economía de fichas puede ser de gran valor para el estudiante impulsivo porque ofrece una razón tangible para actuar apropiadamente y evitar una multa”. (Reiber y McLaughlin, 2004, p. 6). Esto último quiere decir que la economía de fichas alcanza su máximo nivel de efectividad cuando en su diseño se combinan los procedimientos de reforzamiento positivo (al momento de otorgar las fichas cuando el estudiante realiza una conducta deseable) y el de costo de respuesta (al momento de retirar algunas fichas que el estudiante haya ganado cuando éste realice una conducta disruptiva o de agresión).

Radcliff (2000) explica que si se desea aplicar el procedimiento de economía de fichas, los responsables de implementarlo deben revisar las reglas generales de comportamiento que se van a seguir durante el día y:

- a) Para el comportamiento adecuado, los responsables recompensan a los estudiantes con pequeños botones, colocados a la vista y que puedan hacerlos acreedores a un botón grande al final de cada actividad. Si los pupilos consiguen suficientes botones grandes al final del día eran merecedores de una recompensa (crayones, marcadores, pegatinas, o cualquier otra cosa similar).
- b) Para un comportamiento inapropiado, los botones grandes deben estar a la vista y se retiran por los malos comportamientos que los niños tienen. Al final del día, si cuentan con suficientes botones pueden recibir una recompensa.

Es importante remarcar que cada vez que se agregan o quitan botones, se debe explicar la razón exacta por la que pasa la situación y se debe hacer a través de alabanzas o reprimendas (Radcliff, 2000, p. 15).

La Economía de fichas, como ya se ha dicho, puede ser grupal o individual. Martin y Pear (2008) señalan que, en ambas modalidades, la conducta meta debe establecerse conforme a los tipos de personas y las barreras que impiden alcanzar dicho objetivo. Por otro lado, en el caso de los grupos los individuos deben ser, en la medida de lo posible, integrantes homogéneos (sujetos que comparten una condición discapacitante similar, por ejemplo) pues entre más homogéneo sea el grupo mayor facilidad habrá para atacar sus necesidades específicas individuales. Lo anterior no desmerece que, aun siendo grupos con circunstancias similares, se tengan que desarrollar detalles en el programa para atender las necesidades individuales de cada participante.

Entre las ventajas de este sistema es que permite al individuo conectar la conducta deseada con la administración inmediata de las fichas lo que proporciona una muestra visible de la mejora y dicho refuerzo tiene poco efecto de saciedad. Por el lado de las limitaciones, tiene que ver con su grado de complejidad, las fichas están a disponibilidad de falsificarse, intercambiarse o perderse (Bados y García-Grau, 2011 pp. 39-40) lo que puede generar efectos de frustración.

Finalmente, según Martin y Pear (2008) debe recordarse que el objetivo de la economía de fichas no es la dependencia de la entrega de fichas sino su sustitución por reforzadores materiales y sociales, idealmente se espera que sea la propia persona que fue objetivo del procedimiento sea capaz de autoadministrarlos, con el fin de fomentar su capacidad de autocontrol de sus propias conductas. Para lograr esto se debe llevar una serie de niveles, los cuales se describen a continuación:

- Primer nivel. Las conductas adecuadas ganan fichas y los reforzadores cuestan fichas (esto dura varias semanas).
- Segundo nivel. Dejan de administrarse fichas por realizar algunas conductas (una minoría) y, por otra parte, algunos reforzadores pueden

obtenerse sin necesidad de “pagar” fichas (se establecen dos límites de ejecución, uno para pasar al siguiente nivel y otro para volver al anterior).

- Tercer nivel. Se aumenta el número de conductas que no reciben puntos de forma progresiva y posteriormente no se entregan puntos por realizar ninguna de las conductas objetivo (los reforzadores pasan progresivamente a ser “libres”, pueden conseguirse sin pagar puntos). Si se detecta una baja frecuencia, cantidad o calidad de las conductas puede regresar a un nivel anterior.
- Cuarto nivel. La persona pasa parte de su tiempo en el medio natural y en este, las conductas reciben los reforzadores habituales en el mismo. Finalmente, la persona vuelve a integrarse completamente en su medio natural (Bados y García-Grau, 2011, p. 42).

Para concluir este apartado, se describen brevemente los efectos que tuvieron diferentes procedimientos de modificación conductual sobre los comportamientos disruptivos de diversos estudiantes que fueron diagnosticados con TDAH. En primer lugar, Jones, Weber y McLaughlin (2013) realizaron un programa de modificación conductual sobre dos niños que asistían a una escuela de Educación Especial que fueron diagnosticados con TDAH; el primero de ellos también tenía un Trastorno del Espectro Autista y reaccionaba de manera agresiva cuando se le daba una instrucción verbal y recibía tratamiento farmacológico para el TDAH y un cuadro de ansiedad; y el segundo nada más tenía el diagnóstico de TDAH y se encontraba bajo el respectivo tratamiento farmacológico que se suele recetar para paliar esta condición, pero que no lo podía tomar de manera consistente debido a que sus padres estaban disputándose su custodia. Las conductas disruptivas de estos estudiantes consistieron en falta de atención, desobediencia hacia instrucciones verbales e interrupciones verbales constantes durante las clases. El programa de modificación conductual consistió en el establecimiento de una línea base para determinar las propiedades de las conductas

disruptivas de los dos estudiantes para posteriormente implementar una combinación de economía de fichas y contrato de contingencias. Los autores de este estudio señalaron que gracias al programa de modificación conductual, el primer estudiante incrementó su capacidad de seguir instrucciones en un 52% con respecto a la capacidad de obediencia de instrucciones que él mostró en la línea base del tratamiento, mientras que el segundo estudiante incrementó en 59% dicha capacidad con respecto a la obediencia que mostró durante la línea base. Con respecto a la conducta de interrumpir verbalmente durante las clases, se encontró que ambos estudiantes lograron disminuir la frecuencia de esta conducta y que, por el contrario, sus intervenciones verbales fueron más pro-sociales con sus compañeros. Sin embargo, los autores de este estudio también señalaron que la efectividad del programa conductual que implementaron se redujo considerablemente debido a que algunos de los profesores del centro de Educación Especial no llegaron a un consenso en cuanto a la definición operacional de las conductas disruptivas que los dos estudiantes mostraban, lo que afectó el acuerdo entre observadores para registrar de manera adecuada las propiedades de dichas conductas, además de que algunos de esos profesores no monitorearon con la suficiente frecuencia los programas de modificación conductual que se implementaron, debido a que debían de atender a más grupos de estudiantes de los que podían atender.

En segundo lugar, Corsi, Barrera, Flores, Perivancich y Guerra (2009) entrenaron a una docente de secundaria para que ella implementara en los estudiantes adolescentes de su grupo un programa de modificación de conducta conformado por el uso adecuado de las reglas verbales, el otorgamiento de reforzamiento social y una economía de fichas (en la cual se combinaron el reforzamiento positivo de conductas socialmente deseables con el coste de respuesta para disminuir las conductas disruptivas de los estudiantes). Los autores de este estudio usaron un diseño experimental ABAB (línea base-intervención-retorno a línea base-retorno a intervención-seguimiento) para llevar a cabo el programa de modificación de conducta; las conductas disruptivas que se buscaron eliminar en los estudiantes fueron bastante numerosas y se definieron como: No seguir las instrucciones de la docente, realizar conductas que no se relacionaban con la impartición de las clases (tales como comer, gritar, maquillarse, etc.) y realizar conductas que atentan contra la integridad física de otros estudiantes y del mobiliario escolar,

mientras que las conductas prosociales que se buscaron generar e incrementar en los estudiantes fueron el seguimiento de las instrucciones de la docente y la participación voluntaria en clase /conducta que se definió operacionalmente como preguntar las dudas con respecto a los temas vistos en clase, opinar de acuerdo a estos temas y dar ejemplos prácticos acerca de estos temas). Estos autores reportaron que, conforme a lo que ellos esperaban, los comportamientos disruptivos de los estudiantes tuvieron una alta frecuencia durante la primera línea base, la primer fase de intervención (aunque aquí también se muestra un ligero aumento en la frecuencia de ejecución de conductas prosociales) y la segunda línea base, mientras que la mayor cantidad de conductas prosociales por parte de los estudiantes ocurrieron durante la segunda fase de intervención y durante la fase de seguimiento.

En tercer lugar, Ramírez (2015) llevó a cabo un programa de intervención conductual en un niño de 6 años que asistía al primer grado de primaria dentro de esta misma escuela. Al niño se le diagnosticó tanto con TDAH como con trastorno negativista desafiante. Las conductas disruptivas que realizaba el niño fueron las siguientes: Gritar, insultar, golpear, amenazar, interrumpir, empujar y escupir a su profesor y a sus compañeros de clase, así como levantarse de su asiento, romper el material escolar disponible en el aula y desobedecer las instrucciones verbales que le otorgaba su profesor. Después de entrevistarse con el niño y el profesor de su grupo, así como después de aplicarle al niño diversos instrumentos diseñados para medir la ansiedad y el estrés infantil, la autora de este trabajo determinó que tanto la desobediencia como las conductas disruptivas que el niño realizaba tenían origen en altos niveles de ansiedad y estrés debidos tanto a la presencia de los diagnósticos de TDAH y trastorno negativista desafiante, como al divorcio de los padres del niño y el fallecimiento reciente de sus abuelos y al exceso de regaños hostiles hacía el niño por parte del profesor y sus compañeros de clase (lo cual se combinaba con un déficit de reforzamiento positivo de las conductas prosociales que el niño realizaba durante la clase; entonces, con el objetivo de corregir tanto las conductas disruptivas del niño como las estrategias inadecuadas de modificación de conducta que implementaba su profesor, la autora de este trabajo entrenó tanto al niño como a sus compañeros y a su profesor en la aplicación de un programa compuesto de modificación de conducta, el cual consistía en: La declaración

de reglas verbales precisas para que el niño llevara a cabo conductas prosociales, economía de fichas para que el niño aprendiera a llevar a cabo esas conductas prosociales y disminuyera la frecuencia de ejecución de las conductas disruptivas que se describieron anteriormente, la extinción, el tiempo fuera y el coste de respuesta. Ramírez (2015) reportó que después de la implementación de su programa de modificación de conducta compuesto, el nivel de estrés y de ansiedad que el niño manifestaba disminuyó considerablemente, y que eso, en conjunto con la adecuada implementación de las estrategias conductuales por parte de su profesor y de sus compañeros de clase, permitieron que el niño aumentara de manera considerable la ejecución de conductas prosociales en clase, al tiempo que disminuyó la frecuencia de ejecución de las conductas disruptivas.

En cuarto lugar, Peña y Guzmán (2015) participaron, en conjunto con una psicóloga educativa, en un programa de modificación de conducta con un niño que asistía a la escuela primaria y a quien la psicóloga educativa diagnosticó con TDAH. Las conductas disruptivas que el niño realizaba fueron: La desobediencia a las instrucciones verbales, empezar a realizar diversas actividades sin terminarlas y mostrar conductas de enfado cada vez que se le indicaba terminar con las actividades que dejaba sin terminar. Con el objetivo de corregir estas conductas, tanto la psicóloga educativa como los autores de este trabajo implementaron el reforzamiento social de conductas prosociales, el moldeado, el modelado, la enunciación de instrucciones verbales precisas y la participación en diversos juegos que implicaban la toma de turnos con el fin de que el niño disminuyera la magnitud de su impulsividad. Al final de dicha intervención, el niño aprendió a concluir las actividades que iniciaba y era capaz de esperar turnos tanto para hablar como para llevar a cabo las actividades que deseaba realizar.

Y finalmente, Martín (2020) llevó a cabo una intervención educativa basada en la educación física con el fin de fomentar las conductas de cooperación prosocial, el seguimiento de instrucciones y el autocontrol conductual entre estudiantes de primaria. El autor reportó que su intervención educativa contribuyó a incrementar las pautas conductuales de convivencia prosocial entre sus alumnos debido a la implementación de juegos de activación física que fomentaban la cooperación y la competencia socialmente aceptable entre sus alumnos. Se incluyó la descripción de esta intervención educativa

en este trabajo debido a que las estrategias educativas que el autor de este trabajo llevó a cabo se asemejan bastante a las estrategias de modificación conductual que se han descrito a lo largo de este capítulo.

Con el fin de concluir este capítulo, la autora de este trabajo considera indispensable enfatizar que, si bien reconoce la considerable eficacia terapéutica que las terapias conductuales pertenecientes a la Primera Generación del conductismo posee en las intervenciones educativas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la niñez que vive con TDAH, también le genera una inquietud considerable la conceptualización que algunos autores conductistas adheridos a las terapias conductuales de primera generación, como por ejemplo, García de Vinuesa (2017) le otorgan al diagnóstico mismo del TDAH; dicha conceptualización consiste en argumentar, de manera contundente, que los criterios diagnósticos del TDAH establecidos en el DSM IV carecen de todo fundamento científico, tanto a nivel teórico, como a nivel terapéutico. Para sustentar su negación de todo carácter científico del diagnóstico de TDAH, García de Vinuesa (2017) se basa en tres argumentos principales, los cuales son:

- Este autor le atribuye a George F. Still (1902; citado en García de Vinuesa, 2017), uno de los pioneros de la actual categoría diagnóstica del TDAH, una serie de intenciones estigmatizantes hacia los primeros niños a los cuales él diagnosticó con TDAH, basándose en que Still se refirió a este diagnóstico en sus trabajos con la categoría diagnóstica denominada *Defecto Mórbido de Control Moral*, ya que Still afirmaba que los niños con este diagnóstico arcaico eran totalmente incapaces de adherirse a cualquier regla *moral* que su grupo social de referencia les tratara de imponer, yendo tan lejos como para afirmar que esos niños “carecen de vergüenza y son, en algunos casos, viciosos y sexualmente inmorales, a pesar de no presentar deficiencias intelectuales”. Dicha afirmación, según García de Vinuesa constituye un estigma grave contra la niñez.
- La muestra no representativa, desde el punto de vista estadístico, de 43 niños con la cual Still estableció los criterios diagnósticos de su recién acuñado *Defecto Mórbido de Control Moral* no cumplió en ningún momento, en opinión de este autor con ningún criterio científico de representatividad

estadística ni especificidad, ya que 23 de esos niños si presentaban deficiencias intelectuales graves.

Ahora, con el fin de replicar las afirmaciones de García de Vinuesa (2017), la autora de este trabajo señala, en primer lugar, que si bien las afirmaciones que realizó Still acerca de los niños que fueron las muestras para sus trabajos fueron estigmatizantes sin ninguna duda y que por lo tanto, comparte la postura de este autor acerca de que no se debe estigmatizar a la niñez con el uso de categorías diagnósticas de corte clínico, para lo cual, estas deben evolucionar de acuerdo a los cambios históricos y socio-políticos que buscan un mayor progreso humanitario, en la actualidad, ningún profesional ni clínico ni educativo que evalúa y diseña programas de intervención conductual para niños que tienen TDAH y sus variantes se atrevería a afirmar, bajo ningún concepto científico ni humanitario, que los niños que viven con esa condición son totalmente incapaces de regular su comportamiento ético, sino más bien al contrario, que con una intervención conductual bien diseñada y en la que se tomen en cuenta las variables socioculturales de los niños, éstos pueden ser capaces de comportarse de manera ética en sociedad, lo cual demuestra que el uso de la categoría diagnóstica del TDAH ha evolucionado de manera considerable a lo largo del siglo XX y en la segunda década del siglo XXI, a tal punto que ya no tiene ninguna conexión con la categoría diagnóstica de *Defecto Mórbido de Control Moral* acuñada por Still en 1902. Por esta razón en opinión de la autora de este trabajo, García de Vinuesa (2017) comete de manera evidente la falacia informal denominada como Muñeco de Paja al dar a entender, en las conclusiones de su artículo, que todos los profesionales dedicados al estudio e intervención del TDAH comparten las mismas opiniones que tenía Still sobre la niñez que presenta TDAH por el simple hecho de reconocer a ese autor como pionero en el estudio de esta condición. Según García (2000) la falacia informal del Muñeco de Paja consiste en alterar una tesis, postura o evidencia resaltando sus aspectos más débiles y marginales o más controversiales, para después rebatirlos como si estos aspectos fueran los puntos medulares de esa tesis, lo cual resulta ser más sencillo que debatir acerca de todos los aspectos que constituyen esa tesis o evidencia. Para efectos de este trabajo, se puede decir que los autores que cuestionan la validez científica del diagnóstico del TDAH deforman las tesis que le dan sustento clínico a dicho diagnóstico en los momentos

en los que éstos sacan a relucir afirmaciones y posturas sobre la niñez que los pioneros en el estudio del TDAH realizaron en sus respectivos momentos históricos y presentándolas como si fueran vigentes en la actualidad, o atribuyéndoles a los profesionales de la salud que se dedican a estudiar o intervenir sobre el TDAH la intención, totalmente ficticia, de someter a los pacientes que presentan TDAH a una polifarmacia indiscriminada de psicofármacos encaminados a controlar algunos signos neurológicos del TDAH y sus variantes clínicas.

Y en segundo lugar, con respecto a la descalificación hecha por este autor al diagnóstico de TDAH basándose en la muestra no representativa de niños que utilizó Still, la autora de este trabajo considera indispensable replicar que se pueden realizar trabajos que tengan suficiente rigor científico aún con el uso de muestras no representativas, ya que basta con que las intervenciones e investigaciones que se realicen se apeguen a criterios firmes de sistematicidad y de respeto a los participantes humanos de una investigación o terapia, además de que se podría afirmar que García de Vinuesa (2017) olvidó que, en psicología clínica, se suelen trabajar con casos únicos o con muestras estadísticamente no representativas de personas, y que aún con esas limitaciones en cuanto al muestreo estadístico de las personas, se pueden obtener resultados efectivos, sistemáticos y susceptibles de ser replicados por otros investigadores y terapeutas, y que estos tres criterios epistemológicos se constituyen como pilares en la realización de la ciencia psicológica, y que por lo tanto, hacen falta más argumentos provenientes de los ámbitos multi e interdisciplinarios en el tratamiento del TDAH, más allá de los errores puntuales cometidos por uno de los pioneros del estudio de esta condición para sustraerle toda la validez científica a esta categoría de diagnóstico clínico

Después de realizar estas réplicas fundamentales para consolidar la validez científica del diagnóstico del TDAH y habiendo ya expuesto la gran variedad de técnicas conductuales de la Primera Generación conductual que se pueden utilizar para intervenir de manera efectiva en la inclusión educativa de la niñez que viven con TDAH, en el siguiente capítulo se va a desarrollar la información que se ha visto de manera teórica en una forma práctica al aplicarla a un alumno quien poseía un diagnóstico de TDAH emitido por una USAER y al que la autora de este trabajo le construyó un programa

integral de modificación de conducta, usando técnicas pertenecientes a la Primera Generación Conductual, con el objetivo de disminuir la frecuencia, topografía y duración de las conductas disruptivas asociadas al TDAH, mientras se fomenta en él la aparición de conductas socialmente adaptativas (Por ejemplo: Esperar turnos para realizar actividades y hablar, autocontrolar su nivel de activación corporal, solicitar permisos antes de realizar las conductas apetitivas que él desea, etc.).

Capítulo 4

Procedimiento

4.1 Objetivo General

- Diseñar e implementar un programa de intervención de tipo conductual con el fin de disminuir la frecuencia de diversas conductas disruptivas asociadas al TDAH en un alumno de tercer año de primaria y de 8 años de edad.
- Evaluar, de manera cualitativa, que tanto influye el programa de intervención psicoeducativa en el proceso de la educación inclusiva que se espera que el alumno obtenga de sus padres y docentes que le rodean después de recibir dicha intervención. Cabe mencionar que la parte del proceso de educación inclusiva que se busca implementar y fortalecer con esta intervención psicoeducativa es que tanto sus padres como el equipo docente de la escuela a la que asiste este alumno lo comience a percibir como un alumno merecedor de un trato digno y respetuoso y lleno de potencial para aprender cualquier cosa que él desee o necesite para tener éxito en su vida presente y futura (es decir, lleno de potencial humano), en vez de considerar que él es un *niño problema* sólo por el hecho de presentar las limitaciones en la actividad cotidiana asociadas al TDAH.

4.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar y evaluar las conductas que se requieren modificar
- Aplicar un programa de intervención que involucre tanto a los padres como al niño.
- Facilitar técnicas a los padres para mejorar la conducta del niño en su ambiente familiar, escolar y social.
- Evaluar, mediante una entrevista de retroalimentación, si existe un cambio significativo en la percepción social que los padres y los docentes que rodean al alumno objeto de esta intervención educativa, es decir, si éstos dejan de percibirlo y tratarlo como un *niño problema* y, por el contrario, comienzan a percibirlo y tratarlo como un a un alumno merecedor de un trato digno y respetuoso y lleno de potencial humano. Este cambio en la

percepción social del alumno resultara ser crucial en el proceso de la educación inclusiva que debe recibir el alumno en su hogar y en su escuela después de participar en la intervención psicoeducativa que se describe a continuación.

4.2 Instrumentos

- **Cuestionario Conners para padres en su versión de 48 reactivos (1969):** Este cuestionario permite evaluar cinco factores definitorios del diagnóstico de TDAH, los cuales son: **1) Problemas de conducta:** El cual se define como comportamientos no habituales en los niños dependiendo de su edad o comportamientos no esperados por los adultos. **2) Problemas de aprendizaje:** El cual se define como el conjunto de dificultades que presenta el niño para entender y seguir tareas escolares e instrucciones, para dominar las destrezas de básicas de lectura, deletreo, escritura y/o matemáticas, para coordinar sus movimientos tanto en su vida diaria como en actividades coordinadas tales como la práctica de los deportes, para conservar sus pertenencias y para entender los conceptos relacionados al tiempo (Ayer, Hoy y Mañana) y para controlar el enojo y la frustración. **3) Psicossomático:** Es un factor que se define como el conjunto de enfermedades de las cuales se sospecha que su origen se remonta a motivaciones emocionales y/o psicológicas, aunque los síntomas que presenten sean de tipo biológico/orgánico. **4) Impulsivo-Hiperactivo:** La hiperactividad dentro de este factor es un componente que, dentro del ámbito clínico, suele definirse como inquietud psicomotriz continua y perturbadora (esta definición fue la que se evaluó debido a que tanto las docentes como la madre del niño identificaron esta característica como una conducta problema), mientras que la impulsividad es un componente que se define como la tendencia a la ejecución de conductas sin haber evaluado previamente las consecuencias positivas o negativas que se desencadenarán. y **5) Ansiedad:** Es un factor que se define como una sensación subjetiva de aprensión y temor acompañada de síntomas físicos tales como sensación de falta de aire, temblores, palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco, etc. Dicha sensación y síntomas físicos se presentan ya sea en ausencia de estímulos externos que la anteceden o en presencia de estímulos

externos que no suelen producir respuestas físicas, motoras y emocionales de tipo traumático. Este cuestionario, además, cuenta con una sección en la cual la persona que aplica el instrumento puede describir, de manera cualitativa, las conductas que emiten los niños que se encuentren bajo el cuidado de los padres.

- **Cuestionario CONNERS para maestros en su versión de 39 reactivos (1969):** Este cuestionario permite evaluar seis factores definitorios del diagnóstico de TDAH, los cuales son: 1) Hiperactividad, 2) Problema Conductual, **3) Sobre-indulgencia Emocional:** Es un factor que se define como la búsqueda excesiva, por parte del niño, de cuidados y contacto afectuoso por parte de otros niños y adultos que le rodean. **4) Ansiedad-Pasividad:** La pasividad es un componente que se define como la cualidad del niño de evadir responsabilidades que le corresponden o le afectan en su vida diaria mediante demostraciones de apatía e indiferencia. **5) Asocial:** Factor que se define como la dificultad del niño para identificarse con las características de su grupo de pares y para llevar a cabo conductas que contribuyan activamente a su propio bienestar. y **6) Ensoñación-Problemas de atención:** Factor que se define como la dificultad del niño para percibir e interpretar los estímulos ambientales que lo rodean, y para perseverar en las conductas complejas que inicia, le cuesta trabajo terminar las acciones que inicia. Este cuestionario también cuenta con una sección en la cual la persona que aplica el instrumento puede describir, de manera cualitativa, las conductas que emiten los niños durante las clases que imparte el docente.
- **Entrevista a padres de Guevara, Ortega y Plancarte, (2013).** El cual nos ayudará a obtener información a profundidad del niño así como su relación con su familia y entorno escolar (Ver Anexos 4 y 5).

4.3 Escenario

- Las sesiones se llevaron a cabo en uno de los consultorios de atención psicológica de la Clínica de Salud Comunitaria “San Ignacio”, ubicada en el Callejón San Ignacio #0, en la Colonia Barrio San Ignacio, en la Alcaldía Iztapalapa de la Ciudad de México, con Código Postal 9000. En esta clínica se brinda servicio psicológico,

médico, odontológico y de masoterapia. El consultorio en el cual se llevó a cabo la intervención educativa cuenta con un espacio amplio y confortable, acondicionado para niños con necesidades educativas especiales, es seguro tanto para niños como para padres y se cuenta con materiales y juguetes didácticos.

4.4 Participante

- Un niño de 8 años de nacionalidad mexicana diagnosticado con TDAH, quien al momento de la realización de esta tesis cursaba el tercer año de primaria. El participante aceptó participar en este estudio con la autorización de sus padres, quienes refirieron que él presentaba algunos problemas de conducta (Ver foto de este alumno en el Anexo 6).

4.5 Procedimiento de intervención

4.5.1 Recolección de Datos

La presente intervención se centra en el tratamiento educativo de un niño de ocho años previamente diagnosticado con Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad quien fue canalizado por la USAER a través de su área psicológica. En este trabajo se plantea el tratamiento, así como los resultados del menor hasta el momento en que concluyeron las sesiones.

Al seguir los procedimientos establecidos por el USAER, se realizaron las siguientes actividades:

- a) Aplicación de Escalas completas de Conners para padres y maestros (Conners, 1969)
- b) Aplicación de la entrevista semiestructurada de Guevara, Ortega y Plancarte (2013) sobre antecedentes familiares, identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y postnatales para la adquisición de discapacidades, y dificultades para desenvolverse en ambientes educativos, a los padres del alumno.
- c) Diseño e implementación de un programa de atención de TDAH

- Diseño de un programa de 12 sesiones (las dos primeras sesiones consistieron en la detección de las necesidades educativas del alumno mediante la aplicación de las Escalas de Conners para padres y maestros y mediante la realización de una entrevistas semiestructurada a los padres del alumno, así como la realización de una entrevista abierta al alumno; y en la psicoeducación a los padres sobre los signos conductuales, cognitivos y emocionales del TDAH; mientras que las 10 sesiones restantes consistieron en la aplicación de diferentes técnicas de tipo conductual, para modificar la frecuencia de las conductas disruptivas asociadas al TDAH que el alumno realizaba en su hogar y en su escuela).
- Evaluación de la mejora conductual en la última sesión de la intervención psicoeducativa

Es importante mencionar que las técnicas implementadas durante este periodo se han adaptado a la situación mundial generada por la pandemia de la COVID-19 la cual llevó a la población estudiantil a tomar clases en línea. Por lo anterior, la autora de este trabajo de entrevistar al docente del ciclo escolar presente (2020-2021, tercer grado de primaria) y de los dos anteriores (2019-2020, segundo grado; y 2018-2019, primer grado) con el fin de aumentar la muestra de las conductas disruptivas asociadas al TDAH que el alumno presentaba; esto debido a que el mencionado alumno tuvo una mayor cantidad de clases e interacciones con su docente y compañeros durante el ciclo escolar 2019-2020, al ser este un ciclo lectivo presencial, mientras que si únicamente se hubieran evaluado dichas conductas disruptivas durante el ciclo lectivo 2020-2021 (en el cual el alumno sólo recibía dos clases por semana), la muestra de las conductas objetivo de la presente intervención educativa hubiera sido muy pequeña.

Además, se incluyen las actividades empleadas durante las diez sesiones por las que se distinguirá la evolución del comportamiento que presenta el sujeto de estudio.

Como lo establece la Escala de Conners, dentro los individuos que son relevantes para considerar el comportamiento de TDAH son los padres y las docentes. En el caso nuestro sujeto de estudio, quien estuvo presente fue únicamente la madre. A cada uno

de ellos se les aplicó la escala con la finalidad de poder evaluar al menor en ámbitos tales como: Problema Conductual, Problema de Aprendizaje, Problema Psicosomático, Impulsivo-Hiperactivo y Ansiedad, Sobre indulgencia Emocional, Ansioso-Pasivo, Asocial y Ensoñación-Problema de Atención.

A continuación, se presentan una serie de tablas, las cuales resumen la información más relevante obtenida de la observación, entrevista y pruebas aplicados a los padres y maestros, así como al propio alumno objetivo de este programa de intervención (todas estas actividades antes mencionadas las llevó a cabo la propia autora de este trabajo). También cabe mencionar que a observación inicial de las fortalezas y de las áreas de oportunidad del alumno fue de tipo natural, es decir, que la autora de este trabajo observó directamente dichas fortalezas y áreas de oportunidad sin establecer de manera verbal al alumno pautas de comportamiento determinadas de antemano, esto se llevó a cabo con dos objetivos; el primero consistió en que el alumno manifestara esas fortalezas y áreas de oportunidad de la manera más espontánea posible (y con esto lograr que las estrategias utilizadas en el programa de intervención educativa fueran lo más personalizadas posible), mientras que el segundo objetivo consistió en que el alumno estableciera un mejor rapport con la autora de este trabajo al inicio tanto de la sesión de entrevista abierta como de al inicio de las sesiones de implementación de la terapia conductual. Esta entrevista al alumno fue única, y tuvo una duración de una hora. En cuanto a la duración del programa de intervención, éste tuvo una duración de 2 meses y 15 días, iniciando a mediados del mes de septiembre de 2021 y finalizando al final de la segunda semana del mes de diciembre del mismo año.

4.5.2 Detección de necesidades

Tabla 8. Profesora ciclo escolar: 3er Año de primaria (2020-2021)	
Áreas fuertes	<ul style="list-style-type: none"> - Es destacado en sus clases, ya que tiene promedio general de 9 - Con respecto a actividades de tipo académico, el alumno era capaz de realizar las actividades que la docente le solicitaba con una demora de unos pocos minutos.

<p>Áreas de oportunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El alumno se levantaba constantemente de su asiento durante cada clase que impartía la docente, aproximadamente el alumno se levantaba 25 veces por clase. - El alumno iniciaba aproximadamente 8 conversaciones, por clase, con la docente acerca de temas que no guardaban relación con las materias que ella impartía a los demás alumnos del grupo, además de mostrarle a ella y a sus compañeros objetos que no guardaban relación con las actividades escolares que la docente solicitaba (entre estos objetos figuraban los juguetes y la mascota del alumno). - El alumno iniciaba aproximadamente 30 conductas referentes a iniciar juegos con sus compañeros durante la impartición de cada clase - Una vez que se levantaba de su asiento, el alumno deambulaba alrededor del salón y entre los asientos de sus compañeros aproximadamente durante 35 minutos por clase.
<p>Evaluación Psicoeducativa</p>	<p>La evaluación psicoeducativa consistió en la realización de dos actividades, las cuales fueron:</p> <p>1) Solicitar a la docente que respondiera la escala de CONNERS para maestros, en su versión de 39 reactivos (los detalles de la aplicación del cuestionario se describen en la Tabla 13, mientras que los resultados obtenidos se describen en la Tabla 14 y en la Figura 16).</p> <p>2) La autora de esta tesis le realizó a la docente una entrevista abierta con el fin de enriquecer, de manera cualitativa, la información proporcionada por la escala CONNERS. Durante el desarrollo de esta entrevista, la docente manifestó una sensación muy significativa de preocupación ya que ella consideraba que las conductas descritas en el apartado <i>Áreas de oportunidad</i> tenían un gran potencial de ocasionar que el alumno se lastime debido a posibles tropiezos y caídas, tanto con los objetos que muestra, como por el hecho de levantarse constantemente de su asiento.</p> <p>La docente también expresó una preocupación considerable evaluando posibles consecuencias aversivas de las conductas disruptivas que el alumno realizaba, con respecto a su futuro bienestar social, ya que ella consideraba que, al distraer a la clase con la ejecución de estas conductas, el alumno podía provocar el rechazo de sus compañeros. Y finalmente, la docente reconoció que tenía una sensación muy pronunciada de frustración mientras daba las clases en las que el alumno estaba presente, ya que cuando éste llevaba a cabo alguna de las conductas disruptivas, ella debía volver a explicar varias veces los mismos conceptos y actividades de esas</p>

	<p>clases, lo que causaba que la duración de estas clases se extendiera por varios minutos más de lo planeado por ella.</p> <p>Fue por esta razón que la autora de este trabajo decidió utilizar técnicas pertenecientes a la terapia conductual, ya que, tal como se expuso en el tercer capítulo de esta tesis, estas técnicas son las más apropiadas para que las personas aprendan a autorregular su propia conducta mediante la comprensión adecuada de reglas (las cuales funcionan como estímulos discriminativos de la conducta) y la exposición y comprensión de las consecuencias que generan esas conductas.</p>
Estrategias utilizadas	<p>Para reducir estas conductas inadecuadas, la autora de este trabajo realizó diversas estrategias de modificación de conducta, entre las cuales destacaron: la economía de fichas, el reforzamiento diferencial de tasas bajas, el castigo negativo, la extinción, el tiempo fuera, y finalmente el modelamiento y el moldeamiento de otras conductas incompatibles con las conductas disruptivas descritas con anterioridad en esta tabla. Dichas estrategias demuestran contar con un alto nivel de efectividad de acuerdo con autores tales como Gómez y Cuña (2017). Ya que dichas estrategias se implementaron desde el seno familiar, resultó crucial tener comunicación constante con los profesores con respecto a la situación escolar y familiar del alumno.</p>

Tabla 9
Profesora ciclo escolar: 2do Año de primaria (2019-2020)

Áreas fuertes	<ul style="list-style-type: none"> - Contesta correctamente lo que le preguntan durante la clase - Si uno de sus compañeros tenía dificultades para realizar correctamente algún trabajo escolar, él le explicaba la manera correcta de realizarlo o modelaba las conductas requeridas para acreditar dichos trabajos; y también moldeaba los eslabones conductuales que conformaban los trabajos escolares solicitados por la docente. - El alumno realizaba con poca demora las actividades escolares que la docente le solicitaba realizar en el aula. - Repartía con poca demora el material escolar que le solicitaban tanto la docente como sus demás compañeros.
---------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Durante los recesos y las clases de educación física, el alumno asumía el rol de líder y les indicaba a sus compañeros cuáles conductas debían realizar en los juegos con el fin de ganarlos. - El alumno compartía sus pertenencias con sus compañeros cuando éstos así se lo solicitaban. - El alumno es capaz de memorizar mucha de la información que se le brinda en las clases.
Áreas de oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> - El alumno chupaba la parte del cuello de su playera alrededor de 10 veces durante cada clase. - El alumno era impulsivo, es decir, empezaba a realizar conductas gobernadas por instrucciones antes de comprender dichas instrucciones. - El alumno interrumpía los diálogos de sus compañeros, además, éste hablaba cuando sus compañeros le solicitaban que sólo los debía escuchar. - Cuando la docente organizaba actividades escolares que requerían la conformación de equipos de trabajo, el alumno se levantaba de su lugar de manera constante y deambulaba por el aula aproximadamente durante 12 segundos por cada actividad en equipo. - El alumno realizaba aproximadamente 7 diferentes sonidos con su boca y su cuerpo durante cada clase, los cuales no le eran solicitados ni por la docente ni por sus compañeros. - El alumno solicitaba permiso para ir al baño constantemente, aproximadamente unas 5 veces por clase. - Distrae a sus compañeros - Los compañeros del alumno imitaban las conductas disruptivas que éste realizaba (dichas conductas ya fueron mencionadas en esta tabla). - El alumno se levantaba de su asiento alrededor de unas 15 veces por clase. Y deambulaba alrededor del salón durante, aproximadamente, 15 minutos por clase. - Cuando al alumno se le solicitaba trabajar en equipo, pero la actividad escolar asignada no era de su interés, el alumno realizaba otras actividades que no guardaban una relación lógica con dicha actividad, tales como: Cantar, platicar acerca de sus pasatiempos o de su mascota, etc. - Cuando el cuerpo docente de la escuela le indicaba al resto de estudiantes que debían formar filas, este alumno deambulaba entre la fila de su grupo sin permanecer en el lugar que le correspondía por estatura. - Cuando la docente organizaba actividades y juegos didácticos que requieren la toma ordenada de turnos por parte de los estudiantes, el alumno o bien realizaba la actividad durante el turno de sus compañeros o realizaba conductas ajenas a la

	<p>actividad organizada cuando llegaba su propio turno (algunas de las cuales ya se describieron con anterioridad en esta tabla).</p>
Evaluación Psicoeducativa	<p>La evaluación psicoeducativa consistió en la realización de dos actividades, las cuales fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitar a la docente que respondiera la escala de CONNERS para maestros, en su versión de 39 reactivos (los detalles de la aplicación del cuestionario se describen en la Tabla 13, mientras que los resultados obtenidos se describen en la Tabla 14 y en la Figura 17). 2) La autora de esta tesis le realizó a la docente una entrevista abierta con el fin de enriquecer, de manera cualitativa, la información proporcionada por la escala CONNERS. Durante el desarrollo de esta entrevista, la docente enfatizó que el área de oportunidad más relevante que presentaba el alumno eran la hiperactividad e impulsividad ya que eran estos rasgos conductuales los que más obstaculizan el desarrollo fluido de las clases, y los que podían poner en mayor riesgo la integridad física y psicoemocional del alumno en la escuela. Por lo tanto, la autora de esta tesis desarrolló técnicas terapéuticas de corte conductual para disminuir la intensidad de esta topografía conductual para mejorar la calidad de la vida escolar del alumno.
Estrategias utilizadas	<p>En primer lugar, la autora de este trabajo recomendó a los padres del alumno, informar a los profesores la situación actual que vivía su hijo dentro del contexto familiar. Las estrategias que se llevaron a cabo fueron, entre otras, comentar dificultades que tuviera el niño dentro del aula de clases, e informar si hay cambios de conducta en el niño, por lo tanto, la comunicación entre padres y profesores resultó fundamental. Y en segundo lugar, con el fin de reducir las conductas problemáticas que el alumno ejecutaba, la autora de este trabajo realizó diversas estrategias de modificación de conducta, entre las cuales destacaron: la economía de fichas, el reforzamiento diferencial de tasas bajas, el castigo negativo, la extinción, el tiempo fuera, y finalmente el modelamiento y el moldeamiento de otras conductas incompatibles con las conductas disruptivas descritas con anterioridad en esta tabla.</p>

Tabla 10
Profesora ciclo escolar: 1er Año de primaria (2018-2019)

<p>Áreas fuertes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El alumno era participativo en clases, lo cual significa que intentaba ajustar todas sus conductas a los parámetros dados por todas las instrucciones verbales de la docente. - El alumno apoyaba a la docente repartiendo el material escolar a sus demás compañeros. - El alumno prestaba el material escolar que le pertenecía a los compañeros que así se lo solicitaban. - El alumno terminaba con poca demora las actividades escolares que la docente le asignaba. - El alumno recordaba de manera efectiva las actividades que se habían realizado durante la clase anterior. - El alumno organizaba las actividades escolares ya que se le asignó la tarea de ser el jefe de grupo.
<p>Áreas de oportunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El alumno corría por todo el salón durante 20 segundos durante cada clase. - El alumno se levantaba de su lugar alrededor de unas 20 veces durante cada clase. - El alumno platicaba con sus compañeros acerca de temas que no guardaban relación con las temáticas escolares alrededor de unas 22 veces por clase, y cada una de estas pláticas tenía una duración aproximada de 4 minutos. - El alumno solía abrazar y acurrucarse junto a sus compañeros de manera inesperada para ellos, y sin que éstos le dieran consentimiento previo. - El alumno cantaba durante las clases sin el consentimiento de la docente. - El alumno realiza conductas sin esperar a que se terminen de formular instrucciones. - El alumno solía hacer berrinches cada vez que no puede conseguir sus metas, o los objetos que desea. Realizaba aproximadamente 25 berrinches por semana. - El alumno exigía atención mediante la realización de gritos.
<p>Evaluación Psicoeducativa</p>	<p>La evaluación psicoeducativa consistió en la realización de una entrevista abierta dirigida a la docente. Durante el desarrollo de esta entrevista, la docente enfatizó que el área de oportunidad más relevante que presentaba el alumno eran la hiperactividad e impulsividad ya que eran estos rasgos conductuales los que más obstaculizan el desarrollo fluido de las clases, y los que podían poner en mayor riesgo la integridad física y psicoemocional del alumno en la escuela. Por lo tanto, la autora de esta tesis desarrolló técnicas</p>

	terapéuticas de corte conductual para disminuir la intensidad de esta topografía conductual para mejorar la calidad de la vida escolar del alumno.
Estrategias utilizadas	Dichas conductas disruptivas propias de la hiperactividad del niño, se corrigieron mediante el uso de técnicas educativas de corte conductual, las cuales han mostrado efectividad, tal cual como lo afirmó Giménez-García (2014), quien utilizó, de manera predominante, la economía de fichas en un niño con TDAH, obteniendo resultados favorables, por lo tanto, se justificaron los resultados y las técnicas que se ocuparan en las conductas disruptivas de este niño.

Tabla 11 Padres del alumno	
Áreas fuertes	<ul style="list-style-type: none"> - El alumno realiza diversas tareas domésticas en su casa, tales como limpiar y ordenar su cuarto, lavar los platos que utilizó para comer, etc. - El alumno ayuda a organizar, limpiar y cuidar el jardín que se encuentra en su casa. - Recuerda detalles familiares, como fechas, lugares y cosas - Ayuda a sus hermanos en lo que necesiten.
Áreas de oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando el alumno salía con su madre a un centro comercial, él corre sin rumbo por todo el lugar, empujando a las personas que encuentre en su camino. - Cuando el alumno y su familia comían dentro de su hogar, el alumno platicaba muy rápido y sin respetar turnos de habla y escucha, es decir, que interrumpe las conversaciones, ya sea que éstas vayan dirigidas a él o no. - El alumno hacía berrinches cada vez que no puede conseguir sus metas, o los objetos que desea. - El alumno se salía de la casa, con el fin de andar en su bicicleta, sin pedirle a su madre permiso previo para hacerlo. - El alumno se iba a la casa de uno de sus vecinos sin pedirle a su madre un permiso previo para hacer eso. - Cuando el alumno debía cruzar una calle o avenida que tiene tránsito vehicular, la cruzaba sin observar si de alguno de los lados de esa calle o avenida transitaba algún vehículo hacia él.

Evaluación Psicoeducativa

La evaluación psicoeducativa consistió en la realización de dos actividades, las cuales fueron:

- 1) Realización de la entrevista semi-estructurada de Guevara, Ortega y Plancarte (2013) con el fin de conocer los antecedentes familiares de la familia del alumno, los posibles factores de riesgo prenatales, perinatales y postnatales que facilitaron la aparición de los rasgos de TDAH en el alumno, y las dificultades de adaptación al ambiente escolar que éste presentaba antes de la intervención educativa. Entre las áreas de oportunidad del alumno que les preocupaban más preocupantes a sus padres, destacan las siguientes: **1.-** Al salirse sin pedir permiso, el niño provocaba preocupación en los miembros de su familia, quienes interrumpían sus actividades para salir a buscarlo, además de que se comprometía su integridad física, ya que el niño podía perderse o causar algún accidente. **2.-** El hecho de que el niño hablara durante la comida, descontrolaba y alteraba el ambiente familiar, y al demandar toda la atención, el niño provocaba que sus hermanos se molestaran y no lo quisieran cerca de ellos. **3.-** Debido a la pandemia de la COVID-19, el alumno evaluado presentó emociones intensas y continuadas en el tiempo de confusión y frustración, ya que las clases se están llevando a cabo a través de plataformas digitales y no de forma presencial en el aula de clases como estaba acostumbrado, por lo que varias de las áreas de oportunidad del alumno que se describieron en las Tablas 8, 9 y 10 se manifestaron dentro del contexto familiar, por lo tanto, también los padres del alumno comenzaron a manifestar una mayor ansiedad y falta de confianza en sus habilidades para establecer consecuencias que fueran pertinentes a las conductas disruptivas de su hijo, lo que les hacía sentir, en las propias palabras de ellos, que su hijo estaba “fuera de su control”.

Sin embargo, la autora de este trabajo también detectó varias conductas parentales que constituían áreas de oportunidad dentro de la familia del alumno, y las cuales, a criterio de la autora de este trabajo y con base en la revisión de la literatura descrita en los capítulos previos de esta tesis, contribuían de manera significativa en la aparición y mantenimiento de los rasgos cognitivos, emocionales y

conductuales de TDAH por parte del alumno. A continuación se mencionan las más relevantes: **1.-** Tanto la madre como el padre del alumno mostraron una reticencia significativa a ser entrevistados de manera abierta acerca de las rutinas familiares y conductas asociadas al TDAH que presentaba su hijo; y fue por esta razón que la autora de este trabajo se vio en la necesidad de imprimir las preguntas de la entrevista semiestructurada en dos juegos, y darles la instrucción a los padres de escribir la respuesta a cada pregunta de la manera como ellos lo consideraran más conveniente, lo cual ellos aceptaron (Cabe aclarar que las respuestas completas a esta entrevista por parte de ambos padres del alumno se encuentran en los Anexos 4 y 5). Este ajuste que se tuvo que realizar afectó a la riqueza informativa, precisión y especificidad de la información cualitativa de las fortalezas y áreas de oportunidad del alumno con respecto a los rasgos que TDAH que él presentaba (el impacto metodológico de esta limitación se explica con mayor profundidad en las conclusiones de esta tesis).

2.- Cómo se puede observar en los Anexos 4 y 5, las estrategias conductuales que ambos padres usaban para incentivar el seguimiento de instrucciones por parte de su hijo se basaban principalmente en regaños y castigos de tipo físico, recordatorios brindados de manera repetitiva y poco estimulante y atractiva para su hijo, y ausencia de reforzadores sociales, tales como elogios y contacto físico afectuoso cuando él realizaba las conductas que ellos deseaban o sus tareas escolares. Los reforzadores que ellos brindaban después de la ejecución de las conductas que ellos deseaban que realizara su hijo se limitaban a ser de tipo alimenticio y material (darle de comer helados y dulces, y permitirle jugar con videojuegos) y éstos no se administraban de forma contingente e inmediata a las conductas de seguimiento de instrucciones que su hijo realizaba. **3.-** Cuando el alumno realizaba berrinches dentro del hogar, las estrategias conductuales que los padres realizaban para disminuir la frecuencia de éstos no resultaban ser efectivas, ya que solamente lo dejaban llorar, sin realizar conductas de contención emocional después de los berrinches (por ejemplo, no le explicaban por qué no podían darle lo que quería en ese

momento, con un lenguaje comprensible para su edad y no validaban de manera verbal la frustración que su hijo sentía por no obtener lo que quería en ese momento), lo regañaban mientras su hijo realizaba los berrinches. (y tal como se revisó en el tercer capítulo de esta tesis, estas estrategias demostraban una inadecuada aplicación de la estrategia conductual de extinción). **4.-** En cuanto a las actividades de ocio saludable, la familia del alumno reportó que la única actividad de este tipo que realizan, es la asistencia frecuente a un templo perteneciente a la religión de los Testigos de Jehová durante varios días de la semana, junto con actividades propias de la difusión de esa religión hacia otras personas (las implicaciones psicosociales que tiene sobre esta familia la realización frecuente de estas actividades religiosas se analizan con mayor profundidad en las conclusiones de esta tesis). Y no realizan ninguna otra actividad de ocio saludable (no asisten a circos, cines, clubes deportivos o de convivencia social, etc.). **5.-** Finalmente, en cuanto a las estrategias que utilizan los padres para modelar y moldear las conductas que brindan seguridad al momento de cruzar las calles y las avenidas, éstas tampoco demostraron ser lo suficientemente efectivas, ya que los padres admitieron que había ocasiones en las que ellos mismos no cruzaban dichas calles y avenidas en las esquinas respectivas de éstas, sino que más bien las cruzaban por la parte media, cuando ellos no observaban automóviles cercanos aproximándose a ellos, esto debido a que en esas ocasiones, ellos percibían que tenían una prisa considerable por llegar a los lugares a los que deseaban ir. Además, cuando ellos percibían la sensación de prisa antes mencionada y su hijo los acompañaba, ellos no lo sujetaban de la mano con el fin de evitar que el atravesara corriendo las calles y avenidas, sino que solo le daban la instrucción poco específica de: "Fíjate a ambos lados de la calle". Además, el alumno mostraba falta de capacidad para discriminar los significados de los símbolos y colores de los semáforos de tipo peatonal, ya que los confundía con el significado de los colores de los semáforos de tipo vehicular.

- 2) La segunda actividad de la evaluación psicoeducativa consistió en solicitar a la madre del alumno que respondiera la escala de CONNERS para padres, en su versión de 48

	<p>reactivos (los detalles de la aplicación del cuestionario se describen en la Tabla 13, mientras que los resultados obtenidos se describen en la Tabla 14 y en la Figura 18).</p> <p>Con la información recabada gracias a la evaluación educativa, la autora de este trabajo comprobó que tal como señalan autores tales como Mirá, Berenguer, Baixauli, Roselló y Miranda (2019), los rasgos conductuales y cognitivos que caracterizan la hiperactividad infantil tienen un potencial significativo para provocar estrés en la familia, principalmente en la madre del alumno, ya que ella era su cuidadora principal.</p>
Estrategias utilizadas	<p>La autora de este trabajo implementó un programa de intervención psicoeducativa de tipo conductual teniendo como objetivos principales entrenar a los padres como coterapeutas en los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ellos debían aprender a formular de manera precisa (es decir, de manera específica y sin metáforas, uso de sátira, sarcasmo o confusiones semánticas), y positiva las instrucciones verbales con las que esperaban que su hijo realizara conductas socialmente deseables (la formulación positiva de instrucciones consiste en indicarle a la persona las conductas que sí debe realizar). 2. Aprender a administrar diversos tipos de reforzadores; tanto de tipo material como de tipo social, y sobre todo, administrarlos de manera que éstos fueran inmediatamente contingentes a la ejecución de las conductas socialmente deseables por parte de su hijo. 3. Siendo este un objetivo intrínsecamente relacionado con el anterior, los padres del alumno debían realizar, de manera progresiva, actividades de ocio saludable más diversas, e integrarlas a su rutina diaria, ya que, de acuerdo a los antecedentes teóricos que se expusieron en el tercer capítulo de esta tesis, la realización de estas actividades tiene la función de constituirse como reforzadores sociales con efectos muy significativos para incentivar la aparición y posterior mantenimiento de conductas prosociales y relacionadas al ámbito escolar que, en un principio de un proceso de aprendizaje, fueran difíciles de asimilar, y aversivas para su hijo; como por ejemplo, quedarse sentado en un solo lugar durante toda una jornada escolar, organizar la manera efectiva

de realizar actividades complejas y realizarlas de principio a fin sin distraerse, escuchar instrucciones verbales antes de actuar, etc. (en cuanto a las actividades de ocio saludable que la autora de este trabajo propuso destacan las siguientes: Visitar algún club comunitario en el que se realicen diversas actividades deportivas y/o artísticas, inscribir y llevar al alumno a clases de natación, aprovechar el gusto que éste demostraba por las plantas y los insectos para aumentar sus conocimientos y oportunidades de interacción con estos seres vivos en contextos que fueran más allá del jardín de su casa, y finalmente, asistir de vez en cuando a algunos lugares de esparcimiento público, tales como los cines, los circos, los zoológicos, etc. con el fin de realizar variaciones en la rutina familiar que el alumno pudiera encontrar placenteras.

4. Que tanto el alumno como sus padres aprendieran las conductas que deben llevarse a cabo para que toda la familia cruce de manera segura las calles y las avenidas durante las salidas familiares. (cruzar únicamente cuando se llegue a las esquinas de las calles y avenidas, que tanto los padres como el alumno observaran hacia ambos lados de las avenidas para cerciorarse de que éstas estuvieran libres de vehículos automotores, sujetar a su hijo de la mano en todo momento en las esquinas de las calles y avenidas hasta que él aprendiera que debe observar hacia ambos lados de éstas. así como a los semáforos, y enseñar a su hijo las diferencias que poseen entre sí los semáforos peatonales y vehiculares en cuanto significado de los colores y los símbolos que éstos poseen. Estas conductas son señaladas como las estrategias más seguras para cruzar las calles y avenidas, tal como se señala dentro del portal web *Debate Digital* (2017).

Con el fin de lograr los objetivos de esta intervención psicoeducativa, la autora de este trabajo realizó registros de conducta durante cada una de las sesiones terapéuticas para contabilizar la frecuencia, la topografía y la duración de cada una de las conductas disruptivas que manifestaba el alumno. Estos registros se revisaron durante cada semana que duró la intervención psicoeducativa con el fin de evaluar la existencia y la magnitud de los cambios conductuales, cognitivos y emocionales tanto por parte del alumno como por parte de su familia.

Tabla 12
Alumno

<p>Áreas fuertes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le resulta placentero asistir a la escuela, convive de manera muy frecuente y afectuosa con sus compañeros de clase y tiene varias materias escolares favoritas. - Durante los recesos escolares, el alumno crea diversos tipos de juego simbólico con el fin de entretenerse tanto de manera individual como colectiva (para lograr el entretenimiento colectivo, él invita y organiza a sus demás compañeros para que éstos cumplan un rol específico dentro de cada uno de los juegos. - El alumno es capaz de inventar y ejecutar diversos tipos de juego simbólico no sólo dentro de su contexto escolar, sino también dentro de su contexto familiar cada vez que se siente aburrido, y esta capacidad demuestra que él posee una creatividad bastante vasta. - Es capaz de asimilar y acomodar conocimientos muy específicos acerca de objetos y fenómenos que le interesan (Ejemplo, las plantas y los animales en general, y los perros y los insectos, en particular).
<p>Áreas de oportunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El alumno se sale de su casa sin permiso de sus padres debido a que percibe como aburridos los eventos poco variados de la rutina familiar (dichos eventos fueron descritos en la Tabla anterior), además de que la familia no realiza diversas actividades de ocio saludable ni organiza paseos en donde todos convivan de manera armoniosa. - El alumno no está acostumbrado a solicitar permisos a sus padres o a sus profesoras debido a que los padres de éste están acostumbrados a darle instrucciones únicamente acerca de lo que ellos no quieren que él haga, en vez de decirle lo que sí quieren que haga, además de que ellos le niegan de forma constante los permisos para que él pueda organizar juegos por su cuenta. - El alumno tiene interacciones poco armoniosas con sus hermanos, ya que él percibe que éstos no comprenden su personalidad ni las razones por las cuales él hace lo que hace, además de que ellos lo excluyen de los juegos que ellos organizan. - El alumno siente sensaciones de enojo significativamente intensas cuando sus padres no le permiten ver la televisión, aunque cabe señalar que el alumno no fue capaz de especificar los momentos en los que él deseaba ver programas de televisión (por ejemplo, si deseaba verla antes

	<p>o después de realizar sus tareas escolares y demás tareas domésticas acordes a su edad).</p> <ul style="list-style-type: none"> - El alumno expresó que no sabía explicar la razón o razones por las cuales no observa hacia ambos lados de las calles y avenidas cuando las cruzaba, expresó que corría de manera espontánea, es decir, que él corría sin que existiera algún estímulo orgánico o ambiental que tuviera la función de un estímulo discriminativo que le indicara que su conducta de correr por esos lugares fuera a ser reforzada positivamente. - Cuando la autora de este trabajo le preguntó al alumno por qué le costaba trabajo mantenerse dentro de la fila de su grupo cuando sus demás compañeros debían formarse según sus estaturas, el alumno declaró que le resultaba placentero caminar por toda la escuela ya que deseaba conocer los objetos educativos que existían en otros salones de la escuela - Cuando la autora de este trabajo le preguntó al alumno por qué expresaba aquello que deseaba mediante los gritos, éste respondió que gritaba ya que, según sus propias palabras, “siento algo adentro que no sé qué es y entonces me dan ganas de gritar”.
Evaluación Psicoeducativa	<p>La autora de este trabajo realizó la evaluación educativa del alumno al realizarle una entrevista abierta en la primera sesión de la intervención psicoeducativa. En esa entrevista, el alumno se describió a sí mismo como un niño inteligente y cooperador, ya que ayudaba a sus compañeros a realizar las actividades escolares que se les dificultaban, apoyaba a su maestra a repartir el material escolar y finalmente, apoyaba a su mamá a realizar diversos quehaceres domésticos, por esta razón el expresaba que se sentía confundido debido a que tanto en su contexto familiar como dentro de la escuela se le refería como “el niño problema” y “el hijo que causa más problemas y que descontrola a la familia”, según las propias palabras usadas por sus padres; y debido a que tanto sus padres, como sus profesoras y algunos de sus compañeros se refería a él con esta etiqueta, el alumno comenzó a apropiarse de ella y al inicio de la intervención psicoeducativa sí se refirió a sí mismo como un “niño problema” cuando la autora de este trabajo le solicitó describirse a sí mismo con una sola frase durante la primera sesión de la intervención psicoeducativa.</p>
Estrategias utilizadas	<p>Además de llevar a cabo las estrategias conductuales que ya se describieron en la sección de “Estrategias utilizadas” de las tablas anteriores, la autora de este trabajo mostró una preocupación muy</p>

	<p>significativa debido al constante uso de la etiqueta de “niño problema” que utilizaban tanto las profesoras como los miembros de la familia del alumno, y ya que de acuerdo a Molinar y Castro (2018), el fenómeno de referirse a los niños que viven con el TDAH se debe, en gran parte, al desconocimiento que aún persiste entre los docentes acerca de que los rasgos conductuales, cognitivos y emocionales que conforman el diagnóstico del TDAH son susceptibles de ser modificados si tanto los docentes como los niños aprenden a identificar, y posteriormente a modificar estos rasgos mediante el reconocimiento adecuado de las emociones y las estrategias psicoeducativas de tipo conductual que ya fueron descritas con anterioridad, también se realizó una sesión de psicoeducación sobre el TDAH y las posibilidades de mejora conductual dentro del programa de intervención con el fin de prevenir que se vuelva a estigmatizar al niño con la etiqueta peyorativa antes mencionada.</p>
--	--

4.5.3 Programa de intervención

Un programa de intervención está enfocado en diseñar un conjunto de estrategias y actividades específicas, orientadas a enfrentar un problema determinado.

El programa de intervención se diseñó con el objetivo de facilitar técnicas conductuales a la familia para que a su vez puedan aplicar estas mismas en su vida cotidiana con el niño, para lograrlo se realizaron diferentes actividades donde se les fue guiando para que las aplicaran de forma correcta y adecuada. Dichas actividades basadas en la psicoterapia conductual se describen, a continuación, en las siguientes tablas.

Tabla 13	
Sesión 1	
Estrategias Utilizada	Entrevista sobre los antecedentes familiares del alumno y aplicación cuestionario Conners (1969) en sus versiones extendidas, para padres y maestros.
Objetivo	Conocer hábitos familiares, antecedentes escolares y habilidades actuales del niño a través de la ejecución de una entrevista abierta, la entrevista semiestructurada de Guevara, Ortega y Plancarte (2013), así como corroborar la presencia de conductas asociadas al TDAH por medio

	de la aplicación de los Cuestionarios Conners en sus versiones completas para padres y profesores.	
Justificación	Contrastar el desarrollo y comportamiento del niño y sus necesidades.	
Actividades	Materiales	Desarrollo
<ol style="list-style-type: none"> Entrevista a Padres Aplicación de cuestionario Conners. 	<ol style="list-style-type: none"> Cuestionario Conners. Formato de entrevista semiestructurada de Guevara, Ortega y Plancarte (2013). 	<ol style="list-style-type: none"> Se realizó una entrevista semiestructurada a los padres Se aplicó el cuestionario a los padres y se les pidió el contacto de los profesores para que proporcionaran información sobre la conducta del niño dentro del salón de clases a quienes se entrevistó de forma remota, mediante la función de videollamadas que ofrece la aplicación WhatsApp. Se realizó una entrevista abierta al alumno.
Evaluación	Gracias a la aplicación de las Escalas de Conners para padres y maestros (1969) se detectó la presencia de rasgos conductuales, cognitivos y emocionales asociados al TDAH en el alumno objetivo de esta intervención psicoterapéutica (Véanse las Tablas 14 y 15, así como las Figuras 16, 17 y 18).	
Implicaciones	Gracias a la ejecución tanto de la entrevista semiestructurada de Guevara, Ortega y Plancarte (2013) hacia la madre del alumno, así como de la entrevista abierta dirigida al alumno, se pudieron detectar las áreas de oportunidad individuales y familiares que mantienen los rasgos de TDAH en el niño, así como las fortalezas del niño, las cuales sirvieron como habilidades conductuales base para aplicar las estrategias conductuales de las siguientes sesiones.	
Observaciones	A esta sesión de la intervención psicoeducativa (así como a las siguientes que se describen en este capítulo de esta tesis), acudió únicamente la madre, ella se mostró cooperadora, accesible y dispuesta a trabajar con su hijo.	
Reflexión	La madre del estudiante objeto de esta intervención comprendió que, si bien los signos conductuales del TDAH representan una limitación en el control de los impulsos, esta limitación es susceptible de ser superada a través de la aplicación de diversas técnicas conductuales, tales como el reforzamiento de conductas alternativas, el reforzamiento diferencial de tasas b, la economía de fichas, el moldeamiento, el modelamiento, la imitación, etc.	

Calificación e interpretación de la Escala CONNERS: Fase Pre-test

En la Tabla 14 se observan las puntuaciones directas y las puntuaciones T que se obtuvieron en la Escala CONNERS para maestros en su versión de 39 reactivos que se aplicaron a las dos docentes que le brindaron clases presenciales al niño objetivo de esta intervención educativa (antes del confinamiento debido a la pandemia del COVID 19) antes de iniciar dicho programa de intervención. En dicha tabla se observa que, según una de las profesoras del niño, éste presentó hiperactividad, problemas de conducta, sobre indulgencia emocional, así como ensoñación y problemas de atención. La presencia de estos factores se explica debido a que las puntuaciones T de esos factores fueron significativas (70 o superior). Es de destacar que, según el criterio de la segunda profesora del niño, éste no presentó ninguna dificultad en ninguno de los factores que evalúa este instrumento.

Tabla 14: Puntuaciones directas y puntuaciones T de la Escala CONNERS para maestros. Se muestran en negrita las puntuaciones T significativas de cada factor

Factor CONNERS	Puntuación directa profesora 1	Puntuación T profesora 1	Puntuación directa profesora 2	Puntuación T profesora 2
Hiperactividad	34	74	23	61
Trastorno de conducta	19	75	10	60
Sobre indulgencia emocional	14	79	9	66
Ansiedad-pasividad	3	48	4	51
Asocial	0	43	2	51
Ensoñación y problemas de atención	6	70	4	60

En las figuras 16 y 17 se muestran las discrepancias entre las puntuaciones medias de cada uno de los factores que conforman la Escala CONNERS para maestros

(Media = 50 y DE = 10) y las puntuaciones T obtenidas por el niño objeto de la presente intervención, según las dos profesoras que le brindaron clases presenciales.

Figura 16: Diferencias entre las puntuaciones medias de los factores de la Escala CONNERS para maestros y las puntuaciones T obtenidas por el niño en cada una de las escalas



Figura 17: Diferencias entre las puntuaciones medias de los factores de la Escala CONNERS para maestros y las puntuaciones T obtenidas por el niño en cada una de las escalas



En la Tabla 15 se observan las puntuaciones directas y las puntuaciones T que se obtuvieron en la Escala CONNERS para padres en su versión de 48 reactivos que se aplicó a la madre del niño objeto de esta intervención. En dicha tabla se observa que, según la madre del niño, éste presentó problemas de conducta, manifestaciones psicósomáticas, impulsividad e hiperactividad y ansiedad. La presencia de estos factores se explica debido a que las puntuaciones T de esos factores fueron significativas (70 o superior).

Tabla 15: Puntuaciones directas y puntuaciones T de la Escala CONNERS para padres. Se muestran en negrita las puntuaciones T significativas de cada factor

Factor CONNERS	Puntuación directa	Puntuación T
Problemas de conducta	11	72
Problemas de aprendizaje	6	69
Psicosomático	3	77
Impulsivo-hiperactivo	10	76
Ansiedad	7	74

En la figura 18 se muestran las discrepancias entre las puntuaciones medias de cada uno de los factores que conforman la Escala CONNERS para padres (Media = 50 y DE = 10) y las puntuaciones T obtenidas por el niño objeto de la presente intervención, según su madre.

Figura 18: Diferencias entre las puntuaciones medias de los factores de la Escala CONNERS para padres y las puntuaciones T obtenidas por el niño en cada una de las escalas

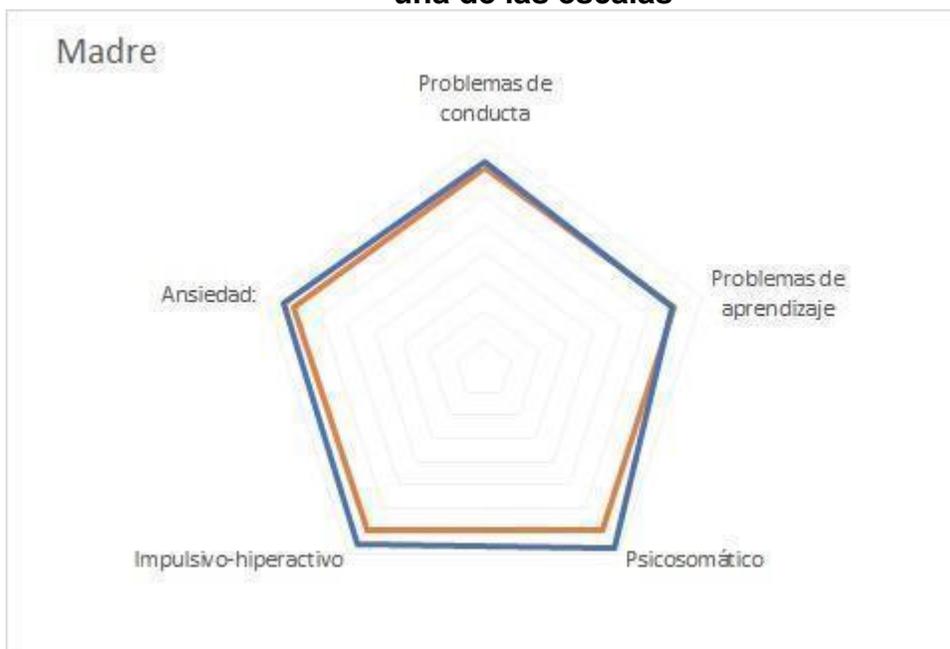


Tabla 16

Sesión 2

Estrategia Utilizada Psicoeducación

Objetivo Dar información clara y precisa sobre TDAH y resolver las dudas sobre el tema a los padres

Justificación Se les dio información sobre TDAH a los padres ya que es la limitación del niño, para que ellos sepan manejarlo de acuerdo a Benassini (2005), esto generó mejor conocimiento sobre el TDAH y permitió el manejo y resolución de conflictos de forma coordinada y complementario entre el niño, padres de familia y terapeuta, para que existiera un mayor proceso de adaptación y aceptación del diagnóstico TDAH en su hijo.

Actividades
1. Psicoeducación

. Materiales
1. Folleto de la Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (s.f.).

Desarrollo
1. La autora de este trabajo confirmó a los padres del alumno que su hijo presentaba los rasgos conductuales, cognitivos y emocionales que caracterizan al TDAH, y después realizó una plática informativa sobre dichos rasgos, donde ella les aclaró

		<p>dudas acerca de que la mayoría de estos rasgos son de naturaleza aprendida, que se manifiestan como resultado de la necesidad significativa que tienen estos niños para satisfacer su curiosidad y para usar la energía que poseen de manera natural en la niñez, y que por lo tanto, ellos necesitan recibir instrucciones específicas, sobre lo que sus cuidadores sí desean que realicen, necesitan recibir reforzamiento social después de realizar las conductas socialmente deseables, así como actuar en escenarios sociales variados y estrategias socialmente deseables para expresar sus emociones (por ejemplo, respiraciones profundas, masajes que faciliten la relajación fisiológica y cognitiva).</p> <p>Esta plática se llevó a cabo de manera verbal, sin el uso de apoyo audiovisual, dentro de uno de los consultorios de psicología de la Clínica de Salud Comunitaria “San Ignacio”.</p>
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se revisó la información proporcionada por el niño, padres y profesores. 2. La madre del alumno se mostró reticente a aceptar el diagnóstico positivo de la presencia del TDAH al principio de la sesión, sin embargo, conforme avanzó la sesión y la autora de este trabajo le aclaró sus dudas sobre esta condición de vida, la madre aceptó el diagnóstico y se mostró satisfecha con la psicoeducación que se le proporcionó. 	
Implicaciones	La madre del niño asimiló el conocimiento que había adquirido sobre el TDAH.	
Observaciones	Se pudo lograr concientizar a la madre del niño sobre la limitación de su hijo llamada TDAH	

Reflexión	A través de la psicoeducación, se pretendió cambiar el estigma que se tiene a los niños sobre este trastorno, ya que regularmente se les etiqueta, se concientizó a la madre sobre esta limitación.
-----------	---

Tabla 17

Sesión 3

Estrategia Utilizada	Economía de fichas
----------------------	--------------------

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar y enseñar al niño y a los padres como un entrenamiento co-terapeutico para aplicar esta estrategia llamada economía de fichas - Intervenir y mejorar por medio de estas actividades, en los procesos de atención, organización, concentración e interacción con los padres
----------	--

Justificación	Se instruyó a la madre del niño sobre el funcionamiento de la economía de fichas ya que el propósito es adherir a la familia como recurso indispensable en el manejo del niño con TDAH.
---------------	---

<p>Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y explicación de la técnica de economía de fichas. Duración: 10 minutos 2. Juego “Simón dice”. Duración: 20 minutos. 3. Masaje. Duración: 10 minutos. 4. Designación de tarea para domicilio: Realización de una cuadrícula en una cartulina en casa con el fin de aplicar la economía de fichas en el domicilio del alumno, y aclaración de dudas de la madre y el alumno. Duración: 10 minutos. 	<p>Materiales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuatro cartulinas. 2. Un plumón negro. 3. Estampas autoadheribles de “caritas felices” y “caritas tristes”, las cuales funcionarán como fichas. 4. Un aparato para reproducir música. 5. Aceites corporales. 6. Una colchoneta. 	<p>Desarrollo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La autora de este trabajo presentó al alumno objetivo de esta intervención educativa y a su madre una cartulina en la que se encontraba dibujada, con un plumón negro, una tabla con 7 columnas y cuatro filas. La tabla llevaba por título el nombre del mes de Septiembre de 2021; mientras que las 7 columnas de la tabla tenían el nombre de los 7 días de la semana y las cuatro filas contenían el número ordinal de la semana de la que se conformaba el mes. La autora de este trabajo les explicó al alumno y a su madre que, si el niño obedecía las instrucciones verbales de las actividades de cada sesión de intervención psicoeducativa durante al menos 40 minutos de los 50 que conformaban cada sesión, se colocaría una estampa autoadherible con el símbolo
--	--	---

		<p>de una “carita feliz” en la celda correspondiente a es día de trabajo (la cual funcionaría como ficha positiva); mientras que si el alumno no lograba ajustar su conducta al criterio de ejecución temporal antes mencionado, entonces se colocaría una estampa autoadherible con el símbolo de una “carita triste” en la celda correspondiente a ese día de trabajo (la "carita triste" tendría la función de ficha negativa). La autora de este trabajo también les explicó a los usuarios de esta intervención psicoeducativa que la repartición de cada “carita feliz” se iba a acompañar de varios cumplidos y elogios verbales, así como de contacto físico que denotara afecto (Ej: Abrazos, besos en la mejilla, caricias suaves en la cara, cabeza y en la parte alta de la espalda del alumno, etc.), mientras que la repartición de cada “carita triste” se iba a acompañar de la emisión de frases de aliento tales como “Sé que hoy se te hizo difícil realizar las actividades y juegos que hicimos, pero sé que mañana las podrás hacer mejor” y no se le proporcionaría al alumno ningún tipo de contacto físico aversivo, ni regaños, ni amenazas. La autora de este trabajo también explicó que al final de cada semana se contarían el número de “caritas felices” que el alumno lograra obtener, y si él obtenía cierto número de “caritas felices” por cada semana (5 “caritas</p>
--	--	--

		<p>felices” por semana durante las últimas dos semanas de Septiembre y las dos primeras de Octubre, 6 “caritas felices” por semana durante las dos últimas semanas de Octubre y las dos primeras semanas de Noviembre y, finalmente, una “carita feliz” en cada día de las 4 últimas semanas de la presente intervención psicoeducativa, el alumno obtendría el derecho de obtener un juguete u objeto que le atrajera considerablemente, o el derecho de asistir a alguna reunión lúdica con sus amigos o bien invitar a sus amigos a jugar al su domicilio, dependiendo de la disponibilidad de dinero o de tiempo libre de que la familia tuviera disponible para llevarlo y recogerlo de esas reuniones, o para organizar las reuniones lúdicas en su domicilio, para lo cual la autora de este trabajo le solicitó a la madre del alumno que se pusieran de acuerdo entre ambos para negociar el tipo de reforzadores semanales podría obtener el alumno. Y finalmente, la autora de este trabajo les indicó al alumno y a su madre que se contarían el número de “caritas felices” que el alumno obtuviera durante las sesiones al final de cada mes, y si el alumno lograba obtener 20 “caritas felices” durante el primer mes de la intervención psicoeducativa, 24 durante el segundo mes y 28 durante el último mes de dicha intervención, el alumno obtendría el derecho de asistir</p>
--	--	--

a algún lugar en donde varias personas se reunieran para obtener momentos de ocio saludable (Ej: Ir al cine, al circo, parque de diversiones, un picnic en algún lugar al aire libre etc.). recalcando, una vez más, que la elección mensual de alguno de estos lugares dependería de dependiendo de la disponibilidad de dinero o de tiempo libre de que la familia tuviera disponible, para lo cual tendrían que negociar. En dado caso de que el alumno objeto de esta intervención no lograra obtener alguno de los criterios de ejecución conductual mensual antes mencionados, se le daría la siguiente frase de aliento verbal: “Sé que en este mes te costó trabajo realizar tus actividades de manera tranquila, pero te seguiré ayudando para que las logres hacer en el siguiente mes” sin realizar ningún tipo de contacto físico aversivo como el arriba mencionado.

2. Con el fin de empezar a entrenar al alumno en el seguimiento adecuado de instrucciones verbales, la autora de este trabajo les solicitó a él y a su madre que jugaran al juego “Simón dice”, el cual es un juego que consiste en realizar diversas conductas motoras con el cuerpo después de recibir la siguiente instrucción verbal para realizarlas (Ejemplos: “Simón dice que toques tu nariz”, “Simón dice que saltes tres veces en tu lugar”, “Agáchate 5 veces hasta tocar las puntas de

		<p>tus pies”, “Simón dice que te acomodes en el suelo y ruedes 4 veces en el suelo”, etc.). Un aspecto crucial de la ejecución de este juego es que si la frase “Simón dice” no antecede a la conducta motora que se debe ejecutar con el cuerpo, el jugador que realice dicha conducta motora no recibe ningún reforzamiento positivo al realizar dicha conducta. Ganaba el jugador o jugadora que haya realizado de manera adecuada y precisa la mayor cantidad de conductas motoras que se realicen siguiendo la instrucción verbal antecedita de la frase “Simón dice”. Cada vez que el alumno objeto de esta intervención educativa realizó una conducta motora acorde a la instrucción verbal solicitada, y que se antecediera con la frase “Simón dice”, tanto su madre como la autora de este trabajo le brindaron diferentes elogios verbales junto con algunos contactos físicos que simbolizaran afecto, los cuales funcionaron como refuerzos positivos para incrementar la probabilidad de que el alumno siguiera instrucciones de manera efectiva. Por el contrario, si el alumno no lograba realizar la conducta motora que se solicitaba en la instrucción verbal, o realizaba una conducta motora que le fuera indicada por una instrucción verbal que no contuviera la frase “Simón dice”, se le recordaría de manera verbal que sólo debía imitar las</p>
--	--	--

conductas verbales que estuvieran acompañadas de la frase "Simón dice", sin realizar ningún tipo de contacto físico con el alumno, excepto tomándolo de la mano para invitarlo a volver al juego.

La autora de esta tesis les dio un total de 16 instrucciones verbales para realizar diversos tipos de conductas motoras, intercalando al azar la emisión de 8 instrucciones verbales que contenían la frase "Simón dice" con la emisión de 8 instrucciones que no contenían dicha frase.

3. La autora de este trabajo le solicitó al alumno que se recostara en una colchoneta, mientras ella reprodujo música clásica en un reproductor de música y se le dio la indicación a la madre de éste que empezara a dar masaje a su hijo, empezando por su cabeza, continuando con el cuello, con los hombros, los brazos, las manos, las piernas, los pies y terminando el masaje con los dedos del pie del alumno. Este masaje fue modelado y moldeado por la masoterapeuta de la clínica "San Ignacio", con el fin de que la madre del alumno objeto de esta intervención aprendiera a realizarlo. Después de enseñarle a realizar este masaje de relajación, la autora de este trabajo también le enseñó a la madre del alumno y a éste a realizar repeticiones de respiraciones profundas; las cuales consistieron en inhalar oxígeno durante 3 segundos,

llevar el aire inhalado al diafragma y mantenerlo ahí durante 2 segundos y exhalar durante 6 segundos el dióxido de carbono resultante de la respiración. Estos ejercicios tuvieron como objetivo empezar a entrenar al alumno y a su madre para obtener estados duraderos de relajación.

4. Finalmente, la autora de esta tesis le proporcionó a la madre del alumno otras tres cartulinas en las cuales se dibujaron otras dos tablas con las mismas características que la tabla dibujada en la tabla que se describió en la primera actividad que se realizó en esta sesión, con la única diferencia de que estas dos cartulinas llevarían por título los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2023. La autora de esta tesis le explicó a la madre del alumno que en estas tres tablas adicionales ella debería implementar la técnica de la economía de fichas en su domicilio con su hijo, con el fin de reforzar todas las conductas socialmente deseables que él realizara dentro del contexto familiar (Por ejemplo: Lavar los trastes, ordenar la habitación, realizar correctamente las tareas escolares, etc.). A la madre del alumno se le explicó que era indispensable que al éste se le proporcionaran “caritas felices” o “caritas tristes” dependiendo del cumplimiento o falta de cumplimiento de las tareas domésticas por parte del niño,

		<p>que los criterios de obtención de las fichas con “carita feliz” serían los mismos que ya se describieron en el primer paso del procedimiento de esta primer sesión. Esto con el fin de que el alumno se habituara al cumplimiento de todas las conductas socialmente deseables que se le solicitaran fuera del consultorio de terapia psicológica, con el fin de empezar a establecer en el alumno objeto de esta intervención psicoeducativa la transferencia del aprendizaje de dichas conductas socialmente deseables. Se le solicitó a la madre del alumno que por cada día de duración de esta intervención psicoeducativa, ella debía tomar una foto a las economías de fichas que ella y su hijo realizaran en su casa, con el objetivo de corroborar la administración de las fichas positivas y de las negativas hacía su hijo. Finalmente, la autora de esta tesis le solicitó a la madre del alumno que a su esposo también se le debía explicar el funcionamiento de la técnica terapéutica de la economía de fichas y que él también debía involucrarse en la administración tanto de las consecuencias de las conductas socialmente deseables como de las consecuencias de las conductas disruptivas que realizará su hijo dentro del domicilio de la familia.</p>
--	--	---

Evaluación	<p>Durante el juego de “Simón dice” tanto la madre del alumno como el niño llevaron a cabo las conductas motoras que la autora de esta tesis les indicó en la sesión. Sin embargo, el alumno llevó a cabo 7 de las 8 conductas motoras que no fueron precedidas por la frase “Simón dice”, lo cual indica que cuando el alumno intenta seguir instrucciones, lo hace sin importar si comprendió la totalidad de las instrucciones que haya recibido. La autora de esta tesis observó que el alumno protestaba bastante, de forma verbal, cada vez que no obtuvo los reforzadores positivos asociados a saber identificar el estímulo discriminativo “Simón dice”. Sin embargo, ya que el alumno realizó con muy buena precisión y ánimo las conductas motoras que si se acompañaron del estímulo discriminativo verbal de “Simón dice”, y las protestas que se describieron anteriormente que realizó el alumno no incluyeron conductas físicamente disruptivas y el niño se reintegró rápidamente al juego de Simón dice”, la autora de este trabajo le dio dos fichas positiva en el cuadro de economía de fichas antes mencionado; una por el buen comportamiento del alumno durante el juego de “Simón dice” y la otra por permitirle a su madre y a la masoterapeuta la manipulación de su cuerpo durante el masaje de relajación.</p>
Implicaciones	<p>Se observó que la madre del niño se frustró de manera significativa cada vez que su hijo protestaba cuando se le indicaba que no era correcto que él realizara las conductas motoras que no contenían el estímulo discriminativo “Simón dice”. Esto se puede afirmar ya que en vez de limitarse a recordarle a su hijo que sólo debía realizar las conductas motoras que contuvieran la frase “Simón dice” y reintegrarlo de forma calmada a dicho juego, ella regañaba con frustración y molestia a su hijo cada vez que éste protestaba. Fue debido a este cúmulo de frustraciones que la autora de este trabajo se decidió a enseñarles a relajarse mediante el masaje con aceites corporales y la técnica de relajación profunda.</p>
Observaciones	<p>Se observó que en la mayoría de las actividades que se realizaron en esta sesión, tanto la madre del alumno como el alumno ejecutaron varias de las conductas disruptivas descritas en la sección de “Detección de necesidades” (el alumno protestaba de manera verbal cada vez que se le indicó que sólo debía realizar las conductas verbales antecedidas del estímulo discriminativo “Simón dice” y su madre lo regañaba cada vez que él realizaba dichas protestas, en vez de indicarle a su hijo con un tono de voz calmado que únicamente debía seguir las instrucciones verbales que contuvieran la frase “Simón dice”), aunque la intensidad y duración de estas conductas disruptivas fue baja y de corta duración, respectivamente.</p>
Reflexión	<p>El papel co-terapéutico de los padres del alumno se basó en el entrenamiento en técnicas de manejo conductual, una de ellas, es la economía de fichas, ya que la madre en acompañamiento con el terapeuta aprendió a aplicar esta estrategia de forma correcta, y con el trascurso de las siguientes sesiones terapéuticas se observaron cambios graduales, pero significativos, en la disminución de la ejecución de las conductas disruptivas del niño que se describieron en la sección de Detección de necesidades.</p>

Tabla 18

Sesión 4

Estrategia Utilizada | Tiempo fuera, respiración y economía de fichas.

Objetivo

- Explicar y enseñar al alumno y a su madre qué es, en qué consiste y cómo aplicar el tiempo fuera. La madre comprendió cómo, cuándo y dónde debía ocupar esta estrategia.
- Evaluar la eficacia de los procesos de atención, seguimiento puntual de instrucciones verbales, organización, planificación y concentración del alumno

Justificación | El tiempo fuera como una herramienta dentro de la familia en la que se retira al niño cuando presenta una conducta perjudicial, pero se requiere de varios intentos hasta que se comporte de una manera adecuada.

<p>Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Juego de brincar los aros hula-hula. Duración: 20 minutos 2. Decoración y pintura de dibujos con mándalas. Duración: 15 minutos 3. Práctica de masaje de relajación Duración: 10 minutos. 4. Breve explicación sobre la función y la correcta ejecución de la técnica de tiempo fuera. Duración: 10 minutos. 	<p>Materiales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aros hula-hula de diferentes colores. 2. Hojas con mándalas, papel crepe, acuarelas, tapitas para agua, Resistol de uso escolar, toalla, papel de baño y mesa. 3. Colchoneta y aceites corporales. 	<p>Desarrollo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La autora de este trabajo colocó 10 aros hula-hula de diferentes colores sobre el suelo de la sala de espera de la Clínica San Ignacio, en forma de hilera. Posteriormente, le explicó al alumno que esta actividad era un juego el cual consistió en que él debía brincar por encima de los aros quedando con ambos pies dentro de dichos aros, pero que tenía que prestar atención, ya que cada cierto tiempo, se le iba a decir un color de aros sobre los cuales no debía caer con sus pies, sino que tendría que brincar con una mayor fuerza para lograr la suficiente longitud como para no caer en los aros del color indicado por la autora de este trabajo (Por ejemplo, en los primeros 5 minutos del juego, el alumno debía brincar con suficiente fuerza explosiva para no caer dentro de los aros color rojo, en los siguientes 5 minutos del juego, se le indicó que no debía caer en los aros de color azul, etc.) Siendo así, en cada
--	--	--

intervalo de 5 minutos del juego, la autora de este trabajo indicó en cuatro ocasiones un color de aro sobre el cual el alumno debía evitar caer con sus pies. La madre del alumno no participó en este juego ya que la autora de este trabajo observó que la fuerza explosiva que se necesita en las piernas para saltar logrando cierta longitud era muy reducida en ella, por lo que la autora de este trabajo le solicitó que se limitará a animar verbalmente a su hijo a que continuara brincando sobre los aros, aunque él llegara a equivocarse saltando sobre el color sobre el que se le indicó que él no debía saltar.

2. Se le dio la instrucción al niño de realizar cuatro tareas que implicaron el uso de la pinza fina, las cuales fueron: Hacer tiras con papel crepé de colores, doblar el papel crepé hasta que quedara como tiras delgadas, enrollar esas tiras y finalmente, pegar esas tiras, con Resistol, alrededor del dibujo de un mándala. (para que el alumno tuviera una mayor claridad sobre cómo realizar estas tareas de pinza fina con el papel crepé, la autora de este trabajo le pidió que se imaginara la cola de un ratón, y que el papel crepé debía verse como “la colita de un ratón”, esto es, doblada y enrollada de manera que el papel crepé quedara lo más delgado posible). Una vez que el alumno pegó las “colitas de ratón” alrededor de todo el

perímetro del dibujo del mándala, la autora de esta tesis le solicitó que pintara el interior del mándala con sus dedos usando acuarelas tratando de no salirse de los límites del círculo del mándala.

3. Se le indicó al niño que se recostara en la colchoneta mientras se le puso música clásica, al mismo tiempo se le dio la indicación a su madre que le diera masaje a su hijo, únicamente en el rostro, posteriormente se volvieron a realizar los ejercicios de respiración con el alumno que ya se describieron en la Tabla 17, y se le recordó a la madre del alumno y se le explicó que la función de dicha técnica de respiración diafragmática era disminuir la activación fisiológica que generaban el estrés y la frustración.

4. Finalmente, la autora de esta tesis les explicó al alumno y a su madre la aplicación de la técnica conductual de tiempo fuera, la cual, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2016) consiste en que cada vez que el alumno llevara a cabo conductas disruptivas tales como berrinches, pataletas o que se comunicara verbalmente mediante gritos con un alto volumen (siempre y cuando el alumno ejecutara estos gritos fuera de situaciones de juegos lúdicos con reglas como los que se describieron en esta Tabla, o en situaciones de juego libre simbólico) en presencia de sus

		<p>padres, éstos debían explicarle al alumno, en un lenguaje comprensible para él, que debido a que él realizó alguna de las conductas disruptivas antes descritas, ellos lo iban a llevar a una silla que se ubicaría en un lugar de la casa donde no habría ningún tipo de juguete, celular, videojuego, ni ningún otro tipo de objeto con el que él pudiera interactuar; y se le explicó al alumno que mientras estuviera sentado en esas silla, debía abstenerse de hablar, gritar o hacer cualquier tipo de sonido con su boca o con su cuerpo, y en el caso de que él realizará alguno de estos sonidos, entonces se le prohibiría el acceso a sus juguetes, videojuegos o a cualquier celular o aparato que a él le gustara usar durante algunos minutos. Además, la autora de esta tesis, explicó y enfatizó que los padres del alumno debían evitar hablar, gritar o sermonear con su hijo mientras lo llevaban a la silla designada para el tiempo fuera, sin importar si el alumno les hablaba, les gritaba o llevaba a cabo cualquier tipo de conducta motora (siempre cerciorándose de que el alumno no llevara a cabo conductas disruptivas de tipo destructivo, por ejemplo, golpearse a si mismo o arrojar objetos mientras es llevado a dicha silla). Los padres del alumno también debían evitar hablar con él mientras el estuviera sentado en la silla designada para el tiempo fuera</p>
--	--	---

		<p>(los dos padres, o alguno de los padres debía estar cerca de dicha silla para volver a sentar a su hijo en ella en el caso de que éste realizara la acción de levantarse de dicha silla, pero evitando hablarle o hacer cualquier tipo de contacto visual directo con él). Dado que tanto los CDC, como otros autores de trabajos aplicados sobre la modificación conductual establecen que la duración del tiempo fuera debe de ser de un número de minutos equivalente a la edad del niño al que se le desee aplicar esta técnica, para que la aplicación de esta técnica se considere efectiva la autora de esta tesis, estableció el acuerdo con el alumno y con su madre que éste debía permanecer en la silla de tiempo fuera durante 8 minutos, ya que el alumno tenía 8 años de edad, y que en el caso de que él permaneciera activo en la silla del tiempo fuera, también se le quitaría el acceso a los juguetes o a los aparatos que a él, le gustaran durante 8 minutos. Finalmente, la autora de esta tesis, explicó al alumno y a su madre que si el niño permanecía quieto y sin emitir ningún tipo de sonido durante los 8 minutos de duración del tiempo fuera, ella, o su esposo, debían levantar a su hijo de la silla del tiempo fuera, volviéndole a hablar, a mirarlo y que además debían recordarle de manera clara y precisa las conductas disruptivas que lo harían</p>
--	--	---

		<p>acreedor a tener que volver a sentarse en la silla del tiempo fuera, a la vez que debían felicitarlo y darle caricias y palabras de afecto por haber permanecido en la silla del tiempo fuera sin hablar, realizar sonidos o levantarse de ella. Tanto la madre como el niño estuvieron de acuerdo en la aplicación de las reglas del tiempo fuera arriba descritas (Cabe señalar que en esta sesión no fue necesaria la aplicación del tiempo fuera ya que el alumno cumplió con eficacia las instrucciones que le dio la autora de esta tesis para la ejecución de las actividades lúdicas de esta sesión).</p>
--	--	--

<p>Evaluación</p>	<p>Se observó la conducta del niño, así como su interacción con su madre con el fin de comprobar la correcta aplicación de las estrategias conductuales que se realizaron en esta sesión. La autora de este trabajo observó, en los últimos 5 minutos de la primera actividad, que el alumno saltó sobre todos los aros de hula-hula, incluso en los que eran del color sobre el cual se le prohibió saltar. Cuando se le preguntó al alumno sobre esta situación él respondió que al final de dicha actividad, él tenía tantas ganas de saltar sobre los aros y que le gustaba tanto hacerlo que se le olvidó que no debía saltar dentro de los aros del color indicado por la autora de este trabajo. Con respecto a la segunda actividad, se observó que el alumno deseaba cubrir el perímetro del dibujo del mándala con las “colitas de ratón” de papel crepé lo más pronto posible, por lo que hubo varias secciones del perímetro del mándala a las que el alumno simplemente cubrió con el papel crepé sin enrollarlo correctamente. Sin embargo, cada vez que la autora de esta tesis, o la madre del alumno le recordaban que debía enrollar el papel crepé en tiras delgadas antes de pegarlo al mándala el alumno aceptaba dichos recordatorios verbales con algunas verbalizaciones que demostraban una molestia de intensidad baja y además, él se abstuvo de protestar usando gritos y tampoco hizo berrinches. Es por esta razón que no fue necesaria la aplicación del tiempo fuera en esta sesión; asimismo, se le dieron al alumno dos fichas positivas, Sin embargo, la autora de esta tesis sí le recomendó a la madre del alumno que ella y su hijo debían continuar realizando esta actividad manual en casa, para que el alumno ejercitará sus habilidades de planificación, organización, paciencia y seguimiento puntual de instrucciones. En esta sesión, el alumno obtuvo tres fichas positivas en su cuadro de economía de fichas, una por cada una de las actividades realizadas en esta sesión (brincar sobre los aros siguiendo las instrucciones, decorar y pintar el dibujo del mándala, y permitir que su madre le diera el masaje de relajación). Con respecto a la actividad de relajación mediante la respiración diafragmática, la autora de</p>
-------------------	---

	esta tesis observó que tanto al alumno como a su madre aún se les dificultaba inhalar oxígeno durante 3 segundos, mantenerlo en el diafragma durante 2 segundos y exhalarlo en 6, por lo que les recordó que si ellos deseaban percibir una relajación efectiva, debían seguir practicando dicha habilidad en casa.
Implicaciones	Con estas estrategias se esperó que el niño se diera cuenta de que, si tenía la capacidad potencial de autorregular su enojo y su frustración cada vez que cometiera errores, además de darse cuenta de los logros que puede alcanzar gracias a sus habilidades motoras e intelectuales.
Observaciones	El niño se dio cuenta que puede tranquilizarse y hacer bien las cosas, y si bien se le dificultaba mantener la limpieza en su trabajo, él mostró avances con respecto a la disminución de la demora con la cual realizaba sus actividades.
Reflexión	Como señalan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2016), se requiere de varios intentos hasta que la conducta disruptiva presentada sea eliminada, por lo que era importante que el niño supiera cuando parar, que se diera cuenta que esa conducta disruptiva no era correcta, por medio del tiempo fuera y el reforzamiento diferencial y social de conductas de seguimiento de las instrucciones de sus padres, el alumno debía percibir que lo que hacía tenía consecuencias, y si él quería continuar con las actividades que deseara hacer, entonces tendría que hacerlo como se le indica, de lo contrario, él debía volver a someterse al tiempo fuera hasta que regrese con una mejor disposición y actitud.

Tabla 19	
Sesión 5	
Estrategia Utilizada	Extinción y reforzamiento positivo
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar y enseñar al niño y a su madre qué es, en qué consiste y cómo aplicar el reforzamiento positivo y la extinción. - Intervenir y mejorar por medio de estas actividades, los procesos de atención, concentración del alumno y que el niño hiciera una reflexión acerca de la consecuencia de sus actos a través de un cuento.
Justificación	<p>Se definieron operacionalmente y se categorizaron las conductas deseadas para saber cuándo aplicar el reforzamiento positivo ya que la familia es un puente facilitador de apoyo en el niño, ya que recibieron un entrenamiento por parte de la terapeuta.</p> <p>Se aplicó el reforzamiento positivo para que el niño identificara y reconociera que puede obtener estímulos gratificantes para mejorar su conducta.</p>

<p>Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Juego "Quitarse las pinzas" Duración: 5 minutos. 2. Juego de memorama. Duración: 15 minutos. 3. Lectura de un cuento Duración: 20 minutos 4. Saltando conos Duración: 20 minutos 	<p>. Materiales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pinzas de ropa, espacio amplio. 2. Un reproductor de música. 3. Tarjetas para juego de memorama. 4. Cuento "La brujita atarantada" de Eva Furnari. 5. Una silla y una mesa. 6. Conos, espacio amplio y música 	<p>Desarrollo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La autora de esta tesis les proporcionó tanto al niño como a su madre 15 pinzas para ropa, y posteriormente les solicitó que las colocarán sobre sus respectivas prendas de ropa. El objetivo de esta actividad era que el niño y su madre debían quitar las pinzas que se encontraban sobre la ropa del otro jugador (el alumno debía quitar las pinzas de la ropa de su madre y viceversa) mientras la terapeuta reproducía una canción en el reproductor de música durante 20 segundos. Finalmente, la terapeuta dejó de reproducir la canción y cuando esto ocurriera, tanto el alumno como su madre debían detener la canción ellos debían detener la extracción de las pinzas de ropa. Este juego tuvo una duración de 15 rondas de 20 segundos cada una. Se declaró ganador del juego a quien acumulara el mayor número de turnos con el mayor número de pinzas extraídas de la ropa del otro jugador. La terapeuta le indicó verbalmente al alumno que si él extraía pinzas de la ropa de su madre mientras no se escuchara la música, se le recordaría que sólo debía hacerlo mientras se escuchara la música, y en el caso de que él volviera a quitar pinzas en ausencia de la música durante 3 turnos consecutivos o alternados, la terapeuta interrumpiría el juego, sin decir nada (y a la madre del alumno se le dio la
--	--	--

instrucción de que si el juego se interrumpía, no debía emitir ningún comentario ni regaño hacia su hijo). Además, si el juego se interrumpía, el niño no obtendría la ficha positiva correspondiente a dicha actividad en su cuadro de economía de fichas ubicado en el consultorio y se le colocaría una ficha negativa en su lugar. La autora aplicó esta regla adicional de interrupción silenciosa del juego con el propósito de implementar la técnica conductual de extinción hacia la impulsividad del alumno, la cual le impedía seguir instrucciones verbales de manera adecuada.

Se puede afirmar que el número de turnos con la mayor cantidad de pinzas extraídas de la ropa cumplieron la función de reforzadores secundarios que se debían obtener para aumentar la probabilidad de acceder al reforzador principal, el cual era el conjunto de sentimientos de satisfacción que experimenta una persona cuando gana una competencia.

2. La autora de esta tesis mostró al alumno y a su madre un juego de memorama que contenía 20 pares de tarjetas con imágenes alusivas a juguetes y objetos propios de la tradición mexicana. Las tarjetas se colocaron boca abajo en la mesa del consultorio y la autora de este trabajo les explicó a su alumno y a su madre que ellos tres (la terapeuta también se incluyó

		<p>en este juego) voltearían un par de tarjetas boca arriba, por turnos. A cada jugador solo se le permitía voltear un par de tarjetas por turno. Si el par de tarjetas volteadas por el jugador en turno contenían la misma imagen, ese jugador se quedaba con ese par de tarjetas, y si el par de imágenes que se conseguían eran diferentes entre si, el jugador en turno debía voltearlas boca abajo nuevamente y dejarlas en el mismo lugar donde estaban acomodadas en la mesa, sin quedarse con ellas. Ganaba el jugador que consiguiera el mayor número de pares de tarjetas que fueran iguales entre sí. La terapeuta le dio la indicación verbal al niño de que sí el intentaba voltear cualquier par de tarjetas durante un turno que no fuera el suyo, no se le permitiría hacer esta conducta y se le recordaría que no era su turno (y en el caso de que él volteara un par de tarjetas iguales durante ese turno que no fuera el suyo, el par de tarjetas iguales se las quedaría la jugadora a la que le correspondiera el turno que él haya interrumpido). Y si el alumno interrumpía 6 turnos que no fueran los suyos, ya fuera de manera alternada o consecutiva, la terapeuta interrumpiría el juego de memorama, sin decir nada (y la madre del alumno tampoco debía emitir ningún comentario ni regaño hacía su hijo). Y si se interrumpía el memorama, el</p>
--	--	--

Esto se aplicó con el fin de aplicar la técnica conductual de la extinción con el fin de contribuir a la reducción de la frecuencia de desobediencia de las instrucciones que manifestaba el alumno.

De manera similar a la actividad anteriormente descrita, se puede afirmar que en el juego de memorama, la acción de ir consiguiendo los pares de tarjetas iguales funciona como reforzador secundario, el cual le permite a los jugadores que los obtienen aumentar la probabilidad de obtener el reforzador principal, el cual consiste en experimentar un conjunto de sentimientos de satisfacción gracias al hecho de ganar una competencia. Y ese conjunto de sentimientos de satisfacción funcionan como reforzadores sociales que incrementan de manera significativa la intensidad de la autoestima y la percepción de satisfacción que una persona posee.

3. Se le dio al niño la indicación de que debía leer un cuento llamado "La Brujita atarantada" para que después lo relatara con sus propias palabras a través de las imágenes que contenía el cuento. La trama de este cuento consiste, en resumen, consiste en que la protagonista de la historia desea obtener diversos objetos que no tenía en su poder lo más pronto posible, y ya que para lograr esto, transformó a diversos animales en los objetos que deseaba y los

objetos continuaban moviéndose como los animales que transformó, la protagonista de la historia conseguía objetos que no le funcionaban correctamente, y por lo tanto, sufría accidentes que la lastimaban físicamente. En una segunda parte de la historia, la protagonista de este cuento debía compartir sus pertenencias con una amiga suya. Además de solicitarle al alumno que leyera este cuento y lo parafraseara, la autora de este trabajo le realizó al alumno algunas preguntas relacionadas con la trama de este cuento para evaluar la efectividad con la que el alumno asimiló y comprendió las dos moralejas de este cuento, las cuales fueron: Esperar el momento indicado para obtener las cosas que deseaba, y que se deben compartir las pertenencias si otra persona nos las solicita de manera asertiva.

4. La terapeuta colocó conos de colores en el piso de la sala de espera de la clínica, de tal manera que dichos conos formaran una línea recta con orientación vertical. Posteriormente, ella le dio la instrucción verbal al alumno de que, mientras él escuchara música, debía caminar en zig zag a través de la línea recta formada por los conos, en un trayecto de ida y vuelta, de tal manera que sus pies no tuvieran contacto físico con dichos objetos; además, ella le indicó al alumno que mientras él

		no escuchara música, debía hacer el mismo recorrido en zig zag antes descrito, y sin tocar los conos con sus pies, pero caminando de espaldas.
--	--	--

Evaluación	<p>Durante el juego de quitar las pinzas de la ropa, la autora de esta tesis observo que el alumno quitó pinzas de la ropa de su madre mientras no se reproducía música durante 2 turnos consecutivos, sin embargo, bastó con que tanto ella como su madre le recordaran al alumno que a la tercera vez que él quitará pinzas sin que sonara música el juego se acabaría para que él siguiera adecuadamente la instrucción de solo quitar pinzas de la ropa de su madre mientras se reprodujera música. Él ganó ese juego, y tanto por eso como por subir correctamente las instrucciones que se le dieron, la autora de esta tesis le proporcionó la ficha positiva correspondiente a esa actividad.</p> <p>Durante el juego del memorama, la autora de esta tesis observó que el alumno intentaba levantar las tarjetas con las imágenes que coincidían entre sí que él ya había observado en turnos anteriores durante 4 turnos alternados que no fueron los suyos, por lo cual, los pares de tarjetas iguales que él descubrió durante esos turnos los obtuvieron su madre o la terapeuta. En cada uno de esos turnos, la terapeuta le recordó al alumno que si el interrumpía dos turnos más, el juego se acabaría y se le daría una ficha negativa. Entonces el alumno aceptó dichos recordatorios de las instrucciones y se limitó a obtener pares de tarjetas iguales solamente durante los turnos que le pertenecieran. Así fue como el alumno obtuvo la ficha positiva correspondiente a esa actividad.</p> <p>La autora de este trabajo también observó que el alumno tenía una velocidad de lectura adecuada, leía los enunciados del cuento de forma continua, y que también ejecutaba un buen volumen de voz. Sin embargo, se observaron algunos errores en la dicción de las palabras por parte del niño en algunos párrafos del cuento ya que en esos párrafos él aumentaba considerablemente la velocidad de lectura, lo que provocó los errores de dicción antes mencionados. Con respecto a la asimilación de las moralejas del cuento, el alumno manifestó que aún le costaba trabajo esperar a que se le diera el permiso de tomar algún objeto que quería, o de realizar alguna actividad que él deseara hacer; y que, si compartía sus pertenencias con sus hermanos, pero que a veces no quería compartirlos con ellos. Por la realización correcta de esta actividad, se le proporcionó al alumno otra ficha positiva.</p> <p>La terapeuta las dudas que la madre tuvo acerca de la aplicación adecuada de la técnica conductual de la extinción, específicamente por qué no debía interactuar con su hijo cuando éste realizara alguna protesta verbal o berrinche, y se le explicó que todas las conductas que engloban atención a esas conductas disruptivas (las cuales eran, por ejemplo, regaños, discursos o amenazas de castigo) incrementan la frecuencia de dichas conductas disruptivas, por el solo hecho de la atención que su hijo recibía. Entonces, la terapeuta le explicó a la madre del alumno que, si deseaba que los berrinches y protestas de su hijo fueran significativamente menos frecuentes, ella debía recordarle con amabilidad y calma que debía seguir sus instrucciones en cualquier actividad.</p> <p>Además de que ella tendría que jugar con su hijo más juegos de mesa tales como los anteriormente descritos en esta Tabla, así como otros que implicaran seguir reglas verbales y tomar turnos, esto con el objetivo de que su hijo fuera incorporando paulatinamente el hábito de seguir instrucciones y de esperar a que fuera su turno de hablar y/o hacer diversas</p>
------------	---

	actividades. Además de que ella debía animar a su hijo a participar en más juegos que involucraran el gasto constante de energía corporal para su hijo, esto con el fin de que su hijo tuviera menos energía para hacer berrinches.
Implicaciones	La mamá le enseñó a su hijo que era capaz de obtener un estímulo positivo cuando seguía adecuadamente las instrucciones que se le daban.
Observaciones	El niño se mostró más cooperador, y la madre observó cambios favorecedores en la modificación de su conducta
Reflexión	Es necesario el entrenamiento a padres para modificar el comportamiento inadecuado, ya que el niño siempre obtenía regaños, ahora aprendieron que por medio del rozamiento positivo observaban cambios significativos en la conducta de su hijo, por eso es importante que la familia fueran entrenadores y facilitadores de apoyo

Tabla 20		
Sesión 6		
Estrategia Utilizada	Modelamiento y moldeamiento (Primera parte).	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar y enseñar al niño y a sus padres qué es, en qué consiste y cómo aplicar el moldeamiento y modelamiento de conductas complejas. - Intervenir y mejorar por medio de estas actividades, en los procesos de atención, concentración y que haga una reflexión acerca de la consecuencia de sus actos a través de un cuento 	
Justificación	La justificación de las actividades de esta sesión fue que el alumno ejecutaba conductas inadecuadas antes de esta sesión, por ejemplo, cada que regresaba de la escuela dejaba la mochila en cualquier lugar, por lo tanto se le enseñó una estrategia de moldeamiento conductual para que la llevara a cabo, en primera instancia se comenzó a reforzar al niño todas las aproximaciones por dejar la mochila en un lugar específico de la casa, hasta que hubiera una adquisición completa de dicha conducta y así enseñar más conductas deseadas a través del moldeamiento, ya que tal como afirman Martín y Pear (2008) se deben empezar a reforzar las primeras aproximaciones simples antes de pasar a la siguiente fase del moldeamiento, evitando no haber reforzado lo suficiente o haber pasado a la siguiente fase sin la adquisición completa de la conducta anterior.	
Actividades	Materiales	Desarrollo
1. Ejecución de un baile con pasos ordenados y específicos. Duración: 15 minutos	1. Ropa cómoda. 2. Un aparato para reproducir música y espacio amplio	1. La terapeuta reprodujo una canción que tuviera la característica de poderse bailar, bailó esa canción con diversos movimientos de su

<ol style="list-style-type: none"> 2. Lectura del cuento "El arca de Noé". Duración: 15 minutos. 3. Ejecución de conductas específicas mediante una canción que contenía instrucciones específicas sobre higiene personal. Duración: 30 minutos. 4. Moldeamiento de la conducta de colocar una mochila dentro de una canasta. Duración: 30 minutos 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Libro infantil "El Arca de Noe", mesa, del consultorio de psicología. 4. Una canasta grande hecha de plástico. 	<p>cuerpo y posteriormente, le indicó al alumno y a su madre que ahora ellos debían imitar los pasos de baile que ella realizó. A continuación, se puso nuevamente la melodía y la madre y el niño debían recordar y ejecutar cada uno de los pasos de baile modelados por la terapeuta.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. La terapeuta le dio la indicación al niño de leer el título y el primer capítulo del cuento "El Arca de Noe", el cual se basa en el relato bíblico del mismo nombre, y posteriormente el alumno debía explicar lo que él había comprendido de la trama de dicho cuento. 3. La autora de esta tesis reprodujo una canción que contenía instrucciones cantadas sobre higiene personal (por ejemplo, lavarse los dientes, acomodar objetos en cajones y cestas, etc.) y le indicó al alumno que él debía seguir las indicaciones que se daban en la canción. El objetivo de esta actividad fue aplicar la técnica conductual del modelamiento de conductas complejas referentes al autocuidado del alumno. 4. Además del modelamiento realizado en la actividad arriba mencionada, la autora de este trabajo le solicitó al alumno y a su madre que salieran al patio de la clínica, esto se hizo con el fin de colocar una canasta grande en una de las esquinas de ese patio. Posteriormente, la autora de esta tesis le explicó al alumno que debía colocar su mochila dentro de esa canasta,
---	--	---

		<p>y que si realizar esta conducta se le dificultaba, dicha canasta se le colocaría lo más cerca posible a su posición. El alumno manifestó que no estaba acostumbrado a colocar su mochila dentro de canastas o bolsas ubicadas en lugares designados para ello porque en su casa no se acostumbraba colocar los objetos personales dentro de ese tipo de objetos, y que, además él estaba acostumbrado a llegar a casa para llegar a su habitación y que por esa razón olvidaba subir su mochila con él para colocarla en un lugar asignado dentro de su habitación. Fue por eso que la autora de este trabajo colocó la canasta a unos pocos metros de la posición del alumno durante los primeros 5 minutos de la actividad (el alumno estaba ubicado en una de las esquinas del patio) y le indicó al alumno que debía colocar su mochila dentro de esa canasta cada que su madre se lo indicara si quería obtener una ficha positiva en su cartel de economía de fichas (A la madre del alumno se le indicó que debía dar la instrucción a su hijo de colocar su mochila dentro de la canasta con un tono de voz amable, calmado y diciendo la frase “por favor” después de la instrucción; y se le indicó al alumno que no le estaba permitido ni arrastrar la mochila por el piso del patio ni arrojarla para “encestarla” dentro de la canasta, sino que debía caminar hacia la canasta</p>
--	--	--

		<p>y depositar su mochila únicamente cuando él se encontrara junto a ella). Fue entonces que la madre del alumno le indicó a él que colocara su mochila dentro de la canasta indicada durante varias ocasiones dentro de esos primeros 5 minutos y el alumno debía colocar su mochila dentro de dicho objeto para obtener la ficha positiva antes mencionada. Pasados 5 minutos, la autora de este trabajo colocó la canasta designada algunos metros más alejada de la posición inicial del alumno y le indicó que ahora debía caminar unos pasos más para depositar su mochila dentro de dicha canasta, reiterándole que no le estaba permitido arrastrarla por el piso ni arrojarla dentro de la canasta. Pasados los primeros 10 minutos de esta actividad, la autora de este trabajo colocó la canasta unos metros más alejada de la posición inicial del alumno de lo que lo había estado anteriormente, y le volvió a dar al alumno y a su madre las instrucciones anteriormente mencionadas en esta actividad. Fue así que, por cada lapso de 5 minutos de duración de esta actividad, la autora de este trabajo fue colocando la canasta en posiciones más alejadas de la posición inicial del alumno, hasta que en los últimos minutos de esta actividad, el alumno debía caminar de la esquina del patio en la que él se encontraba, a una esquina</p>
--	--	---

opuesta de dicho patio si deseaba colocar su mochila dentro de la canasta de la manera indicada por su madre y por la terapeuta. Finalmente, la terapeuta le dio la instrucción a la madre del alumno que a partir de este día, ella y su esposo debían conseguir canastas de plástico similares a la que se había usado en esta actividad, que tuvieran diferentes colores que fueran llamativos para su hijo; y etiquetarlas con el nombre de diferentes tipos de pertenencias del alumno (Por ejemplo: “Canasta de ropa limpia”, “Canasta de ropa sucia”, “Canasta de cosas para videojuegos”, “Canasta de juguetes”, etc.) con el fin de que el alumno aprendiera progresivamente a reconocer que cada tipo de objeto debía ser colocado en lugares desinados para ello, además de que si el alumno colocaba sus pertenencias fuera de estos lugares designados para almacenarlas, ni ella ni su esposo debían recogerlas para colocarlas en esos lugares designados, sino que debían indicarle a su hijo, con calma y amabilidad que recogiera la pertenencia que él había dejado tirada en el suelo y depositarla dentro de la canasta con la etiqueta designada para ese tipo de pertenencia, y que debían proporcionarle fichas positivas cada vez que su hijo colocara sus pertenencias dentro de las canastas designadas para

		<p>cada tipo de pertenencia, al mismo tiempo que ellos debían modelarle dicha conducta de organización a su hijo colocando sus propias pertenencias dentro de lugares únicos y designados para cada tipo de sus pertenencias, porque si él alumno veía que sus padres también colocaban sus pertenencias en cualquier lugar de la casa, a él le costaría mucho trabajo adquirir la conducta de organización que se había moldeado en esta actividad.</p>
--	--	--

<p>Evaluación</p>	<p>En la primera actividad, la autora de este trabajo observó que el alumno presentaba una psicomotricidad gruesa de un nivel aceptable, ya que fue capaz de imitar todos los pasos que la terapeuta le había modelado con su cuerpo.</p> <p>En la segunda actividad, la terapeuta observó que el alumno leía el cuento con un volumen de voz aceptables, además de leer de forma continua las frases y párrafos del cuento, sin embargo, el alumno continuaba leyendo con una velocidad elevada, lo cual continuaba afectando de manera significativa su dicción provocando que algunas palabras no se le entendieran adecuadamente. Con respecto a la comprensión lectora, el alumno demostró conocer adecuadamente la trama de lo que leyó, ya que él dijo que su madre lo llevaba a las reuniones de los Testigos de Jehová varios días a la semana, por la tarde; y en esas reuniones se leían continuamente los libros bíblicos del Antiguo Testamento. Cabe aclarar que la elección de la lectura de esta sesión fue sugerida a la terapeuta por parte de la madre del niño, ya que ella manifestó que no había estado de acuerdo con el personaje principal de la lectura de la sesión anterior, ya que los Testigos de Jehová no debían leer sobre seres sobrenaturales que fueran en contra de lo aceptado por la susodicha religión (por ejemplo, las brujas), aunque esos personajes fueran usados en material didáctico infantil, y la autora de este trabajo aceptó esas razones, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento por parte de la madre del alumno.</p> <p>En la tercera actividad, el alumno tuvo una capacidad aceptable para imitar todas las conductas de autocuidado que los personajes de la canción le modelaban, lo que le indicó a la autora de este trabajo que él tenía una motricidad fina aceptable, así como que era capaz de imitar conductas de autocuidado modeladas por otras personas (sin embargo, también se observó que el alumno se distraía al momento de imitar algunas de las conductas de autocuidado modeladas en la canción usada en esta actividad).</p> <p>En la cuarta actividad, la autora de este trabajo observó que el alumno colocó de la manera adecuada su mochila dentro de la canasta designada durante los primeros 15 minutos de la actividad, sin embargo, en los últimos 15 minutos de esta actividad, se observó que el alumno comenzaba a quejarse de tener que caminar más pasos para colocar su mochila dentro de la canasta y también comenzó a intentar “encestar” dicha mochila dentro de la</p>
-------------------	--

	<p>canasta a pesar de que tanto su madre como la terapeuta le indicaban que se abstuviera de hacer dicha conducta (la madre del alumno comenzó a desesperarse porque su hijo intentaba “encestar” su mochila dentro de la canasta y empezó a gritarle que no lo hiciera, por lo que fue necesario que la autora de este trabajo le recordara practicar la respiración diafragmática, para darle las instrucciones a su hijo de manera calmada y con un volumen de voz que denotara amabilidad hacía su hijo). A la madre del alumno también se le indicó que si su hijo continuaba intentando depositar su mochila dentro de la canasta de manera incorrecta, ella debía modelarle la conducta indicada como correcta al depositar su bolso dentro de la canasta. Estos errores que cometió el alumno al momento de depositar su mochila dentro de la canasta provocaron que él sólo pudiera obtener 3 de las 6 fichas positivas disponibles para esta actividad; sin embargo, la autora de este trabajo le recordó que sólo era necesario que él siguiera practicando depositar sus pertenencias en lugares únicos designados para ello.</p> <p>En total, el alumno obtuvo 7 fichas positivas en esta sesión.</p>
Implicaciones	<p>La madre aplicó el modelamiento y encadenamiento conductual para la realización de la conducta compleja de depositar pertenencias dentro de lugares únicos y designados para ello por parte de su hijo con el fin de que en un futuro a corto plazo él pudiera realizar diferentes actividades de autocuidado y organización autónoma de sus pertenencias por su cuenta. Sin embargo, ella aún debe practicar con mayor frecuencia la emisión de instrucciones de manera calmada y amable con el fin de mejorar la adherencia de su hijo a las instrucciones que ella le proporcione.</p>
Observaciones	<p>Durante algunas de las actividades de esta sesión, al alumno le costó trabajo poner atención en ellas y se distraía, pero también realizó algunas conductas que denotaron concentración, tales como imitar las conductas de autocuidado y las conductas motoras relacionadas con el baile</p>
Reflexión	<p>La madre era la guía conductual por medio del encadenamiento conductual con el fin de que su hijo fuera aprendiendo cómo actuar de forma adecuada, ante ciertas situaciones que fueran importantes en su día a día tanto en la escuela como en la casa. La autora de este trabajo observó que antes de esta sesión, la madre del alumno no conocía y tampoco aplicaba adecuadamente la técnica de moldeado de conductas complejas con su hijo, ya que cuando éste no dejaba la mochila en un lugar específico, ella sólo reforzaba las aproximaciones iniciales y no las conductas posteriores que se necesitaban para la adquisición completa de la conducta deseada de colocar la mochila en un lugar específico y que ella terminaba colocando la mochila de su hijo en un lugar específico. Por lo tanto, la terapeuta le señaló este error en la aplicación del moldeamiento y con eso la madre pudo darse cuenta de su error en la aplicación de esta técnica y lo comenzó a corregir a partir de esta sesión.</p>

Tabla 21

Sesión 7

Estrategia Utilizada | Modelamiento, moldeamiento e imitación (Segunda parte).

Objetivo | - Entrenar tanto en el alumno como en su madre las conductas necesarias para cruzar de manera segura las calles

Justificación | Como ya se explicó en el apartado de la Detección de necesidades, una de las áreas de oportunidad que resultaba más apremiante trabajar con el alumno objeto de esta intervención educativa era evitar que éste atravesara corriendo las calles y las avenidas sin observar las luces de los semáforos y sin observar a ambos lados de dichas calles y avenidas antes de atravesarlas, ya que esta conducta disruptiva ponía directamente en riesgo la integridad física del alumno y su vida misma. Asimismo, se debía entrenar a los padres del alumno para que éstos moldearan y modelaran adecuadamente la conducta de atravesar de manera correcta las calles y las avenidas, ya que, hasta ese momento, ni ellos mismos realizaban de manera consistente el cruce adecuado de las calles y las avenidas ya que había veces en que ellos no las atravesaban únicamente en las esquinas y hasta que la luz del semáforo estuviera en color verde.

Actividades

- 1 Proyección de un vídeo sobre como atravesar correctamente las avenidas.
Duración 10 minutos.
- 2 Modelamiento y moldeamiento de las conductas complejas de atravesar la calle sólo en las esquinas de una banqueta y después de mirar a ambos lados de la misma.
Duración: 40 minutos.
- 3 Aplicación de masaje de relajación sobre el alumno.
Duración: 10 minutos.

. Materiales

- 1 Celular con la capacidad de reproducir archivos de vídeo.
- 2 Pañoletas de color verde, amarillo y rojo.
- 3 Aceites corporales para masaje corporal
- 4 Reproductor de música.

Desarrollo

1. En la primera actividad, la autora de este trabajo proyectó en su celular un vídeo realizado por la empresa Disney Junior acerca de las conductas que tanto los padres de familia como sus hijos de entre 6 a 11 años de edad deben realizar para cruzar las calles y las avenidas de forma segura. En dicho vídeo, se aborda la función de los semáforos vehiculares y peatonales, así como la función de los pasos peatonales. La autora de este trabajo le permitió a la madre del alumno, así como a este último observar el vídeo y les hizo preguntas acerca de los elementos vistos en el vídeo con el fin de garantizar la comprensión de la temática por parte de ambos. Ella también les aclaró dudas que tanto el alumno como su madre tenían sobre las conductas de cruce

		<p>seguro de las calles y avenidas.</p> <p>2. En la segunda actividad, la autora de este trabajo solicitó el apoyo de la masoterapeuta de la clínica San Ignacio con el objetivo de modelar y moldear las conductas complejas de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atravesar la calle sólo en las esquinas de las banquetas. 2. Mirar tanto a la izquierda como a la derecha de la calle con el fin de cerciorarse de que no pasan automóviles mientras un peatón atraviesa la calle. 3. Cruzar la calle sólo si un semáforo peatonal está en color verde, y di un semáforo vehicular está en color rojo. 4. Que la madre del alumno tome de la mano a su hijo en todo momento antes, durante y después del cruce seguro de la calle <p>Esta actividad se llevó a cabo fuera de la clínica San Ignacio, en la calle cerrada que se encuentra antes de llegar a la clínica, y dado que en una calle cerrada no hay semáforos, tanto la autora de este trabajo como la masoterapeuta personificaron la función de un semáforo peatonal y un semáforo vehicular respectivamente, colocándose en la cabeza unas pañoletas verde y roja; y verde, amarilla y roja, respectivamente. En los primeros 5 minutos de la actividad, tanto la autora de este trabajo como la masoterapeuta modelaron las conductas de cruzar la calle sólo en las esquinas de la calle</p>
--	--	--

		<p>cerrada, la de mirar a ambos lados de la calle para cerciorarse de sólo atravesarla en ausencia de vehículos y la de tomarse todo el tiempo de la mano mientras se atravesaba la susodicha calle cerrada. Ellas modelaron dichas conductas tantas veces como se los permitió el primer lapso de 5 minutos de esta actividad, mientras el alumno y su madre tenían la instrucción de seguirlas a lo largo de la calle y observar como ellas cruzaban la calle cerrada.</p> <p>En los siguientes 35 minutos de esta actividad, tanto la autora de este trabajo como la masoterapeuta les solicitaron tanto al alumno como a su madre que imitaran las conductas de cruce seguro de las calles que ellas habían modelado para ellos, con ellas colocándose en la cabeza cada 2 minutos una pañoleta verde y una pañoleta roja, respectivamente (esto para representar que, generalmente, cuando un semáforo peatonal está de color verde el semáforo peatonal está de color rojo, y viceversa) y así ellas se intercambiaron las pañoletas con los colores rojo y verde cada 5 minutos, con la masoterapeuta colocándose la pañoleta amarilla durante unos segundos después de colocarse la pañoleta verde, y segundos antes de colocarse la pañoleta roja (esto se hizo con el fin de representar la función de la luz preventiva del semáforo vehicular). También le solicitaron a la madre del alumno que lo sujetara firmemente de una mano en cuanto llegaran a la esquina de la calle cerrada para atravesarla y que no le soltara la mano bajo ninguna circunstancia, esto con el fin de evitar que su hijo atravesara corriendo la calle. Se le explicó a ella que era indispensable que le sujetara</p>
--	--	--

la mano cada vez que atravesaran una calle o avenida, ya que era esperable que su hijo intentaría cruzar por su cuenta las calles o avenidas durante algunos días después de esta sesión, tanto por el hecho de ser un niño como por el hecho de tener los signos conductuales y cognitivos del TDAH.

Entonces, al momento de atravesar la calle cerrada, tanto el alumno como su madre debían llegar desde la ubicación de la Clínica "San Ignacio" hasta la esquina de la calle cerrada que se encuentra adyacente a dicha clínica, mirar a ambos lados de dicha calle para cerciorarse de atravesar en ausencia de vehículos y sólo atravesarla si y sólo si el "semáforo peatonal" (la autora de este trabajo, quién se encontraba del otro lado de la calle cerrada) llevaba en la cabeza la pañoleta color verde y el "semáforo vehicular" (la masoterapeuta, quién se ubicó de frente a la calle cerrada, pero cerca de donde estaba la autora de este trabajo) llevaba en la cabeza la pañoleta de color rojo. Cada ensayo de 5 minutos, ellas intercambiaban el color de las pañoletas de verde a rojo y viceversa. Entonces, tanto el alumno como su madre tuvieron que practicar el cruce seguro de calles y avenidas durante 7 ensayos.

Finalmente, cada vez que tanto el alumno como si madre atravesarán la calle cerrada de la manera adecuada descrita en el párrafo anterior, ellos debían volver a la entrada de la clínica San Ignacio caminando y volver a emprender el camino hacia la esquina de la calle cerrada para volverla a atravesar si el "semáforo peatonal" estaba en verde y el "semáforo vehicular " estaba en rojo (y si el "semáforo peatonal" estaba en rojo y

el "semáforo vehicular" estaba en verde" tanto el alumno como su madre debían esperar de pie en la esquina de la calle hasta que la autora de este trabajo como la masoterapeuta se cambiaban las pañoletas a las de color verde y rojo, respectivamente). Y si el alumno intentaba atravesar la calle cerrada por un lugar que no fuera la esquina de ésta, o si intentaba atravesar corriendo y sin mirar a los lados, o si se soltaba de la mano de su madre y atravesaba la calle cerrada mientras el "semáforo peatonal" estaba en color rojo y el "semáforo vehicular" estaba en color verde, la autora de este trabajo lo iba a hacer regresar de nuevo a la entrada de la clínica y volver a hacer el recorrido arriba indicado, colocando una ficha negativa en el cuadro de economía de fichas del alumno. En cambio, si el alumno llevaba a cabo todas las conductas de cruce seguro de las calles de forma adecuada y secuencial (y, por supuesto, esperando que su madre le diera la mano para atravesar juntos la calle cerrada) el alumno ganaría una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas, por cada conducta de cruce seguro llevada a cabo de manera adecuada, se le permitiría atravesar la calle cerrada, y se le indicaría volver a la entrada de la clínica para volver a llevar a cabo otro ciclo de la cadena conductual del cruzar la calle de forma segura.

3) Una vez transcurridos los 40 minutos de la actividad anterior, la autora de este trabajo le solicitó al alumno que se recostara en una colchoneta, mientras ella reprodujo música clásica en un reproductor de música y se le dio la indicación a la

		<p>madre de éste que empezara a dar masaje a su hijo, empezando por su cabeza, continuando con el cuello, con los hombros, los brazos, las manos, las piernas, los pies y terminando el masaje con los dedos del pie del alumno. Esta actividad se realizó con el fin de relajar al alumno y de afianzar los lazos afectivos con su madre.</p>
<p>Evaluación</p>	<p>Tanto el alumno como su madre respondieron correctamente todas las preguntas que la autora de esta tesis les realizó en la primera actividad.</p> <p>Durante los primeros 10 minutos en los cuales tanto el alumno como su madre tuvieron que imitar las conductas de cruce seguro de calles y avenidas que la autora de esta tesis y la masoterapeuta les habían modelado, el alumno intentó cruzar la calle cerrada adyacente a la clínica San Ignacio sin haber llegado a la esquina en donde se hallaban los “semáforos” en 3 de los 7 ensayos, pero como su madre lo tenía sujeto firmemente de la mano y le recordó a él que si intentaba soltarse de su mano y atravesar corriendo la calle cerrada, él se haría acreedor a una ficha negativa por cada uno de esos errores, el alumno decidió esperar hasta llegar a la esquina de la calle, por lo que evitó obtener fichas negativas en su cuadro de economía de fichas.</p> <p>Finalmente, en los últimos 4 ensayos de la imitación de las conductas de cruce seguro de las calles y avenidas, el alumno llevó a cabo de manera adecuada la conducta de mirar hacia la izquierda y hacia la derecha de la calle cerrada antes de atravesarla. Y también llevó a cabo de manera adecuada la conducta de sólo atravesar la calle cuando el “semáforo peatonal” se encontrara en color verde y “el semáforo vehicular” se encontrara en color rojo, y como caminó con velocidad normal mientras atravesaba la calle sujeto de la mano de su madre, el alumno obtuvo las 7 fichas positivas disponibles para esta actividad.</p> <p>En la última actividad, la autora de este trabajo observó que la madre del alumno aplicó el masaje de relajación con una mayor eficiencia.</p>	
<p>Implicaciones</p>	<p>La madre del alumno le agradeció a la autora de esta tesis la realización de la segunda actividad, y manifestó que esperaba que, gracias a su realización, su hijo sería capaz de atravesar las calles y las avenidas de manera adecuada.</p>	
<p>Observaciones</p>	<p>La madre del alumno y él llevaron a cabo, de manera adecuada, todas las actividades psicoeducativas de esta sesión.</p>	
<p>Reflexión</p>	<p>El entrenamiento de las conductas que conforman la cadena conductual de atravesar las calles y avenidas de la manera más segura posible fue fundamental para garantizar la integridad física y psicológica del alumno objeto de esta intervención psicoeducativa.</p>	

Tabla 22

Sesión 8

Estrategia Utilizada Relajación y activación física

Objetivo

- Continuar relajando al alumno objeto de esta intervención y retroalimentar a su madre con sugerencias en caso de algún error en la aplicación de esta técnica.
- Continuar disminuyendo la frecuencia de las conductas relacionadas con la impulsividad en el diagnóstico del TDAH.

Justificación

Antes de esta sesión, la madre del alumno objeto de esta intervención reportó que su hijo manifestaba un alto nivel de excitación, lo cual fue evidente ya que al llevar a la clínica San Ignacio, él llegó corriendo de manera continua e iba de un lado a otro del patio/sala de espera de la clínica.

Actividades

1. Masaje de relajación.
Tiempo: 10 minutos
2. Salto conjunto de una cuerda.
Tiempo: 20 minutos
3. Botar la pelota con una sola mano.
Tiempo: 20 minutos

. Materiales

1. Una colchoneta, aceites corporales.
2. Una cuerda para saltar.
3. Una pelota mediana.
4. Un aparato reproductor de música.

Desarrollo

1. La autora de esta tesis le indicó al alumno que se recostara en la colchoneta boca abajo, mientras la terapeuta le puso música al mismo tiempo que la madre masajeaba a su hijo, empezando por la espalda, continuando por la planta de los pies, las piernas, los brazos y las manos.
2. La terapeuta le proporcionó al alumno y a su madre una cuerda para saltar y les dio la instrucción de que debían saltar la cuerda tantas veces como pudieran. También se les dio la instrucción de que en los primeros 10 minutos debían saltar la cuerda con los dos pies juntos; mientras que en los últimos 10 minutos debían dar saltos alternado los pies (Cabe aclarar que la madre del alumno sólo pudo realizar este ejercicio durante 5 minutos).
3. La terapeuta le dio al alumno una pelota y le solicitó que la botara en el piso con la mano derecha mientras mantenía la mano izquierda detrás de su espalda durante 10 minutos.

		Pasados esos 10 minutos, el alumno debía botar la pelota en el piso con su mano izquierda mientras mantenía su mano derecha detrás de su espalda.
Evaluación	<p>En la primera actividad, el alumno permitió que su madre le proporcionará el masaje corporal de relajación ya que manifestó que ese el hecho de recibir ese masaje le agradaba mucho; asimismo, su madre demostró que era capaz de darle el masaje corporal a su hijo con una mayor destreza que en las sesiones anteriores.</p> <p>En la segunda actividad, el alumno demostró que el hecho de saltar la cuerda con los pies alternados le costaba un poco de trabajo, ya que cometió varias equivocaciones y no pudo saltar de manera continua alternando los pies. Sin embargo, dado que esa fue su primera vez saltando una cuerda y continuó saltándola sin hacer berrinches cada vez que fallaba, se le proporcionó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.</p> <p>En la tercera actividad, el alumno cometió varios errores al momento de botar la pelota con una sola mano mientras no debía mover la otra, ya que en varias ocasiones intentó usar ambas para continuar teniendo el control de dicha pelota. Sin embargo, dado que esa fue su primera vez botando una pelota bajo las condiciones indicadas por la terapeuta y continuó botando la pelota sin hacer berrinches cada vez que fallaba, se le proporcionó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.</p>	
Implicaciones	Con estas actividades, el alumno logró disminuir de manera significativa sus conductas referentes a su impulsividad física.	
Observaciones	El niño fue capaz de relajarse de manera significativa, y también se observó que él intentó focalizar más su capacidad de atención, ya que debía concentrarse más con el fin de disminuir la cantidad de veces que se equivocaba saltando la cuerda y botando la pelota con una sola mano.	
Reflexión	Como señala Muñoz (s.f) es fundamental que a cualquier infante o adulto que presente los signos conductuales, cognitivas y emocionales del TDA y el TDAH se le brinde la oportunidad de realizar una cantidad considerable de ejercicio físico y que la realización de este ejercicio físico se alterne con la realización de conductas relacionadas con la relajación física y cognitiva, tal como se realizó con el masaje corporal que se le proporcionó al alumno durante esta sesión.	

Tabla 23

Sesión 9

Estrategia Utilizada

Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles, relajación y moldeamiento (Tercera parte).

Objetivo

Aumentar la frecuencia de la emisión de conductas favorables por parte del alumno objeto de esta intervención psicoeducativa a través del reforzamiento positivo y moldeamiento.

Justificación

A través de la aplicación del reforzamiento diferencial para aumentar la frecuencia de conductas socialmente adaptativas se disminuyó la frecuencia de la emisión de conductas con alta carga de impulsividad por parte del alumno.
 La autora de esta tesis le debía recordar a la madre del alumno objeto de esta intervención que si ella deseaba conseguir una eficacia máxima de un reforzador es de vital importancia que un reforzador positivo se aplique inmediatamente después, evitando que el reforzamiento sea demorado ya que la demora en el reforzamiento disminuye su efectividad para mantener las conductas deseadas. (Martin & Pear, 2008).

Actividades

1. Realización de pelotitas con globos.
Tiempo: 25 minutos
2. Recorrido con obstáculos y con los ojos vendados.
Tiempo: 20 minutos
3. Masaje de relajación.
Tiempo: 10 minutos

. Materiales

1. Seis globos.
2. 2 botellas de refresco de 600 ML vacías.
3. Harina de trigo.
4. Tijeras.
5. Arroz.
6. Plumones de colores.
7. Estampas con imágenes diversas.
8. Conos de colores.
9. Una colchoneta.
10. Aceites corporales.
11. Reproductor de música.

Desarrollo

1. Se llenaron dos botellas; una de harina y otra de arroz, posteriormente se puso la boca de un globo en cada botella, después se llenaron los globos con la harina de trigo y el arroz que estaban dentro de las botellas, a manera de que quedaran en forma de pelotitas, se cortó la boca del globo y se puso otro globo encima de la apertura que quedó en la botella, y finalmente se puso otro globo para reforzar la pelota y se decoró con los plumones y estampas.
2. La terapeuta puso conos en el piso del patio de la clínica en forma horizontal, después le vendó los ojos al alumno y le indicó que debía caminar en forma de zig-zag a través de los conos con el fin de que él evitara tocarlos con sus pies. Para que el alumno pudiera lograr este objetivo, se le indicó a su madre que debía guiarlo a

		<p>través de todo el recorrido, dándole instrucciones verbales acerca de las direcciones a las que debía caminar para evitar tocar los conos con los pies.</p> <p>3. El niño se recostó en la colchoneta mientras la terapeuta le puso música y posteriormente se le dio la indicación a la mamá que le diera masaje a su hijo, empezando por la cabeza, cuello, hombros, brazos, manos, piernas, pies y dedos del pie.</p>
Evaluación	<p>En la primera actividad, el alumno tuvo algunas dificultades para que los pequeños globos adquirieran la forma de pelotas, ya que esa era una manualidad que él no había hecho en ocasiones previas, así que tanto su madre como la autora de este trabajo moldearon dicha conducta compleja tomándole las manos y guiando los movimientos de estas extremidades para que él pudiera llenar los globos con el contenido de las botellas y pudiera cortar la entrada de aire de dichos globos con las tijeras. Como el alumno permitió que se le moldeara la conducta compleja guiando sus manos, se le proporcionó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas. En esta ocasión, la madre del alumno le otorgó reforzadores sociales inmediatamente después de que su hijo lograba llevar a cabo las conductas que conformaban la cadena conductual de hacer las pelotas con los globos.</p> <p>En la segunda actividad, el alumno tuvo muchas dificultades para realizar el recorrido planteado por la autora de este trabajo, ya que él no estaba acostumbrado a caminar sin poder guiarse con su sentido de la vista. Y también a su madre le costó mucho trabajo dar las instrucciones para guiar a su hijo a través del recorrido planteado ya que nunca había realizado esta actividad con su hijo antes. Sin embargo, dado que el alumno manifestó que le había gustado mucho esta actividad y la realizó sin hacer berrinches, la autora de esta tesis le proporcionó al alumno otra ficha positiva en su cuadro de economía de fichas; Asimismo, la madre del alumno le proporcionó a su hijo inmediatamente elogios y besos, los cuales cumplieron con la función de ser reforzadores sociales que reforzaron la conducta de participación en las actividades sin hacer berrinches.</p> <p>Finalmente, se observó que la madre efectuaba el masaje de relajación con una mayor efectividad que en las sesiones anteriores de esta intervención psicoeducativa.</p>	
Implicaciones	<p>Las actividades que se plantearon en esta sesión tuvieron el objetivo de disminuir la frecuencia con la que el alumno actuaba de forma impulsiva, como por ejemplo, la alta frecuencia con la que él corría alrededor de la mayoría de lugares en donde se encontraba, por ejemplo, la misma clínica “San Ignacio”, las calles aledañas a su casa, su salón de clases, etc. Asimismo, con la realización de la manualidad de los globos pequeños, el alumno no sólo tuvo que observar con atención y aceptar ayuda de otras personas, sino que también se reforzó su capacidad de seguir instrucciones.</p>	

	En la última actividad de relajación, se observó que tanto el alumno como su madre iban perfeccionando cada vez más su capacidad de relajarse y de dirigirse afecto el uno al otro, de manera mutua.
Observaciones	A pesar de las dificultades que el alumno tuvo al realizar las dos primeras actividades planteadas en esta sesión, él demostró conducirse de manera más tolerante con sus propios errores y logró mantener su atención más tiempo del que sostenía antes del inicio de la presente intervención psicoeducativa.
Reflexión	La madre, al aplicar el reforzamiento positivo, en su modalidad social, logro obtener cambios socialmente deseables en la conducta de su hijo, asimismo, la madre fue consciente de aquellas conductas disruptivas de su hijo que ella reforzaba sin darse cuenta (por ejemplo, las conductas de berrinches que él realizaba, eran reforzadas por su madre con el uso de regaños y la interrupción inmediata de las actividades que resultaban placenteras para su hijo).

Tabla 24		
Sesión 10		
Estrategia Utilizada	Modelamiento y encadenamiento conductual (Cuarta parte).	
Objetivo	Disminuir de manera paulatina la frecuencia con la que el alumno actuaba con impulsividad.	
Justificación	Al igual que en la octava sesión de esta intervención psicoeducativa, antes de la realización de esta sesión, la madre del alumno objeto de esta intervención reportó que su hijo manifestaba un alto nivel de excitación, lo cual fue evidente ya que al llevar a la clínica San Ignacio, él llegó corriendo de manera continua e iba de un lado a otro del patio/sala de espera de la clínica.	
Actividades	Materiales	Desarrollo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Juego de "Pasar el aro". Tiempo: 15 minutos. 2. Moldeamiento de daditos de plastilina. Tiempo: 15 minutos. 3. Armado de rompecabezas de animales. Tiempo: 20 minutos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plastilina de colores. 2. Hojas con dibujos de animales. 3. Gises de colores pastel. 4. Media cartulina 5. Un aro hula-hula 6. Reproductor de música. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La terapeuta le indicó al alumno y a su madre que debían formar un círculo agarrados de las manos. Como siguiente paso, la terapeuta tomo un aro hula-hula con una mano y le dio la indicación a su madre y a su hijo que en cuanto ella pusiera una canción en el reproductor de música, los tres tendrían que deslizar dicho aro a través de sus cuerpos sin utilizar las manos. 2. La terapeuta le pidió al alumno que la observara mientras ella

		<p>tomó un poco de plastilina y con ese material ella la moldeó con sus manos hasta lograr formar un pequeño cubo (ella le dijo al alumno que así es como se realizaban los dados). Una vez que la terapeuta se aseguró de que el alumno observó con atención la realización de esta conducta compleja, ella le indicó que ahora él debía moldear varios pedazos de plastilina de diversos colores hasta que también lograra moldear pequeños dados con esos pedazos de plastilina con su mano derecha, y una vez que lograra moldear un dado con esa mano, el debía moldear dados con su mano izquierda.</p> <p>3. La terapeuta le dio al niño hojas con dos animales recortados en varias partes, (con lo cual dichos dibujos se transformaron en dos rompecabezas, el niño debía identificar que parte correspondía a cada animal para posteriormente pegar cada pieza en una mitad de cartulina, colorear uno de los animales armados con gises y el otro con plastilina de colores sin salirse de los límites de dichos dibujos, por último, se le indicó al niño que contara un cuento con una trama completamente a su elección usando como personajes de dicho cuento a los animales que acababa de armar.</p>
--	--	--

Evaluación	Se observaron las conductas con las cuales respondió la madre del alumno ante posibles conductas disruptivas de su hijo, sobre todo al momento de llevar a cabo la conducta compleja indicada por la terapeuta en la primera actividad; esto porque en los primeros 5
------------	---

minutos de la actividad, el alumno no era capaz de deslizar el aro por su cuerpo sin utilizar sus manos, por lo cual hizo algunos reclamos debido a que dijo que se sentía frustrado por no poder realizar la actividad. Sin embargo, la autora de este trabajo logró evitar que la frustración del alumno se convirtiera en berrinches al utilizar el moldeamiento de dicha cadena conductual al utilizar la instigación física con el fin de que el alumno pudiera llevar a cabo la conducta compleja indicada más fácilmente. Y al recibir las instigaciones físicas, el alumno pudo entender como llevar a cabo el deslizamiento del aro y se abstuvo de continuar haciendo reclamos. Por lo que se le dio una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.

El alumno también tuvo algunas dificultades para moldear los pedazos de plastilina en forma de dados, y esto se puso en evidencia ya que sólo logró hacer pelotas pequeñas con la plastilina. Fue por esta razón que tanto su madre como la autora de esta tesis volvieron a moldear la conducta de fabricar los dados de plastilina utilizando la técnica del moldeamiento mediante la instigación física. Al final de esta actividad, el alumno manifestó verbalmente que le había gustado bastante manipular la plastilina con sus dedos, por lo que la autora de esta tesis le recomendó a la madre de este que continuaran practicando esta conducta compleja dentro de su hogar. El alumno también obtuvo una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas con el fin de incentivarlo a que volviera a intentar esta conducta en su hogar.

Finalmente, el alumno también tuvo algunas dificultades para ensamblar los rompecabezas hechos de papel ya que él dijo que en su hogar armaba muy pocos rompecabezas, por lo cual, tanto su madre como la terapeuta le modeló el ensamblaje de algunas piezas de papel, para después volver a desarmar las piezas que ella había armado y solicitarle al alumno que intentara de nuevo armar los rompecabezas. Con esta ayuda, el alumno consiguió armar exitosamente los rompecabezas, y también consiguió inventar un cuento original utilizando a los animales armados como personajes, por lo cual se le dieron 2 fichas positivas en su cuadro de economía de fichas.

Implicaciones	Al observarlas dificultades que tuvo su hijo para realizar las actividades de esta sesión, la madre le otorgó una mayor cantidad de reforzadores sociales en la forma de elogios, abrazos y besos y le moldeó las conductas motoras de las actividades de esta sesión.
Observaciones	El niño pudo controlar mejor sus impulsos de lanzar reclamos cuando se equivocaba al realizar las actividades de esta sesión, sin embargo, la autora de esta tesis les recomendó al alumno y a su madre que continuaran practicando las conductas complejas que se realizaron en esta sesión.
Reflexión	El alumno manifestaba rasgos conductuales de hiperactividad e impulsividad, lo cual es esperable por parte de los niños diagnosticados con TDAH de acuerdo el DSM IV (tal cual como se abordó en el segundo capítulo de esta tesis), sin embargo, él ha logrado disminuir su impulsividad a través de las técnicas de modelamiento, moldeamiento, encadenamiento conductual y economía de fichas por lo que la madre pudo sentirse más motivada para ser más constante para continuar aplicando el reforzamiento de conductas incompatibles para disminuir la frecuencia de conductas disruptivas por parte de su hijo.

Tabla 25

Sesión 11

Estrategia Utilizada Moldeamiento y reforzamiento positivo (Quinta parte).

Objetivo Mejorar en el alumno su capacidad de atención y concentración sostenidas.

Justificación Al mejorar la capacidad de atención y concentración por medio del refuerzo positivo en el alumno objeto de esta intervención psicoeducativa se espera que haya mejoras significativas tanto en su ámbito escolar como en el familiar. Esta hipótesis de trabajo se sostiene debido a que los déficits cognitivos presentes en los niños que son diagnosticados con TDAH (Douglas; citada en Fernandes, Piñón-Blanco y Vázquez-Justo, 2017) son: La incapacidad para mantener la atención sostenida y el esfuerzo mental, y un deficiente control de los impulsos.

Actividades

1. Decoración de un dibujo de un mandala.
Tiempo: 15 minutos.
2. Dictado de Froot Loops.
Duración: 10 minutos.
3. Saltar evitando una cuerda.
Tiempo: 20 minutos.
4. Lectura del cuento “El planeta de los ratonejos”
Tiempo: 20 minutos

. Materiales

1. Plastilina de colores.
2. Gises de colores.
3. Hojas con dibujo de mandalas.
4. Caja de cereal de maíz “Froot Loops”.
5. Una cartulina.
6. Una cuerda.
7. Libro “El planeta de los Ratonejos” de Renata Schiavo Campo.

Desarrollo

1. El niño realizó esta actividad de manera muy similar a como lo hizo en la sesión 4 de esta intervención, coloreando el mandala con los gises de colores y adornándolo con la plastilina de colores.
2. Dado que el cereal de maíz “Froot Loops” consiste en pequeñas hojuelas de maíz de diferentes colores, la terapeuta le explicó al alumno que debía escuchar un número y el nombre de un color que ella le dijera y que, a continuación, el debía sacar de la caja de cereal el número y el color de hojuelas del cereal “Froot Loops” que la terapeuta le haya indicado (Por ejemplo, “Sacar de la caja 5 Froot Loops de color rojo”). También se le dijo al alumno que debía colocar las hojuelas del cereal del color indicado en forma de pila sobre la mesa del consultorio de psicología (la madre también debía colaborar en este ejercicio, ayudando a su hijo a apilar los Froot Loops del color indicado sobre dicha mesa). Cada vez que el alumno

realizara de manera correcta una pila de dicho cereal, la terapeuta le indicaba que volviera a sacar de la caja de cereal una nueva cantidad de hojuelas de otro color (Por ejemplo: "Ahora saca de la caja 11 Froot Loops de color verde") Dichas instrucciones continuaron de manera sucesiva hasta que se cumplieron los 10 minutos destinados a esta actividad (Se le dieron al alumno 20 instrucciones en total).

3. La terapeuta, junto con la madre del alumno, puso una cuerda larga sobre el piso del patio de la clínica "San Ignacio" con el fin de darle la instrucción de que se colocara de pie junto a dicha cuerda y saltara de izquierda a derecha, y viceversa, de tal manera de que sus pies no tocaran la cuerda esto hasta que él llegara al otro extremo de dicha cuerda. Posteriormente, tanto la terapeuta como la madre del alumno levantaron la cuerda a una cierta altura del rostro del alumno, y le indicó a este que debía flexionar su cabeza y torso de manera que lograra pasar por debajo de dicha cuerda.
4. La terapeuta le indicó al alumno que leyera el primer capítulo del cuento "El planeta de los ratonejos", y posteriormente se le realizaron algunas preguntas sobre la trama de dicho capítulo para comprobar la efectividad de la comprensión lectora del alumno.

Evaluación	<p>En la primera actividad, el alumno fue capaz de colorear y adornar el dibujo del mándala respetando los contornos de dicha figura, por lo que se le felicitó y se le otorgó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.</p> <p>En la segunda actividad, el niño siguió correctamente la totalidad de las indicaciones a la hora de sacar las cantidades y el color de las hojuelas del cereal, aunque tuvo algunas dificultades para apilar las hojuelas del cereal sobre la mesa. Sin embargo, su madre le ayudó a realizar esta conducta de manera adecuada, por lo que el alumno fue capaz de obtener otra ficha positiva.</p> <p>En la tercera actividad, aunque el alumno saltó de la manera indicada por la terapeuta, él tocó la cuerda con sus pies en algunas ocasiones (cuando esto ocurría, la terapeuta le indicó que él debía regresar a la posición inicial y volver a realizar los saltos procurando no tocar la cuerda). El alumno aceptó esta instrucción correctiva sin protestar y corregía de manera adecuada los errores motores que él había cometido, por lo que obtuvo otra ficha positiva. Y a pesar de moverse con dificultad en la segunda parte de esta actividad, el alumno siguió intentando realizar esta actividad de manera adecuada sin protestar, por lo que obtuvo otra ficha positiva.</p> <p>Finalmente, el alumno fue capaz de leer el capítulo del cuento indicado con una dicción y volumen adecuadamente audibles, y con una velocidad mesurada, y también fue capaz de responder adecuadamente las preguntas que comprobaban la comprensión de dicha lectura, por lo que obtuvo dos fichas positivas.</p>
Implicaciones	<p>El alumno aprendió a discriminar adecuadamente los estímulos a los cuales debía dirigir su atención, y mostró una mayor tolerancia a la frustración cada vez que cometía algún error en las actividades de esta sesión.</p>
Observaciones	<p>Fueron aumentando los lapsos de atención y concentración del alumno, esto se pudo comprobar ya que él realizó todas las actividades propuestas en esta sesión sin distraerse con otros estímulos ajenos a dichas actividades.</p>
Reflexión	<p>La madre pudo darse cuenta de los avances con su hijo, fue consciente que gracias a su constancia pudo manejar las situaciones que se presentaban con su hijo, a su vez él se mostraba más consciente de las consecuencias que tenía cada conducta disruptiva que realizaba y era capaz de realizar varios esfuerzos por mejorar la precisión de las conductas que le permitieron realizar correctamente las actividades de esta sesión.</p>

Tabla 26

Sesión 12

Estrategia Utilizada Retroalimentación final por parte de la madre y el niño

Objetivo Identificar, de manera cualitativa, los avances que tuvo el alumno objeto de esta intervención psicoeducativa, así como la efectividad de las estrategias conductuales aplicadas

Justificación Es importante la retroalimentación ya que de esta forma podemos saber si nuestro programa de intervención fue efectivo. El programa de intervención se llevó a cabo en 12 sesiones de forma semanal con objetivos específicos junto con la madre y la terapeuta. Dicho programa fue producto de una extensa revisión bibliográfica que llevó a la autora de este trabajo a lograr identificar cuáles eran las conductas disruptivas del alumno que se tenían que modificar a través del trabajo multidisciplinario.

Actividades

1. Realización de un dibujo libre.
Duración: 20 minutos
2. Imitación de movimientos con la canción “La pulga traviesa”.
Duración: 10 minutos
3. Dinámica de retroalimentación
Duración: 30 minutos

. Materiales

1. Cereal “Froot Loops”.
2. Papel Kraft.
3. Gises de colores pastel.
4. Papel de china.
5. Acuarelas.
6. Pegamento líquido.
7. Semillas de diferentes plantas.
8. Reproductor de música.
9. Hojas de papel blanco.
10. Bolígrafos.

Desarrollo

1. La terapeuta le dio la indicación al niño y a su madre que imaginaran un dibujo y que ocuparan todo el material didáctico a su libre elección.
2. El niño y su madre siguieron las instrucciones de la terapeuta mientras sonaba una canción, posteriormente la madre y los niños debían seguir las instrucciones y movimientos realizados por la terapeuta.
3. La madre y el niño se sentaron de una forma cómoda, dijeron lo que han aprendido con la intervención educativa, así como los avances terapéuticos, lo que les gusto y no les gusto de las actividades propuestas por la terapeuta, que se les dificulto de esas actividades y como se sintieron al superar dichas dificultades.

Evaluación

Se le presentaron a la madre, de manera cualitativa, los avances que se tuvieron a lo largo de las sesiones con respecto a la disminución de la frecuencia y la intensidad de las conductas disruptivas, así como del aumento paulatino del tiempo de atención sostenida por parte de su hijo, asimismo, se le preguntó su opinión acerca del material psicoeducativo sobre el TDAH que se le proporcionó. El alumno obtuvo dos fichas positivas en su cuadro

	de economía de fichas, con lo que durante esta intervención educativa, el alumno fue capaz de obtener alrededor de 40 fichas positivas dentro del consultorio de psicología
Implicaciones	La madre tuvo más entendimiento de la manera de intervenir de manera adecuada sobre los rasgos conductuales, cognitivos y emocionales característicos del TDAH que su hijo presentaba al principio de esta intervención psicoeducativa. Y también aprendió a darle más elogios y cariño a su hijo, y a proporcionárselos, aunque éste realizara algunas conductas indicadoras de frustración (quejas, reclamos, etc.
Observaciones	Se pudieron observar avances, así como posibles retrocesos en la ejecución de conductas socialmente deseables por parte del alumno; y siempre hubo cooperación de la madre de éste.
Reflexión	Al principio de la intervención educativa, la madre del niño se encontraba desesperada al ver que su niño tenía lapsos de atención y concentración muy cortos, junto con comportamientos disruptivos, sin saber alternativa para poder ayudarlo, hasta que se implementó este programa de intervención de 12 sesiones , y cuando se dio cuenta que los tiempos de atención y concentración fueron cambiando gradualmente, en cuanto a su impulsivo fue viendo cambios significativos tanto en el ambiente familiar como escolar, mejorando su relación con su hijo.

En el capítulo de los resultados se exponen las puntuaciones directas y puntuaciones T de la aplicación post-test del cuestionario CONNERS, el cual se le volvió a aplicar tanto a la madre del estudiante como a la docente que se encargó del proceso educativo de dicho estudiante en su tercer grado. Cabe aclarar que esta evaluación post-test ya no se le pudo aplicar a la docente encargada del segundo grado del alumno porque ya no fue posible entrevistar a ésta de nuevo debido a que tuvo complicaciones de salud derivadas de la COVID 19.

Capítulo 5

Resultados y

Conclusiones

Resultados

Calificación e interpretación de la Escala CONNERS: Fase Post-test

En la Tabla 26 se observan las puntuaciones directas y las puntuaciones T que se obtuvieron en la Escala CONNERS para Maestros su versión de 39 reactivos, la cual sólo se le puso aplicar a una de las maestras del alumno objeto de esta intervención después de las sesiones de terapia conductual. Se puede observar que, según esta maestra, el alumno ya no presenta ningún problema asociado al TDAH, ya que ninguno de los factores de la escala presenta puntuaciones T de 70 o mayor.

Tabla 26: Puntuaciones directas y puntuaciones T de la Escala CONNERS para maestros. Se muestran en negrita las puntuaciones T significativas de cada factor

Factor CONNERS	Puntuación directa	Puntuación T
Hiperactividad	17	56
Trastorno de Conducta	12	63
Sobre indulgencia Emocional	10	68
Ansiedad-Pasividad	2	45
Asocial	6	67
Ensoñación-Problema de Asistencia	5	65

En la Tabla 27 se observan las puntuaciones directas y las puntuaciones T que se obtuvieron en la Escala CONNERS para padres en su versión de 48 reactivos que se aplicó a la madre del niño objeto de esta intervención después de las sesiones de terapia conductual. Se puede observar que, según la madre de este alumno, él aún presenta problemas de tipo psicossomático, ya que el puntaje T que se obtuvo en dicho factor fue superior a 70.

Tabla 27: Puntuaciones directas y puntuaciones T de la Escala CONNERS para padres. Se muestran en negrita las puntuaciones T significativas de cada factor

Factor CONNERS	Puntuación directa	Puntuación T
Problemas de conducta	6	56
Problemas de aprendizaje	4	57
Psicosomático	4	82
Impulsivo-hiperactivo	8	68
Ansiedad	1	46

En el siguiente apartado se describen, de manera cualitativa, los efectos que tuvieron las estrategias conductuales realizadas en esta intervención psicoeducativa sobre las conductas características del diagnóstico de TDAH que se describen en la escala CONNERS para padres.

Resultados cualitativos del programa de intervención

Sesión 3

Cuando el alumno llegó a la clínica “San Ignacio” para participar en esta sesión, le decía a su mamá que ya se quería ir, se mostraba molesto y se posicionaba en la puerta del consultorio de psicología con la intención de irse de ahí, cuestionando el porqué estaba dentro de un consultorio. Sin embargo, la autora de este trabajo logró convencerlo de que participara en esta sesión al proponerle que jugaran al juego corporal de “Simón dice”. Durante la realización de este juego, tanto el alumno como su madre llevaron a cabo las conductas motoras que la autora de esta tesis les indicó en la sesión. Sin embargo, el alumno llevó a cabo 7 de las 8 conductas motoras que no fueron precedidas por la frase “Simón dice”, lo cual indica que cuando el alumno intenta seguir instrucciones, lo hace sin importar si comprendió la totalidad de las instrucciones que haya recibido. La autora de esta tesis observó que el alumno protestaba bastante, de forma verbal, cada vez que no obtuvo los reforzadores positivos asociados a saber identificar el estímulo discriminativo “Simón dice”. Sin embargo, ya que el alumno realizó con muy buena precisión y ánimo las conductas motoras que si se acompañaron del estímulo discriminativo verbal de “Simón dice”, y las protestas que se describieron

anteriormente que realizó el alumno no incluyeron conductas físicamente disruptivas y el niño se reintegró rápidamente al juego de Simón dice”, la autora de este trabajo le dio dos fichas positiva en el cuadro de economía de fichas antes mencionado; una por el buen comportamiento del alumno durante el juego de “Simón dice” y la otra por permitirle a su madre y a la masoterapeuta la manipulación de su cuerpo durante el masaje de relajación.

Con respecto a la conducta de la madre del alumno al principio se mostró motivada, cooperativa y esperanzada en que habría cambios en su hijo en la casa y escuela, lo cual se demostró en los momentos en los cuales ella le ofrecía a la autora de este trabajo diversas propuestas acerca de cómo involucrar al resto de la familia de su hijo, con el fin de que no continuaran estigmatizándolo debido a la presencia del diagnóstico de TDAH, y que por el contrario, sean de apoyo para la mejora de su hijo. La madre habló con la profesora con el fin de estar informada acerca de la pertinencia y efectividad de las técnicas conductuales que se utilizaron en este trabajo, lo que le demostró a la autora de esta tesis que ella estaba muy interesada en apoyar a su hijo para que éste disminuyera la frecuencia de sus conductas referentes a la impulsividad y la hiperactividad.

Sesión 4

Se observó la conducta del niño, así como su interacción con su madre con el fin de comprobar la correcta aplicación de las estrategias conductuales que se realizaron en esta sesión. La autora de este trabajo observó, en los últimos 5 minutos de la primera actividad, que el alumno saltó sobre todos los aros de hula-hula, incluso en los que eran del color sobre el cual se le prohibió saltar. Cuando se le preguntó al alumno sobre esta situación él respondió que al final de dicha actividad, él tenía tantas ganas de saltar sobre los aros y que le gustaba tanto hacerlo que se le olvidó que no debía saltar dentro de los aros del color indicado por la autora de este trabajo. Con respecto a la segunda actividad, se observó que el alumno deseaba cubrir el perímetro del dibujo del mándala con las “colitas de ratón” de papel crepé lo más pronto posible, por lo que hubo varias secciones del perímetro del mándala a las que el alumno simplemente cubrió con el papel crepé sin enrollarlo correctamente. Sin embargo, cada

vez que la autora de esta tesis, o la madre del alumno le recordaban que debía enrollar el papel crepé en tiras delgadas antes de pegarlo al mándala el alumno aceptaba dichos recordatorios verbales con algunas verbalizaciones que demostraban una molestia de intensidad baja y además, él se abstuvo de protestar usando gritos y tampoco hizo berrinches. Es por esta razón que no fue necesaria la aplicación del tiempo fuera en esta sesión; asimismo, se le dieron al alumno dos fichas positivas, Sin embargo, la autora de esta tesis sí le recomendó a la madre del alumno que ella y su hijo debían continuar realizando esta actividad manual en casa, para que el alumno ejercitará sus habilidades de planificación, organización, paciencia y seguimiento puntual de instrucciones. En esta sesión, el alumno obtuvo tres fichas positivas en su cuadro de economía de fichas, una por cada una de las actividades realizadas en esta sesión (brincar sobre los aros siguiendo las instrucciones, decorar y pintar el dibujo del mándala, y permitir que su madre le diera el masaje de relajación). Con respecto a la actividad de relajación mediante la respiración diafragmática, la autora de esta tesis observó que tanto al alumno como a su madre aún se les dificultaba inhalar oxígeno durante 3 segundos, mantenerlo en el diafragma durante 2 segundos y exhalarlo en 6, por lo que les recordó que si ellos deseaban percibir una relajación efectiva, debían seguir practicando dicha habilidad en casa.

Gracias a la aplicación de la economía de fichas fuera del consultorio psicológico, la madre reportó que logró observar mejoras en tres conductas por parte de su hijo durante las primeras tres semanas; estos parámetros conductuales de avance fueron los siguientes: La disminución en la frecuencia de realizar berrinches, el aumento de la frecuencia de conductas de obediencia por parte del niño cuando recibía alguna instrucción, y la disminución de la frecuencia de ejecución de la conducta de arrojar diversos objetos al aire o al suelo.

En cuanto a las dificultades que se presentaron la madre en ocasiones se desesperaba cada vez que su hijo volvía a comportarse de manera impulsiva, sin brindarle los suficientes reforzadores sociales con los cuales se esperaba que el alumno disminuyera la frecuencia de dichas conductas impulsivas, y en otras ocasiones, ella se comportaba de manera muy permisiva con su hijo, lo que ocasionaba que el alumno

tuviera varios momentos de confusión con respecto al momento en que tendría derecho a obtener elogios y cariño por parte de su madre.

Sesión 5

Durante el juego de quitar las pinzas de la ropa, la autora de esta tesis observo que el alumno quitó pinzas de la ropa de su madre mientras no se reproducía música durante 2 turnos consecutivos, sin embargo, bastó con que tanto ella como su madre le recordaran al alumno que a la tercera vez que él quitará pinzas sin que sonara música el juego se acabaría para que él siguiera adecuadamente la instrucción de solo quitar pinzas de la ropa de su madre mientras se reprodujera música. Él ganó ese juego, y tanto por eso como por subir correctamente las instrucciones que se le dieron, la autora de esta tesis le proporcionó la ficha positiva correspondiente a esa actividad.

Durante el juego del memorama, la autora de esta tesis observó que el alumno intentaba levantar las tarjetas con las imágenes que coincidían entre sí que él ya había observado en turnos anteriores durante 4 turnos alternados que no fueron los suyos, por lo cual, los pares de tarjetas iguales que él descubrió durante esos turnos los obtuvieron su madre o la terapeuta. En cada uno de esos turnos, la terapeuta le recordó al alumno que si el interrumpía dos turnos más, el juego se acabaría y se le daría una ficha negativa. Entonces el alumno aceptó dichos recordatorios de las instrucciones y se limitó a obtener pares de tarjetas iguales solamente durante los turnos que le pertenecieran. Así fue como el alumno obtuvo la ficha positiva correspondiente a esa actividad.

La autora de este trabajo también observó que el alumno tenía una velocidad de lectura adecuada, leía los enunciados del cuento de forma continua, y que también ejecutaba un buen volumen de voz. Sin embargo, se observaron algunos errores en la dicción de las palabras por parte del niño en algunos párrafos del cuento ya que en esos párrafos él aumentaba considerablemente la velocidad de lectura, lo que provocó los errores de dicción antes mencionados. Con respecto a la asimilación de las moralejas del cuento, el alumno manifestó que aún le costaba trabajo esperar a que se le diera el permiso de tomar algún objeto que quería, o de realizar alguna actividad que él deseara hacer; y que, si compartía sus pertenencias con sus hermanos, pero que a veces no

quería compartírselos con ellos. Por la realización correcta de esta actividad, se le proporcionó al alumno otra ficha positiva.

La terapeuta las dudas que la madre tuvo acerca de la aplicación adecuada de la técnica conductual de la extinción, específicamente por qué no debía interactuar con su hijo cuando éste realizara alguna protesta verbal o berrinche, y se le explicó que todas las conductas que engloban atención a esas conductas disruptivas (las cuales eran, por ejemplo, regaños, discursos o amenazas de castigo) incrementan la frecuencia de dichas conductas disruptivas, por el solo hecho de la atención que su hijo recibía. Entonces, la terapeuta le explicó a la madre del alumno que, si deseaba que los berrinches y protestas de su hijo fueran significativamente menos frecuentes, ella debía recordarle con amabilidad y calma que debía seguir sus instrucciones en cualquier actividad.

Además de que ella tendría que jugar con su hijo más juegos de mesa, así como otros que implicaran seguir reglas verbales y tomar turnos, esto con el objetivo de que su hijo fuera incorporando paulatinamente el hábito de seguir instrucciones y de esperar a que fuera su turno de hablar y/o hacer diversas actividades. Además de que ella debía animar a su hijo a participar en más juegos que involucraran el gasto constante de energía corporal para su hijo, esto con el fin de que su hijo tuviera menos energía para hacer berrinches.

En cuanto a las dificultades que se presentaron en cuando la madre aplicaba las estrategias de tipo conductual que había aprendido en esta sesión dentro de su hogar, ella notó que algunos miembros de la familia del alumno emitían burlas, ya que la madre olvidaba explicar la finalidad del programa de intervención psicoeducativa a esos miembros de la familia. Estas burlas entorpecieron el alcance de algunos avances en el programa de intervención.

Sesión 6

En la primera actividad, la autora de este trabajo observó que el alumno presentaba una psicomotricidad gruesa de un nivel aceptable, ya que fue capaz de imitar todos los pasos que la terapeuta le había modelado con su cuerpo.

En la segunda actividad, la terapeuta observó que el alumno leía el cuento con un volumen de voz aceptables, además de leer de forma continua las frases y párrafos del cuento, sin embargo, el alumno continuaba leyendo con una velocidad elevada, lo cual continuaba afectando de manera significativa su dicción provocando que algunas palabras no se le entendieran adecuadamente. Con respecto a la comprensión lectora, el alumno demostró conocer adecuadamente la trama de lo que leyó, ya que él dijo que su madre lo llevaba a las reuniones de los Testigos de Jehová varios días a la semana, por la tarde; y en esas reuniones se leían continuamente los libros bíblicos del Antiguo Testamento. Cabe aclarar que la elección de la lectura de esta sesión fue sugerida a la terapeuta por parte de la madre del niño, ya que ella manifestó que no había estado de acuerdo con el personaje principal de la lectura de la sesión anterior, ya que los Testigos de Jehová no debían leer sobre seres sobrenaturales que fueran en contra de lo aceptado por la susodicha religión (por ejemplo, las brujas), aunque esos personajes fueran usados en material didáctico infantil, y la autora de este trabajo aceptó esas razones, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento por parte de la madre del alumno.

En la tercera actividad, el alumno tuvo una capacidad aceptable para imitar todas las conductas de autocuidado que los personajes de la canción le modelaban, lo que le indicó a la autora de este trabajo que él tenía una motricidad fina aceptable, así como que era capaz de imitar conductas de autocuidado modeladas por otras personas (sin embargo, también se observó que el alumno se distraía al momento de imitar algunas de las conductas de autocuidado modeladas en la canción usada en esta actividad).

En la cuarta actividad, la autora de este trabajo observó que el alumno colocó de la manera adecuada su mochila dentro de la canasta designada durante los primeros 15 minutos de la actividad, sin embargo, en los últimos 15 minutos de esta actividad, se observó que el alumno comenzaba a quejarse de tener que caminar más pasos para colocar su mochila dentro de la canasta y también comenzó a intentar “encestar” dicha mochila dentro de la canasta a pesar de que tanto su madre como la terapeuta le indicaban que se abstuviera de hacer dicha conducta (la madre del alumno comenzó a desesperarse porque su hijo intentaba “encestar” su mochila dentro de la canasta y empezó a gritarle que no lo hiciera, por lo que fue necesario que la autora de este trabajo

le recordara practicar la respiración diafragmática, para darle las instrucciones a su hijo de manera calmada y con un volumen de voz que denotara amabilidad hacia su hijo). A la madre del alumno también se le indicó que si su hijo continuaba intentando depositar su mochila dentro de la canasta de manera incorrecta, ella debía modelarle la conducta indicada como correcta al depositar su bolso dentro de la canasta. Estos errores que cometió el alumno al momento de depositar su mochila dentro de la canasta provocaron que él sólo pudiera obtener 3 de las 6 fichas positivas disponibles para esta actividad; sin embargo, la autora de este trabajo le recordó que sólo era necesario que él siguiera practicando depositar sus pertenencias en lugares únicos designados para ello. En total, el alumno obtuvo 7 fichas positivas en esta sesión.

Una dificultad importante que se observó después de esta sesión y que el alumno le reportó a la autora de este trabajo en la sesión siguiente fue que su madre modelaba las conductas de organización de las pertenencias con una velocidad muy elevada, lo cual dificultaba que él pudiera llevar a cabo de manera adecuada la cadena conductual de organizar sus pertenencias.

Sesión 7

Tanto el alumno como su madre respondieron correctamente todas las preguntas que la autora de esta tesis les realizó en la primera actividad.

Durante los primeros 10 minutos en los cuales tanto el alumno como su madre tuvieron que imitar las conductas de cruce seguro de calles y avenidas que la autora de esta tesis y la masoterapeuta les habían modelado, el alumno intentó cruzar la calle cerrada adyacente a la clínica San Ignacio sin haber llegado a la esquina en donde se hallaban los “semáforos” en 3 de los 7 ensayos, pero como su madre lo tenía sujeto firmemente de la mano y le recordó a él que si intentaba soltarse de su mano y atravesar corriendo la calle cerrada, él se haría acreedor a una ficha negativa por cada uno de esos errores, el alumno decidió esperar hasta llegar a la esquina de la calle, por lo que evitó obtener fichas negativas en su cuadro de economía de fichas.

Finalmente, en los últimos 4 ensayos de la imitación de las conductas de cruce seguro de las calles y avenidas, el alumno llevó a cabo de manera adecuada la conducta de mirar hacia la izquierda y hacia la derecha de la calle cerrada antes de atravesarla. Y

también llevó a cabo de manera adecuada la conducta de sólo atravesar la calle cuando el “semáforo peatonal” se encontrara en color verde y “el semáforo vehicular” se encontrara en color rojo, y como caminó con velocidad normal mientras atravesaba la calle sujeto de la mano de su madre, el alumno obtuvo las 7 fichas positivas disponibles para esta actividad. Finalmente, la autora de este trabajo observó que la madre del alumno aplicó el masaje de relajación a su hijo con una mayor eficiencia.

Hubo mejor relación entre madre e hijo después de esta sesión, sin embargo, seguían presentándose dificultades por parte del resto de la familia del alumno ya que ellos aún no solían apoyar a la madre del alumno en la realización de las estrategias conductuales que conformaban esta intervención psicoeducativa.

Sesión 8

El alumno permitió que su madre le proporcionará el masaje corporal de relajación ya que manifestó que ese el hecho de recibir ese masaje le agradaba mucho; asimismo, su madre demostró que era capaz de darle el masaje corporal a su hijo con una mayor destreza que en las sesiones anteriores.

En la segunda actividad, el alumno demostró que el hecho de saltar la cuerda con los pies alternados le costaba un poco de trabajo, ya que cometió varias equivocaciones y no pudo saltar de manera continua alternando los pies. Sin embargo, dado que esa fue su primera vez saltando una cuerda y continuó saltándola sin hacer berrinches cada vez que fallaba, se le proporcionó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.

En la tercera actividad, el alumno cometió varios errores al momento de botar la pelota con una sola mano mientras no debía mover la otra, ya que en varias ocasiones intentó usar ambas para continuar teniendo el control de dicha pelota. Sin embargo, dado que esa fue su primera vez botando una pelota bajo las condiciones indicadas por la terapeuta y continuó botando la pelota sin hacer berrinches cada vez que fallaba, se le proporcionó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.

Con respecto a los avances que la madre del alumno le reportó a la autora de esta tesis con respecto a la aplicación del moldeamiento y modelamiento de conductas de organización de las pertenencias de su hijo, ella reportó que dichos avances fueron

bastante significativos ya que su hijo ya era capaz de levantar su mochila escolar del suelo y colocarla en un lugar específico de su casa y de su habitación sin necesidad de recibir una instrucción verbal referente a esa conducta compleja, y estos avances propiciaron que la madre del alumno pudiera comenzar a enseñarle las conductas complejas que conforman la cadena conductual de limpieza de una habitación (Barrer el polvo del suelo, tender la cama, etc.).

Sesión 9

En la primera actividad de esta sesión, el alumno tuvo algunas dificultades para que los pequeños globos adquirieran la forma de pelotas, ya que esa era una manualidad que él no había hecho en ocasiones previas, así que tanto su madre como la autora de este trabajo moldearon dicha conducta compleja tomándole las manos y guiando los movimientos de estas extremidades para que él pudiera llenar los globos con el contenido de las botellas y pudiera cortar la entrada de aire de dichos globos con las tijeras. Como el alumno permitió que se le moldeara la conducta compleja guiando sus manos, se le proporcionó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas. En esta ocasión, la madre del alumno le otorgó reforzadores sociales inmediatamente después de que su hijo lograba llevar a cabo las conductas que conformaban la cadena conductual de hacer las pelotas con los globos.

En la segunda actividad, el alumno tuvo muchas dificultades para realizar el recorrido planteado por la autora de este trabajo, ya que él no estaba acostumbrado a caminar sin poder guiarse con su sentido de la vista. Y también a su madre le costó mucho trabajo dar las instrucciones para guiar a su hijo a través del recorrido planteado ya que nunca había realizado esta actividad con su hijo antes. Sin embargo, dado que el alumno manifestó que le había gustado mucho esta actividad y la realizó sin hacer berrinches, la autora de esta tesis le proporcionó al alumno otra ficha positiva en su cuadro de economía de fichas; Asimismo, la madre del alumno le proporcionó a su hijo inmediatamente elogios y besos, los cuales cumplieron con la función de ser reforzadores sociales que reforzaron la conducta de participación en las actividades sin hacer berrinches. Finalmente, se observó que la madre efectuaba el masaje de relajación

con una mayor efectividad que en las sesiones anteriores de esta intervención psicoeducativa.

Sesión 10

Se observaron las conductas con las cuales respondió la madre del alumno ante posibles conductas disruptivas de su hijo, sobre todo al momento de llevar a cabo la conducta compleja indicada por la terapeuta en la primera actividad; esto porque en los primeros 5 minutos de la actividad, el alumno no era capaz de deslizar el aro por su cuerpo sin utilizar sus manos, por lo cual hizo algunos reclamos debido a que dijo que se sentía frustrado por no poder realizar la actividad. Sin embargo, la autora de este trabajo logró evitar que la frustración del alumno se convirtiera en berrinches al utilizar el moldeamiento de dicha cadena conductual al utilizar la instigación física con el fin de que el alumno pudiera llevar a cabo la conducta compleja indicada más fácilmente. Y al recibir las instigaciones físicas, el alumno pudo entender como llevar a cabo el deslizamiento del aro y se abstuvo de continuar haciendo reclamos. Por lo que se le dio una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.

El alumno también tuvo algunas dificultades para moldear los pedazos de plastilina en forma de dados, y esto se puso en evidencia ya que sólo logró hacer pelotas pequeñas con la plastilina. Fue por esta razón que tanto su madre como la autora de esta tesis volvieron a moldear la conducta de fabricar los dados de plastilina utilizando la técnica del moldeamiento mediante la instigación física. Al final de esta actividad, el alumno manifestó verbalmente que le había gustado bastante manipular la plastilina con sus dedos, por lo que la autora de esta tesis le recomendó a la madre de este que continuaran practicando esta conducta compleja dentro de su hogar. El alumno también obtuvo una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas con el fin de incentivarlo a que volviera a intentar esta conducta en su hogar.

Finalmente, el alumno también tuvo algunas dificultades para ensamblar los rompecabezas hechos de papel ya que él dijo que en su hogar armaba muy pocos rompecabezas, por lo cual, tanto su madre como la terapeuta le modeló el ensamblaje de algunas piezas de papel, para después volver a desarmar las piezas que ella había armado y solicitarle al alumno que intentara de nuevo armar los rompecabezas. Con esta

ayuda, el alumno consiguió armar exitosamente los rompecabezas, y también consiguió inventar un cuento original utilizando a los animales armados como personajes, por lo cual se le dieron 2 fichas positivas en su cuadro de economía de fichas.

Con respecto a las conductas socialmente deseables que el alumno era capaz de llevar a cabo en su hogar, la madre de éste le manifestó a la autora de esta tesis que su hijo ya se encontraba capacitado para realizar cadenas conductuales de organización de sus pertenencias en el orden correcto, tales como recoger su mochila y asear su habitación, porque ya había aprendido las condiciones contingenciales bajo las cuales podía ser capaz de obtener reforzamiento positivo de manera sistemática. Los avances conductuales del niño permitieron a la terapeuta sustituir gradualmente el reforzamiento material por el social, el cual consistía en el otorgamiento de palmadas en la espalda, besos y abrazos, los cuales ya también eran proporcionados de manera sistemática por la madre del niño.

Sesión 11

En la primera actividad, el alumno fue capaz de colorear y adornar el dibujo del mándala respetando los contornos de dicha figura, por lo que se le felicitó y se le otorgó una ficha positiva en su cuadro de economía de fichas.

En la segunda actividad, el niño siguió correctamente la totalidad de las indicaciones a la hora de sacar las cantidades y el color de las hojuelas del cereal, aunque tuvo algunas dificultades para apilar las hojuelas del cereal sobre la mesa. Sin embargo, su madre le ayudó a realizar esta conducta de manera adecuada, por lo que el alumno fue capaz de obtener otra ficha positiva.

En la tercera actividad, aunque el alumno saltó de la manera indicada por la terapeuta, él tocó la cuerda con sus pies en algunas ocasiones (cuando esto ocurría, la terapeuta le indicó que él debía regresar a la posición inicial y volver a realizar los saltos procurando no tocar la cuerda). El alumno aceptó esta instrucción correctiva sin protestar y corregía de manera adecuada los errores motores que él había cometido, por lo que obtuvo otra ficha positiva. Y a pesar de moverse con dificultad en la segunda parte de esta actividad, el alumno siguió intentando realizar esta actividad de manera adecuada sin protestar, por lo que obtuvo otra ficha positiva.

Finalmente, el alumno fue capaz de leer el capítulo del cuento indicado con una dicción y volumen adecuadamente audibles, y con una velocidad mesurada, y también fue capaz de responder adecuadamente las preguntas que comprobaban la comprensión de dicha lectura, por lo que obtuvo dos fichas positivas.

Sesión 12

La terapeuta junto con la madre y el niño hablaron de cómo se sintieron con este programa, que sesiones les gustaron más a los dos, así como las dificultades que tuvieron mientras ponían en práctica las estrategias conductuales de esta intervención y que aprendieron de cada una de las actividades realizadas. La madre del alumno mencionó que vio avances muy significativos y que gracias a esta intervención psicoeducativa ella fue capaz de tener una mejor relación con su hijo, lo que más le gustó fue darle reforzadores sociales a su hijo cuando éste realizaba conductas socialmente deseables, y lo que más trabajo le costaba era aplicar el tiempo fuera, ya que el alumno protestaba bastante cuando se le aplicaba esta técnica conductual. Con respecto a las opiniones del alumno, él expresó que sus sesiones favoritas fueron en las que se hacían diversos juegos y manualidades, debido a que se le ayudaba a realizar estas actividades por medio del moldeamiento y el modelamiento, y la técnica conductual que más le desagradaba era cuando su madre le aplicaba el tiempo fuera.

Conclusiones

Este programa de intervención resultó ser muy significativo ya que se tomó en cuenta el cómo se conceptualiza a un niño con TDAH, sobre la cuestión de no concebirlo como una persona con discapacidad sino como una persona que vive con una limitación en la actividad cotidiana. Este programa de intervención resultó ser muy significativo ya que se tomó en cuenta el cómo se conceptualiza a un niño con TDAH, sobre la cuestión de no concebirlo como una persona con discapacidad sino como una persona que vive con una limitación en la actividad cotidiana. Cabe aclarar que a lo largo de este trabajo se utilizaron los conceptos teóricos que constituyen el modelo social de la discapacidad (deficiencia, limitaciones en la actividad cotidiana y barreras en la participación social) debido a que estos conceptos son los que el CONAPRED (2007) estableció en el actual Protocolo Facultativo de la Convención de los Derechos de las personas con

Discapacidad, y dado que dicha Convención fue redactada, discutida y consensuada por muy variados y diversos colectivos de personas con discapacidad y ya se encuentran, por consiguiente, ratificados por la CONAPRED (2007) la autora de este trabajo concluye que estos tres conceptos cuentan con la suficiente fundamentación teórica, ética y sociológica para ser usados en esta investigación de manera precisa. Y si bien la autora de este trabajo reconoce que el submodelo histórico de la llamada diversidad funcional nació del modelo social de la discapacidad y que resulta muy útil para trasladar el foco de atención desde las capacidades de las personas hacia la dignidad humana que todas las personas deben poder disfrutar y ejercer, independientemente de las capacidades y limitaciones en la actividad cotidiana con las que estas personas vivan, de acuerdo a lo que señalan tanto autoras como Velarde (2011) como Pérez y Chhabra (2019), en opinión de la autora de este trabajo, enmarcar el TDAH dentro del submodelo de la diversidad funcional conduce a una mayor cantidad de confusiones teóricas que enmarcarlo dentro del modelo social de la discapacidad que se utilizó como eje teórico de esta tesis, ya que, incluso en los artículos arriba mencionados se hace referencia a que la mayoría de los estudiosos de la discapacidad son capaces de definir con precisión los modelos históricos de la exclusión, de la rehabilitación y de la participación social por los que se ha conceptualizado la discapacidad y las limitaciones en la vida cotidiana, mientras que la mayoría de estos mismos estudiosos aún no llegan a un consenso filosófico y teórico de qué es y que no es la diversidad funcional (Velarde, 2011), mientras que en el trabajo de Pérez y Chhabra (2019) se señala que dentro del submodelo de la diversidad funcional se incluye el estudio de las experiencias de vida de las personas “con todo tipo de diversidades (de creencia, de etnia, de cultura, de nacionalidad de preferencias estéticas, de ideología de orientaciones sexuales...)” (Pérez y Chhabra, 2019, p. 21). Y el estudio de las experiencias de vida de todas estas personas arriba mencionadas excede por mucho el objetivo y la fundamentación teórica de esta tesis. Se debe recalcar que el TDAH que presentaba el alumno objeto de esta intervención psicoeducativa no se considera una discapacidad, sino una limitación para llevar a cabo las actividades cotidianas de manera organizada, y que esta limitación en la actividad cotidiana se puede superar si se le permite a los niños una mayor tolerancia en tiempos de ejecución de actividades (darles más tiempo para que se organicen y planeen las

actividades que tienen que hacer), así como permitirles usar su energía física en diversos juegos didácticos (sólo se habló de discapacidad ya que es imposible hablar sobre la superación de limitaciones en la actividad cotidiana sin auxiliarse del corpus teórico que ofrece el enfoque social de la discapacidad, cuya evolución se abordó tanto en la introducción como en el primer capítulo de esta tesis.

Con la intervención psicoeducativa basada en la perspectiva terapéutica conductual que se describió en el cuarto capítulo de esta tesis, la autora de este trabajo considera que sí se contribuyó en la labor de brindarle al alumno que recibió esta intervención psicoeducativa una parte fundamental de lo que constituye la educación inclusiva, y dicha parte fundamental de la educación inclusiva a la que la autora de este trabajo hace referencia es la transformación de la percepción social de los alumnos, a quienes se les debe considerar como agentes llenos de potencial para aprender cualquier cosa que ellos deseen o necesiten para tener éxito en sus vidas presentes y futuras, y por consiguiente, transformar su realidad. Para la autora de esta tesis, la educación inclusiva se entiende como la implantación de estrategias encaminadas a descubrir, mantener y mejorar las competencias motoras, cognitivas y socioemocionales de los estudiantes sin importar su historia de vida, estatus socioeconómico, tipo de discapacidad o de limitaciones de la vida cotidiana. Y si bien es cierto que las estrategias típicas del enfoque de la educación inclusiva se suelen aplicar en escuelas y no en consultorios de psicología, la autora de este trabajo sostiene que las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo en dichos consultorios tienen el potencial de abonar para que el alumno objeto de esta intervención psicoeducativa obtenga la educación inclusiva que necesita obtener en su contexto escolar de referencia presente y en los que se inserte en el futuro; porque dicho alumno no permanecerá en un USAER ni en un UDEI de manera indefinida (que es en estos contextos donde se maneja el enfoque de educación especial, que se caracteriza por segmentar y separar a los estudiantes por tipo de discapacidad), mientras que lo que realmente se busca en la educación en general, y en esta intervención psicoeducativa en particular, es que sea inclusiva, es decir que prepare a todos los estudiantes para las demandas de todos los ámbitos de la vida cotidiana sin importar las particularidades que les otorguen diagnósticos médicos, o si tienen o no dichos diagnósticos. Y las actividades que se realizaron en esta

intervención psicoeducativa se puede adaptar y ajustar a las necesidades de cualquier niño o niña, sin importar si presenta o no los signos clínicos del TDAH. Es por esta razón que la autora de esta tesis sostiene que su trabajo puede enmarcarse dentro del enfoque de la educación inclusiva, y que esté enfoque se puede tener aunque no se labore en un contexto escolar. Además, tanto Guevara, Ortega y Plancarte (2013) como Calzadilla (2023) señalan que actualmente se considera muy difícil analizar la educación especial la educación inclusiva de manera separada y aislada la una de la otra, sino que más bien, actualmente se considera que ambos enfoques educativos se encuentran bastante intrincados y relacionados entre sí.

Es importante darse cuenta como a los niños con TDAH se les ha estigmatizado de manera sistemática al etiquetarlos como *niños problema* como incapaces de comportarse de manera ética dentro de su sociedad de referencia, o como niños incapaces de aprender de manera efectiva dentro de ambientes educativos convencionales e inclusivos. La autora de este trabajo también abordó la manera en la que, a principios del siglo XXI, México le otorgó un nuevo impulso a la institucionalización de la educación especial e inclusiva debido a la creación del Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE), de esta manera es una mirada hacia la construcción de espacios escolares bajo los principios de la educación inclusiva que aspira a ser accesible en cada espacio escolar un mundo sensible y común para todos los alumnos/as cualquiera que fuera su condición física, social, económica, regional, cultural y lingüística, los servicios que prevalecen son CAM, USAER y UDEI.

A través de la historia del diagnóstico del TDAH se revisó y analizó cómo se percibía el TDAH y cómo se fue identificando hasta llegar a la actualidad y tomar en cuenta que un niño que presenta el TDAH necesita aprender a regular su conducta verbal y motora, pero que, no presenta problemas para asimilar el conocimiento, lo cual se encuentra en concordancia con las investigaciones e intervenciones sobre TDAH que se revisaron en los capítulos teóricos de esta tesis. También se hizo énfasis en que con el objetivo de apoyar en el aprendizaje de la regulación conductual de los estudiantes que presentan TDAH y sus variantes, es imprescindible que las y los psicólogos educativos diseñen programas de intervención integrales como el de la presente intervención, y que sean de tipo conductual, ya que este tipo de terapias cuentan con técnicas que le van

otorgando a los estudiantes, de manera progresiva, un mayor autocontrol sobre su propia conducta, además de que cuentan con la ventaja de ser sistemáticos, económicos y lo más importante, que se puede adiestrar a las personas que rodean al estudiante en el uso de estas técnicas mediante una adecuada psicoeducación, con el objetivo de facilitar la transferencia del aprendizaje de las técnicas conductuales, del terapeuta a los seres queridos que tiene el o la estudiante.

Con respecto a las diferencias en la evaluación de cada uno de los dominios del TDAH que tuvieron las dos profesoras del niño al responder a la Escala CONNERS para maestros, la autora de este trabajo las explica con un énfasis en la aclaración que ofrece el Manual de calificación e interpretación de las Escalas CONNERS para padres y maestros con respecto a la definición de los problemas de conducta, según dicho manual, es indispensable tener en cuenta que la definición de un problema de conducta infantil puede variar dependiendo de los valores y expectativas de quien evalúa los problemas de conducta del niño. Adicionalmente, se tiene en consideración lo que Contreras (2015) señala con respecto a la manera como las y los docentes determinan los objetivos educativos y los métodos con los cuales alcanzarán esos objetivos. Según esta autora “las ideas de profesores y profesoras en relación con que se debe aprender, cómo se aprende y qué papel desempeñan ellos mismos en este proceso constituyen el eje central sobre el que se construye la actividad educativa y, por supuesto, rigen la manera específica cómo se emplean los recursos y medios para el aprendizaje” (Contreras, 2015, p. 3). Esto quiere decir, con relación al presente trabajo que cada docente que tuvo contacto con el niño que fue objeto de esta intervención tuvo ideas y creencias diferentes con respecto a la manera en la que su alumno se apropiaba de los conocimientos académicos que ellas le proporcionaban y sobre las maneras sobre como éste se relacionaba con sus compañeros, y que dichas ideas y creencias también las llevaron a evaluar de manera diferente los dominios de TDAH aun teniendo el mismo instrumento de evaluación de TDAH a su disposición.

La función que cumplió la autora de este trabajo, con la realización del programa de intervención conductual en un niño diagnosticado con TDAH, consistió en resignificar problemas de conducta en el niño, y movilizar repertorios conductuales que demostraran autocontrol, los cuales le van a ayudar al estudiante a desenvolverse con disciplina y

afecto dentro de su escuela, de su familia y de su sociedad de referencia, lo que incrementará tanto la sensación de bienestar del niño como la sensación de bienestar dentro de su comunidad. Reiterando lo que la autora de este trabajo lo explicó en el tercer capítulo de esta tesis, ella eligió las estrategias del enfoque psicológico conductual ya que éstas son estrategias que cuentan con un alto nivel de efectividad tanto en el presente como en el futuro de las personas que aprenden dichas estrategias (gracias al efecto que genera la transferencia del aprendizaje, esto es, la capacidad que las personas aprenden para aplicar lo que aprendieron en un contexto escolar o terapéutico a todos los ámbitos de la vida cotidiana). Además de que las estrategias conductuales se pueden enseñar tanto a padres de familia como a maestros y a niños en el menor número de sesiones posible. Mientras que las estrategias que ofrecen otros enfoques psicológicos (psicosocial, cognoscitivo, constructivista, etc.) si bien también son efectivos, requieren un mayor número de sesiones dentro de las escuelas o en los consultorios para poderlas aplicar, efectuar y evaluar. Y en muchas ocasiones, los padres y los maestros de los niños no le otorgan al profesional de psicología ni al de educación el suficiente tiempo para aplicar las estrategias de estos otros enfoques psicológicos antes mencionados. Asimismo, la autora de este trabajo continua brindando intervenciones psicoeducativas similares a la expuesta en esta tesis tanto a niños en edad escolar como a sus padres, tanto en sesiones psicoeducativas individuales y de grupo (los grupos que ella conforma suelen estar formados por 5 niños quienes estudian en los planteles de educación especial del sistema educativo MASEE (las USAER y las UDEI), los cuales le canalizan a esos niños a la autora de esta tesis, por lo que ella no los elige libremente (así como tampoco eligió al alumno al que le aplicó la presente intervención educativa) sino que los recibe en su lugar de trabajo y les realiza las entrevistas tanto a los niños como a sus padres con el fin de confirmar o descartar los diagnósticos de TDA y TDAH, así como de conocer la dinámica familiar de cada uno de esos niños y así poder detectar las fortalezas y las áreas de oportunidad que presenta cada familia al momento de solicitar las intervenciones psicoeducativas por parte de la autora de esta tesis.

El enfoque filosófico-educativo que la autora de este trabajo recomienda es el enfoque de educación inclusiva que brinda el sistema de educación inclusiva del modelo

educativo MASEE, y dicho modelo la guía filosófica que se materializa en las diferentes instancias educativas, las cuales se clasifican en USAER, CAM y UDEI, y que, por lo tanto, estas instituciones son ejemplos que tienen el suficiente derecho de ubicarse como engranajes del paradigma social de la discapacidad.

Limitaciones

Al profesar la doctrina religiosa conocida como los Testigos de Jehová, la familia del niño quien fue objeto de la presente intervención educativa limitó de manera significativa el uso de actividades y materiales didácticos más variados por parte de la autora de este trabajo, ya que éstos no podrían hacer referencia a ningún evento festivo ni elemento mitológico que es considerado por los Testigos de Jehová como no cristiano (por ejemplo, Navidad, Nochebuena, cualquier fiesta nacional mexicana, los cumpleaños, los elementos del Halloween, etc.). Estas restricciones llegaron a molestar a su hijo ya que él sí expresaba muchos deseos de participar en este tipo de actividades sociales y provocaron que en algunas sesiones de la presente intervención psicoeducativa, él llevara a cabo conductas disruptivas tales como quejarse, hacer berrinches, correr sin dirección, etc. La autora de este trabajo considera que es bastante relevante mencionar todas estas restricciones de carácter religioso porque, en primer lugar, el niño que fue objetivo de la presente intervención educativa manifestaba bastantes deseos de realizar actividades educativas más variadas y varias de las conductas disruptivas que él aún mostró a lo largo de dicha intervención se debió a la frustración que él sintió cuando su madre no le permitía realizar tales actividades. Y finalmente, la autora de este trabajo considera dichas restricciones como una variable mediadora que además de tener un efecto considerable sobre la educación, no se encontró presente en otras intervenciones educativas que se aplicaron a niños diagnosticados con TDAH y sus variantes, tales como las realizadas por Cigarroa (2014) y por Peña y Guzmán (2015), ya que ninguno de estos autores tuvo que modificar las actividades que planearon a sus estudiantes en función de las creencias religiosas que profesaban las familias de tales estudiantes.

Con respecto a los efectos que tuvo la aplicación de todas estas restricciones de carácter religioso de la madre hacía su hijo objeto de esta intervención educativa, la

autora de este estudio se pregunta acerca de la carga causal que estas restricciones socialmente impuestas por la familia del niño tienen sobre la aparición de los signos del TDAH, pero la resolución de esa interrogante ya no corresponde al objetivo de esta tesis.

Finalmente, otra limitación significativa de la efectividad de la presente intervención psicoeducativa fue que ni el padre del alumno ni los demás miembros de su familia se involucraron de manera activa en la aplicación de las estrategias de modificación de conducta ya que la madre del alumno tuvo dificultades considerables al explicarles como se llevaban a cabo estas estrategias de manera adecuada, asimismo, ella tuvo que sobrellevar burlas de algunos de los miembros de la familia que no se involucraban activamente en la crianza positiva del alumno.

Sugerencias

Para futuros trabajos sobre intervenciones educativas para mejorar la conducta de niños diagnosticados con TDAH, la autora sugiere que otros autores que funjan como terapeutas tengan excelentes habilidades de escucha y de negociación con los integrantes de las familias de estos niños, sobre todo si estas familias son resistentes a seguir las indicaciones terapéuticas, tal como sucedió en este caso práctico, y que en caso de encontrar múltiples resistencias a las indicaciones terapéuticas, los terapeutas deberán enfocarse en exponer, de la manera más ecuánime posible, los beneficios potenciales de continuar asistiendo a la terapia, ya que enfocarse sólo en los beneficios de la terapia es una herramienta fundamental para sortear las resistencias terapéuticas que pudiera tener la familia de referencia a las que pertenecen los estudiantes.

Referencias

Acuerdo 04/02/19 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa para el ejercicio fiscal 2019. Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 28 de Febrero de 2019. Recuperado el 30 de Agosto de 2019, de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5551602&fecha=28/02/2019

ADIPA. (Productor). (2023). *Introducción al conocimiento del T.D.A.H* [Video de Youtube]. De <https://www.youtube.com/watch?v=keuwaACU7ao&t=1520s>

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association. (julio de 2013). TDAH Guía para padres sobre medicamentos. Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Professional-Topics/Child-Adolescent-Psychiatry/adhd-parents-medication-guide-spanish.pdf>

American Psychiatric Association. (s.f.). The American Psychiatric Association. What Is ADHD? Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd> (Referencia ya no disponible en línea).

American Psychological Association (2010). Cómo escribir con claridad y precisión. En American Psychological Association ©. (Eds). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. (p. 75). Washington DC: Manual Moderno.

Andrade, S. (22 de abril de 2014). Mayo Clinic. Recuperado de: <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/los-ninos-diagnosticados-con-tdah-pueden-continuar-presentando-sintomas-en-la-edad-adulta/#:~:text=La%20hiperactividad%20tiende%20a%20disminuir,en%20la%20mayor%20edad%20de%20personas>.

Bados, A. y García-Grau, E. (2011). *Técnicas Operantes* [Versión en PDF]. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/Técnicas%20operantes%202011.pdf>

Blackwell, D. (2020). Reinventing ADHD in Out-of-School Time. Recuperado de Afterschool Matters: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1258511.pdf>

C. M. Calzadilla. (2023). Educación Especial vs. Educación Inclusiva: ¿amigas o enemigas? [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.mundoposgrado.com/educacion-especial-vs-educacion-inclusiva/>

Cabrera, A. L. (2012). Paradigmas de la Educación Especial. Estado de México: Red Tercer Milenio.

Centro Educativo Jardines de la Hacienda. (Productor). (2020). *La brujita atarantada*. [Video en YouTube]. De: <https://www.youtube.com/watch?v=w9LfFpCX9PU&t=147s>

Centro Médico Teknon. (Productor). (2011). *Sra. Anna Solanas, Pedagoga especialista en TDAH. "Cómo tratar las dificultades de aprendizaje"*. [Video en Vimeo]. De: <https://vimeo.com/33143715>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (27 de diciembre de 2016). Uso de tiempo fuera. Recuperado de <https://www.cdc.gov/parents/spanish/essentials/timeout/index.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (28 de diciembre de 2016). Pasos para usar tiempo fuera. Recuperado de <https://www.cdc.gov/parents/spanish/essentials/timeout/steps.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (4 de septiembre de 2020). Otros problemas y trastornos con TDAH. Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/conditions.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] (16 de septiembre de 2020). Inclusión de personas con discapacidades. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-inclusion.html>
(Referencia ya no disponible en línea)

Cigarroa, D. (2014). *Intervención Psicopedagógica a un niño con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y a una adolescente con discapacidad intelectual que asisten a un CAM ubicado en la Ciudad de México*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de: <http://200.23.113.51/pdf/30546.pdf>

COLMEX. (3 de octubre de 2020). Diccionario del Español de México. Recuperado de: <https://dem.colmex.mx/Ver/conducta>

Consejo de Salubridad General. (s/f). Diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/158_GPC_DEFICIT_ATENCION_HIPERACTIVIDAD/Ssa_158ER.pdf (Referencia ya no disponible en línea).

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2007). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Protocolo Facultativo. México: CONAPRED. (pp. 5-50).

Contreras, O. (2015). La educación mediada por las TIC como nuevo paradigma educativo. En J. J. Ávila (Ed.), *La educación mediada por la tecnología: Construcción de ambientes y sistemas de aprendizaje*. (p. 3). Estado de México: FES Iztacala UNAM.

Corrales, A., Hernández, V. S., y Soto Hernández, V. (diciembre de 2016). Barreras de aprendizaje para estudiantes con discapacidad en una Universidad chilena. Demandas estudiantiles - Desafíos institucionales. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/hevila/Actualidadesinvestigativaseneducacion/2016/vol16/no3/4.pdf>

Corsi, E., Barrera, P., Flores, C., Perivancich, X. y Guerra, C. (junio de 2009). Efectos de un programa combinado de técnicas de modificación conductual para la disminución de la conducta disruptiva y el aumento de la conducta prosocial en escolares chilenos. *Acta Colombiana de Psicología* 12(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

DACER Rehabilitación Funcional. (s.f.). La neurociencia del cerebro con TDAH. Madrid, España: DACER. Recuperado de: <https://www.dacer.org/la-neurociencia-del-cerebro-con->

Estado de México. (agosto de 2019b). Línea Técnica Operativa de los Servicios de Educación Especial Valle de México 2019. Recuperado de: https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/doctosedos/EdoMEx_valle_LINEAMIENTO-USAER%202019.pdf

F. Reculé. (4 de agosto de 2010). Caso Tuskegee 1972 Investigación Sífilis. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/noticias/2010/08/04/caso-tuskegee-1972-investigacion-sifilis/>

Fabiano, G. A., & Pyle, K. (2019). Best Practices in School Mental Health for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED598322.pdf>

Fernandes, S. M., Blanco, A. P. & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. In E. Vázquez-Justo & A.P. Blanco (Eds.) TDAH y Trastornos Asociados. Maribor: Lex Localis Press.

Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (s.f.). El niño con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad TDAH Guía práctica para padres. Recuperado de <https://amece.es/images/tdahguia.pdf>

García de Vinuesa, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo*. 38(2). 107-115.

García, R. (2000). Falacia del MUÑECO DE PAJA, también llamada falacia del espantapájaros y del maniqueo. En Ricardo García Damborenea © (Eds). *Uso de Razón: Diccionario de Falacias*. (pp. 60-63). Madrid: Biblioteca Nueva. Recuperado de: <http://www.usoderazon.com/conten/arca/dicci/dicci2.htm>

García, P. (2019, Enero, 15). *Taller de Sensibilización sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para Personas Servidoras Públicas*. [Diapositivas de Power Point].

García, V., Aquino, S. P., Izquierdo, J. y Ramón, P. (2015). Investigación e innovación en Inclusión Educativa. *Diagnósticos, modelos y propuestas*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/libro/706749.pdf>

Giménez-García, L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 1(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147183009.pdf>

Gobierno del Estado de Veracruz. (9 de abril de 2021). Manual para la aplicación, calificación e interpretación de la Escala de Conners para padres/maestros Forma abreviada. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/denysmontoyagalan/manual-escala-conner>

Gómez, M. y Cuña, A da R. (julio, 2017). Estrategias de intervención en conductas disruptivas. *Educação Por Escrito*. 8(2). Recuperado de: https://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/poescrito/article/download/27976/16466&hl=es&sa=X&ei=71XYdCGB9WR6rQPoZmruAk&scisig=AAGBfm27HrWyakeeKsqvx8aEguOJHrBx2Q&oi=scholar

González, S. (julio de 2015). Estrategias aplicables al aula L.E de con alumnado TDAH. (Trabajo de fin de grado: Master). Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/385915050/Estrategias-Aplicables-en-Aula-Para-Alumnos-Con-TDA-H>

González, L. M., y Méndez, M. E. (2014). La familia de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Venezolana de Economía Social* 28(1). Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41052/articulo5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González, L. M. (junio de 2008). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *AGORA* 21(1). Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/30000/articulo5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gregory, R. J. (2012). Los inicios de la evaluación en Estados Unidos. En Monica Vega Pérez (Ed). *Pruebas Psicológicas: Historia, principios y aplicaciones*. (pp. 54-56). México: Pearson.

Guevara, Y., Ortega, P. y Plancarte, P. (2013). Psicología conductual: Avances en Educación Especial. México: FES Iztacala. (pp. 1-117).

Hernández-Hernández, A. G., Montiel Ramos, T. y Martínez Borrayo, J. G. (2014). Identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Colombiana de Psicología*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79832492004>

Ilik, S. S. (2019). Views of parents regarding the services provided to the students with attention deficit hyperactivity disorder. *Cypriot Journal of Educational Sciences*. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1231570.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). La discapacidad en México, datos al 2014. Recuperado de: http://conadis-transparencia.org/transparencia_focalizada/La_discapacidad_en_Mexico_datos_al_2014_Version_2017.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2018). Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Datos_abiertos

Instituto Nacional de la Salud Mental. (s.f.). Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Recuperado de https://www.ocecd.org/Downloads/adhd_booklet_spanish_cl5082.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2010). Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Recuperado de: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_tdah.pdf

Jalisco, E. D. (10 de noviembre de 2019). Dirección de Educación Especial. Recuperado de: <http://edu.jalisco.gob.mx/educacion-especial/que-es-la-educacion-especial>.

Jones, M. N., Weber, K. P. y McLaughlin, T. F. (2013). No Teacher Left Behind: Educating Students with ASD and ADHD in the Inclusion Classroom. *The Journal of Special Education Apprenticeship* 2(2). Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1127784.pdf>

Lauzé, E. R. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Continuing Focus for Educators. *BU Journal of Graduate Studies in Education* 12(1). Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1262918.pdf>

Ley General de Educación. Secretaría de Educación Pública. Ciudad de México, México, 1 de Enero de 1993. Recuperado de: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/558c2c24-0b12-4676-ad90-8ab78086b184/ley_general_educacion.pdf

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 12 de julio de 2018. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf

Lira, N., y Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de salud. Librosenred.

López-Vélez, A. L. (2018). La escuela inclusiva el derecho a la equidad y la excelencia educativa. Recuperado de: Universidad del País Vasco <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USPDF188427.pdf>

Macías, S. y Bernal, C. L. (2015). Educación incluyente y de calidad: Un texto para reflexionar. Recuperado de: <http://otrasvoceseneducacion.org/wp-content/uploads/2019/10/educacionincluyente.pdf>

Martín, D. (2020). Conductas disruptivas de los y las estudiantes de primaria en educación física (Trabajo de fin de grado: Especialidad). Recuperado de: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/50962/TFG_Mart%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martin, G. y Pear, J. (2008). Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla. Madrid, España: Pearson.

Mirá, A., Berenguer, C., Baixauli, I., Rosello, B. y Miranda, A. (2019). Contexto familiar de niños con autismo, implicaciones en el desarrollo social y emocional. *MEDICINA (Buenos Aires)*. 79(1). Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v79n1s1/v79n1s1a06.pdf>

Molinar, J. y Castro, A. (2018). Estigma en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH por maestros de educación básica. Preliminar de una intervención psicoeducativa. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*. 17(35). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/2431/243158173011/243158173011.pdf>

Muñoz, S. (s.f.). Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en Adultos. [Diapositivas de Power Point]. Videoclases de la Plataforma Aula Mejor (Referencia ya no disponible en línea).

Navas, P., Verdugo, M. A. y Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*. 17(2). 143-152.

Nieves-Fiel, M. I. (julio de 2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2(2). Recuperado de: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-10_nieves-fiel-tdah-no_espec.pdf

Nyhan, S. (2018). Disability or Divergent Characteristic? Inside the Neurodiversity Movement. *The Journal of College Admission*. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1260295.pdf>

Padilla-Petry, P., Sòria-Albert, C., & A. Vadeboncoeur, J. (28 de julio de 2018). Experiencing Disability in the School Context: Voices of Young People Diagnosed With ADHD in Spain. Obtenido de International Education Studies - Canadian Center of Science and Education. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1186376.pdf>.

Pedroso, P. (2001). Investigación biomédica en seres humanos. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 39(3). 183-191. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v39n3/hie04301.pdf>

Peña, R. y Guzmán, L. (2015). *Participación Periférica Legítima referente a psicología en el Colegio Washington*. [Manuscrito inédito].

Pérez, M. E. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*. 7(1). 7-27. Recuperado de <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/429/339>

Pérez-Sánchez, L., Parra-Jiménez, E. y Espinosa-Parra, I. (2014). Introducción a la Psicoterapia. [Versión PDF]. Recuperado de: https://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Introducción%20a%20la%20Psicología%20V6.pdf

Radcliff, D. (25 de abril de 2000). Non-Drug Interventions for Improving Classroom Behavior and Social Functioning of Young Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED445427.pdf>

Ramírez, M. (enero de 2015). Tratamiento cognitivo conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147185006.pdf>

Real Academia de la Lengua Española [RAE]. (3 de octubre de 2020). Conducta. Recuperado de: <https://dle.rae.es/conducta?m=form>

Reiber, C., & McLaughlin, T. F. (2004). Classroom interventions: methods to improve academic performance and classroom behavior for students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Special Education* 19(1). Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ852038.pdf>

Roca i Balasch, J. (2007). Conducta y Conducta. *Acta Comportamentalia* 15(1). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/14524/13851>

Schiavo, R. (2006). *El planeta de los ratonejos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Secretaría de Desarrollo Social. (mayo de 2016). Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico_sobre_la_Situacion_de_las_Personas_Con_Discapacidad._Mayo_2016.pdf

Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de Yucatán [SEGEY]. (noviembre de 2019). Educación Especial Servicio de Apoyo Manual de Operatividad. Recuperado de:

http://www.educacion.yucatan.gob.mx/multimedia/publicaciones/200327_ManualUSAE R.pdf

Servicios Educativos Integrados al Estado de México [SEIEM]. (diciembre de 2019a). LINEAMIENTOS BÁSICOS DE OPERACIÓN PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DE LA DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ELEMENTAL. Recuperado de: https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/doctos-edos/EdoMEx_valle_LINEAMIENTO-EDUC-ESPECIAL-2019.pdf

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (10 de noviembre de 2019). Catálogo de Centros de Trabajo 2017. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/:https://datos.gob.mx/busca/dataset/catalogo-de-centros-de-trabajo-2017>

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2006). Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial. Recuperado el 31 de agosto de 2019

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2006). Publicaciones Educación Especial, SEP. Recuperado de <https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/publicaciones/libromorado.pdf>

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2018). Recuperado de: Aprendizajes clave para la educación integral. Plan y programas: https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/mx_1150.pdf

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (26 de noviembre de 2014). Educación Especial en México. Obtenido de [innovec.org.mx:https://innovec.org.mx/home/images/educacion%20especialmexico%20fabiana%20romero.pdf](https://innovec.org.mx/home/images/educacion%20especialmexico%20fabiana%20romero.pdf)

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (31 de diciembre de 2018). EdR05a Total de alumnos atendidos por servicios de educación especial. Recuperado de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/indicadores-del-protocolo-de-san-salvador-de-la-sep-2018/resource/e26120e7-193d-4a34-acab-ec18eb7ce153>

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (31 de diciembre de 2018). EdR05b Escuelas de educación básica regular que cuentan con apoyo de algún servicio de

Educación Especial. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/indicadores-del-protocolo-de-san-salvador-de-la-sep-2018/resource/62bbb4ad-c0bd-438b-983c-f17bda66cd3f>

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (31 de Diciembre de 2018). EdR05c Total de Centros de Atención Múltiple. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/indicadores-del-protocolo-de-san-salvador-de-la-sep-2018/resource/053c7d06-c2aa-4c26-b262-2c7dc9540122>

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (diciembre de 2011). El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-TDAH): Atención a la diversidad en escuelas inclusivas. Recuperado de: <http://educacionespecial.aefcm.gob.mx/publicaciones/?p=133>

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (Septiembre de 2011a). Centro Digital de Recursos de Educación Especial. Recuperado el 29 de Agosto de 2019, de Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial: http://ripei.org/work/documentos/masee_2011.pdf

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (Diciembre de 2011b). Orientaciones para la Intervención de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) en las Escuelas de Educación Básica. Recuperado de https://www.academia.edu/28493224/USAER_Libro_Rojo?auto=download

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (noviembre de 2015). Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva. Recuperado de UDEEI Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva - Gobierno del Estado Jalisco: http://plataformaeducativa.se.jalisco.gob.mx/elpunto/sites/default/files/udeei_web.zip

Secretaría de Educación Pública. (septiembre de 2013). Educación Inclusiva. Recuperado el 29 de agosto de 2019, de http://ripei.org/work/documentos/inclusiva_2013.pdf

Sfrisi, S. J., Deemer, S., Tamakloe, D., & Herr, O. E. (2017). The Investigation of the Learning Style Preferences and Academic Performance of Elementary Students with

ADHD. *The Excellence in Education Journal* 6(2). Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1210169.pdf>

Silva, A. (agosto de 2008). Ser adolescente hoy. *FERMENTUM* 52(1). Recuperado de:

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/28464/articulo3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Skinner, B. F. (1971). Formación y mantenimiento de la conducta operante. En Galton: Centro de investigaciones psicológicas (Ed.), *Ciencia y conducta humana (Una psicología científica)*. (pp. 97-109). Barcelona: Fontanella.

Sociedad Mexicana de Psicología (2010). De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo. En Sociedad Mexicana de Psicología © (Eds). *Código Ético del Psicólogo*. (pp. 59-60). México: Trillas.

STILL. Asociación balear de padres de niños con TDAH. (s/f). PSIE División de Psicología Educativa. Recuperado de: http://www.psie.cop.es/uploads/Illes%20Balears/TDAH%20GUI_A%20PRA_CTICA.pdf

TJ. Legg y E. Porter (23 de julio de 2018). Conners Scale for Assessing ADHD. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.healthline.com/health/adhd/conners-scale>

Taboada, R. y Pinto, B. (2018). Evaluación neuropsicológica en dos niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estudios de caso. Obtenido de IRESIE. Base de datos sobre Educación - IISUE, UNAM: http://www.scielo.org/bo/pdf/rap/v16n1/v16n1_a04.pdf

Testigos de Jehová (2023). *¿Por qué los testigos de Jehová no celebran ciertas fiestas?* Recuperado de: <https://www.jw.org/es/testigos-de-jehov%C3%A1/preguntas-frecuentes/testigos-jehova-no-celebran-fiestas/>

TDAHYTU. (Productor). (2014). *¿Deben ir los niños con TDAH a colegios especiales?* [Video en Vimeo]. De: <https://vimeo.com/124808152>

TedxTalks. (Productor). (2019). *El déficit de atención (TDAH) en la escuela I Leonardo Bronstein I TEDxCordoba*. [Video en YouTube]. De <https://youtu.be/n5SaHkzv468>

Useche, I. (diciembre de 2016). El síndrome de desatención: TDAH. *Revista Digital de Historia de la Educación* 19(1). Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/43375/articulo28.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valenzuela, A. I. (s.f) *Terapia Cognitivo Conductual*. [Diapositivas de Power Point].

Valerio, L. F. (diciembre de 2019). ¿Hacia dónde vamos? *Revista Digital de Historia de la Educación* 22(1). Recuperado de: http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/46996/Heuristica22_def.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vázquez-Reina, M. (9 de marzo de 2010). MEJORAR LA CONDUCTA INFANTIL Las técnicas de modificación conductuales permiten corregir muchos de los comportamientos inadecuados de los niños. Recuperado de: https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5385/repercusiones9.pdf

Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: Un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*. 15(1). 115-136. Recuperado de: <https://revistas.unav.edu/index.php/empresa-y-humanismo/article/view/4179/3572>

Zulueta, A., Díaz-Orueta, U., Crespo-Eguilaz, N., & Torrano, F. (2018). Virtual Reality-based Assessment and Rating Scales in ADHD Diagnosis. *Psicología Educativa*. 25(1). 13-22. Recuperado de: <https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/articulo20181226173353.pdf>

Anexos

Anexo 1 Escala abreviada CONNERS para padres y maestros

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

I. CUESTIONARIO ABREVIADO PARA PADRES/MAESTROS CONNERS

Nombre del niño: _____	fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo : _____	CURP: _____
Nivel y Grado Escolar _____	Nombre de la Escuela: _____
Nombre de los padres, tutor(es) o maestros: _____	
Fecha de aplicación: _____	

Observación	Grado de actividad			
	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
1. Inquieto o demasiado activo	0	1	2	3
2. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
3. Molesta a otros niños	0	1	2	3
4. No termina las cosas que empieza –cortos períodos de atención	0	1	2	3
5. Presenta nerviosismo constante	0	1	2	3
6. No presta atención, se distrae con facilidad	0	1	2	3
7. Sus demandas deben satisfacerse de manera inmediata – se frustra con facilidad	0	1	2	3
8. Llora con frecuencia y fácilmente	0	1	2	3
9. Cambia de estado de ánimo con rapidez y drásticamente	0	1	2	3

FUENTE: Cortesía de C. Keith Connors

Comentarios: _____

Anexo 2 Escala CONNERS para padres

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

II. Escala de calificaciones para padres Connors

CUESTIONARIO PARA PADRES	
Nombre del niño (a): _____	Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____	Sexo: _____ CURP: _____
Nivel y Grado Escolar: _____	Nombre de la Escuela: _____
Nombre de los padres, tutor(es) : _____	
Fecha de aplicación: _____	

INSTRUCCIONES: Por favor responda a todas las preguntas. A un lado de cada uno de los reactivos que se encuentran a continuación, indique el grado del problema (Nunca = 0. Sólo un poco = 1. Bastante = 2. y Mucho = 3), encerrando en un círculo la respuesta que corresponda al comportamiento observado en el niño o la niña.

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
1. Se escarba o jala (las uñas, dedos, cabello, ropa)	0	1	2	3
2. Es insolente con los adultos	0	1	2	3
3. Tiene problemas para hacer o conservar amigos	0	1	2	3
4. Es excitable, impulsivo	0	1	2	3
5. Quiere controlar las cosas	0	1	2	3
6. Chupa o mastica (el dedo, ropa, cobija)	0	1	2	3
7. Lloro con facilidad o con frecuencia	0	1	2	3
8. Busca problemas	0	1	2	3
9. Es soñador	0	1	2	3
10. Tiene dificultades para aprender	0	1	2	3
11. Es muy inquieto, no puede dejar de moverse.	0	1	2	3
12. Es temeroso (de situaciones nuevas; nuevas personas o lugares, de ir a la escuela)	0	1	2	3
13. Está inquieto, siempre está de un lado a otro	0	1	2	3
14. Es destructivo	0	1	2	3
15. Dice mentiras e historias que no son ciertas	0	1	2	3
16. Es tímido	0	1	2	3
17. Se mete en más problemas que los demás niños de la misma edad.	0	1	2	3
18. Habla de manera diferente a otros de la misma edad (habla infantil, tartamudeo, es difícil de entender).	0	1	2	3
19. Niega errores o culpa a otros.	0	1	2	3
20. Es pendenciero (propenso a riñas)	0	1	2	3
21. Hace pucheros y está malhumorado	0	1	2	3
22. Roba	0	1	2	3
23. Es desobediente u obedece, pero con resentimiento.	0	1	2	3
24. Se preocupa más que otros (de estar solo, de enfermedad o muerte)	0	1	2	3
25. No termina las cosas	0	1	2	3

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
26. Se hiera emocionalmente con facilidad	0	1	2	3
27. Es abusivo con los demás	0	1	2	3
28. Es incapaz de cesar una actividad repetitiva	0	1	2	3
29. Es cruel	0	1	2	3
30. Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar, depende de otros, necesita constantes afirmaciones de seguridad)	0	1	2	3
31. Es distraído o tiene un problema de lapso de atención	0	1	2	3
32. Tiene dolores de cabeza	0	1	2	3
33. Cambia de estado de ánimo de manera rápida y drástica	0	1	2	3
34. No le gusta seguir o no sigue las reglas o restricciones	0	1	2	3
35. Pelea constantemente	0	1	2	3
36. No se lleva bien con hermanos o hermanas	0	1	2	3
37. Se frustra con facilidad ante los esfuerzos	0	1	2	3
38. Molesta a los niños	0	1	2	3
39. Es básicamente una niña(o) infeliz	0	1	2	3
40. Tiene problemas con la comida (poco apetito, se levanta de la mesa entre bocados)	0	1	2	3
41. Tiene dolores de estómago	0	1	2	3
42. Tiene problemas de sueño (no puede dormir, se levanta demasiado temprano, se levanta por la noche)	0	1	2	3
43. Tiene otros dolores y molestias	0	1	2	3
44. Tiene vómito o náusea	0	1	2	3
45. Se siente traicionado por el círculo familiar	0	1	2	3
46. Alardea y es fanfarrón	0	1	2	3
47. Deja que los demás lo dominen	0	1	2	3
48. Tiene problemas intestinales (con frecuencia tiene diarrea, hábitos irregulares para ir al baño, estreñimiento)	0	1	2	3

COMENTARIOS:

Anexo 3 Escala CONNERS para maestros

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

III. Escala de calificaciones para Maestros Connors

CUESTIONARIO PARA MAESTROS	
Nombre del niño (a): _____	Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____	Sexo : _____ CURP: _____
Nivel y Grado Escolar: _____	Nombre de la Escuela: _____
Nombre de los maestros: _____	
Fecha de aplicación: _____	

Instrucciones: Por favor responda a todas las preguntas. A un lado de cada uno de los reactivos que se encuentran a continuación, indique el grado del problema (Nunca = 0. Sólo un poco = 1. Bastante = 2. y Mucho = 3), encerrando en un círculo la respuesta que corresponda al comportamiento observado en el niño o la niña.

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
Conducta en el salón de clases				
1. Presenta nerviosismo constante	0	1	2	3
2. Gruñe y hace otros ruidos extraños	0	1	2	3
3. Sus demandas se deben satisfacer de manera inmediata-se frustra con facilidad	0	1	2	3
4. Coordinación deficiente	0	1	2	3
5. Inquieto o demasiado activo	0	1	2	3
6. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
7. No presta atención, se distrae con facilidad	0	1	2	3
8. No termina las cosas que empieza (períodos cortos de atención)	0	1	2	3
9. Demasiado sensible	0	1	2	3
10. Demasiado serio o triste	0	1	2	3
11. Soñador	0	1	2	3
12. Hosco o malhumorado	0	1	2	3
13. Lloro con frecuencia y fácilmente	0	1	2	3
14. Molesta a otros niños	0	1	2	3
15. Es pendenciero (propenso a buscar riñas)	0	1	2	3
16. Su estado de ánimo cambia de manera rápida y drástica	0	1	2	3
17. Es respondón	0	1	2	3
18. Es destructivo	0	1	2	3
19. Roba	0	1	2	3
20. Miente	0	1	2	3
21. Hace berrinches, tiene conducta explosiva o difícil de predecir	0	1	2	3
Participación en grupo				
22. Se aísla de otros niños	0	1	2	3
23. Parece que el grupo no lo acepta	0	1	2	3
24. Parece que lo dominan con facilidad	0	1	2	3
25. No tiene sentido de juego limpio	0	1	2	3

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
26. Parece carecer de liderazgo	0	1	2	3
27. No se lleva bien con personas del sexo opuesto	0	1	2	3
28. No se lleva bien con personas del mismo sexo	0	1	2	3
29. Fastidia a otros niños o interfiere con sus actividades	0	1	2	3
Actitud hacia la autoridad				
30. Sumiso	0	1	2	3
31. Desafiante	0	1	2	3
32. Descarado	0	1	2	3
33. Tímido	0	1	2	3
34. Temeroso	0	1	2	3
35. Demanda de manera excesiva la atención del maestro	0	1	2	3
36. Es terco	0	1	2	3
37. Demasiado ansioso de complacer	0	1	2	3
38. Poco cooperador	0	1	2	3
39. Tiene problemas de asistencia	0	1	2	3

Fuente: SATTler: EVALUACIÓN INFANTIL, 3ª./ED. Copyright 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

COMENTARIOS:

Anexo 4 Entrevista completa de la entrevista semiestructurada de Guevara, Ortega y Plancarte (2013) a la madre del alumno

Ana Ramos

①

Regularmente el niño lleva a la escuela el uniforme limpio. Sí No Por qué Siempre asiste limpio
El niño va a la escuela con dientes y manos aseados. Sí No Por qué Es hábito
Generalmente el niño va peinado. Sí No
Por qué Es hábito

F) ACTIVIDADES DEL NIÑO

El niño realiza alguna actividad. Cuál Juega, limpiar su cuarto, recoger
Describe el lugar donde el niño hace regularmente tal actividad lo mesa
(identifíquelo en el croquis de la vivienda).
El niño tiene una hora establecida para hacer la actividad.
Sí No A qué hora Al levantarse, su cuarto
Necesita ordenarle para que la inicie. Sí No
Qué hace el niño Se molesta Qué hace usted cuando no la
hace Lo obligo a hacerla
El niño completa la actividad. Sí No
Por qué causas Begano
Qué hace usted mientras el niño realiza la actividad _____
Otras actividades
Qué hace usted cuando el niño termina la actividad _____
Le digo "muy bien"
El niño cumple con tal actividad diariamente. Sí No
En caso de no cumplir diariamente, cuáles son las causas _____
Salimos de casa
El niño hace preguntas de lo que no entiende. Sí No
Qué hace usted generalmente Le explico
Existe alguna persona en particular, a quien el niño pregunta.
Sí No A quién Mamá

G) CUMPLIMIENTO DEL NIÑO

Qué actividad le gusta más al niño Jugar
Cuál le desagrada Leer
Cuál le cuesta más trabajo hacer Casi todos, se distrae fácilmente
El niño ha repetido algún grado escolar. Sí No
Por qué Es muy listo

Ana Ramos.

2

H) COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

I. ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

El niño se orienta visualmente cuando lo llaman por su nombre

El niño responde cuando se le llama Santi

Cómo lo hace Mande o ¿qué?

Mantiene el contacto visual cuando le habla o cuando él habla

Si

Qué es lo que hace Escucha o platica

Cuando recibe una orden se orienta hacia el lugar de donde ésta proviene. Si No

Qué es lo que hace Escucha y contesta

Ejecuta adecuadamente la orden Si

La realiza inmediatamente ^{en} ocasiones Cuál es la actitud de usted

Le repito la orden hasta que la realiza

El niño puede permanecer atento por lo menos 10 minutos en las siguientes actividades

Ver TV. Si No Cómo es su comportamiento

Si es de su interés está atento

Juego. Si No Cómo es su comportamiento

Mantiene buen seguimiento al juego

Circo. Si No Cómo es su comportamiento

No a visitado un circo

II. SENSIBILIDAD A CONSECUENCIAS

1) Qué hace usted cuando el niño no terminó una actividad

Lo regreso a terminarla

2) Utiliza el castigo. Si No

3) Qué tipo de castigo utiliza (verbal, físico) especifique En ocasiones físico, regularmente quitando actividades que son de su agrado (salir a jugar, videojuegos)

4) En qué situación lo utiliza Cuando no realiza obligaciones

5) Qué resultados ha obtenido al utilizar el castigo

Unos días se comporta, después es igual.

6) Utiliza premios. Si No Cuáles Helado, dulces, jugar videojuegos

7) En qué situaciones Cuando obedece o realiza satisfactoriamente sus tareas

Ana Ramos

3

IV. RESPETO DE REGLAS

1) En su hogar se establecieron reglas de convivencia (horario de acostarse, comer, hábitos de limpieza, ver televisión, hacer trabajos domésticos, levantar juguetes después de usarlos, tender su cama, etcétera). Sí No

2) Generalmente el niño respeta las reglas. Sí No

3) Cuáles son las que el niño no sigue, especifique _____

Reniega a todas _____

4) Qué hace usted cuando el niño no respeta una regla _____

Lo obligo a hacerla regañándolo _____

V. BERRINCHES

El niño se enoja cuando no se le proporciona lo que pide.

Sí No

Con qué frecuencia Siempre De qué forma lo hace _____

Llora, grita, avienta cosas, azota la puerta.

En qué situación ocurre Cuando se le niega jugar

Qué hace usted cuando ocurre A veces lo dejo llorar, a

Observaciones veces lo obligo a callarse, a veces lo pongo en cierto lugar sentado hasta que se calle.

VI. AGRESIÓN FÍSICA

El niño agrede a algún miembro de la familia u otras personas (gritos, groserías, señas, etcétera). Sí No

Cómo gritos y golpes

Especifique en qué situación lo hace Cuando no le agrada algo

Qué hace cuando esto ocurre Lo regaño, le digo que

Observaciones su reacción no es correcta

Ana Ramos

ANEXO 1: ENTREVISTA A PADRES 115

(4)

VII. IMITACIÓN

El niño imita con burla a algún familiar y otras personas (gritos, groserías, señas, etcétera). Si No Cómo Cuando se molesta hace caras y gritos.
Si esto ocurre, ocasiona algún problema en la situación familiar. Si No De qué tipo Pelea con hermanos

VIII. HIPERACTIVIDAD

El niño se mueve mucho sin causa aparente. Si No
Con qué frecuencia Todo el tiempo
De qué manera Salta, da vueltas, corre, se tira.
Ante qué situaciones usted observa que se presenta esta situación (personas, lugares, eventos, etcétera). Especifique Cuando no está ocupado con alguna actividad
Los movimientos excesivos del niño afectan a la persona que se encuentra cerca de él. Si No
De qué manera Rompe la paz en el hogar
Qué hace usted cuando esto ocurre "Estáte quieto" o lo pongo a hacer algo
Por qué piensa que esto ocurre Porque debe mantenerse en actividades

IX. MEMORIA

El niño recuerda generalmente lo que hizo el día anterior.
Si ^{En ocasiones} Cómo es su relato Pausado No recuerda todo
Cuál es su actitud cuando se le pregunta qué hizo el día anterior Trata de recordar (reuelve actividades de otros días)
El niño se acuerda del nombre de las personas que lo rodean.
Si No
Se acuerda del nombre de sus compañeros de la escuela.
Si No
Cuándo le enseña algo nuevo, requiere que se le repita varias veces. Si No
Qué hace usted _____
Cuándo se le pide al niño, recuerda lo que se le solicita.
Si No
Qué hace usted _____
El niño se acuerda de las especificaciones de la maestra cuando llega a su casa. Si No Muy bien
El niño comenta lo que sucedió durante el día. Si No

De manera espontánea o como respuesta a la pregunta

Espontánea, platica su día en la escuela

X. PROBLEMAS EMOCIONALES

El niño muestra reacciones de miedo ante alguna situación.

Sí No

alturas () lugares cerrados (✓) personas () animales ()
personajes de TV () lugares físicos () objetos inanimados () otros (✓)

Cómo se manifiestan los miedos.

sudor de las manos () reírse () acelerarse los latidos del corazón (✓) temblor () llanto () otros (✓)

Qué sucede después de que el niño ha tenido un acceso de miedo.

aislarse () tardar en dormirse (✓) deprimirse () hacer berrinches () ponerse eufórico () autoagredirse () dejar de comer () tomar líquidos () ponerse agresivo () otros ()

Qué hace la familia cuando esto sucede Se le explica que no hay razón de temer.

El niño es nervioso. Sí No

Ante qué situaciones _____

Cómo se manifiesta _____

Qué hace la familia cuando esto sucede _____

El niño dice mentiras. Sí No

Con qué frecuencia Regularmente

Cómo se dio cuenta Sentido común

Qué hace la familia cuando esto sucede Se le hace notar

El niño presenta fantasías frecuentes No

De qué son regularmente sus fantasías _____

Ante qué situaciones se dan _____

Qué hace la familia cuando esto sucede _____

El niño presenta problemas de afectividad, timidez, depresión, llanto sin causa aparente, u otros. Sí No

Cuál _____ Ante quién _____

Qué hace la familia cuando esto sucede _____

Si existe algún problema de los mencionados antes, a qué lo atribuye usted _____

Otro tipo de problemas que usted haya notado, especifique _____

6

J) OTRAS CONDUCTAS PROBLEMA

El niño presenta alguna conducta diferente a las anteriormente mencionadas (hurtar, pelearse, escaparse de la escuela, fumar, hacer chismes, negativismo.

Cómo se presentan No

Con qué frecuencia y ante qué situación —

Por qué cree que esto ocurra —

K) EXPECTATIVAS

- * Qué esperan ustedes del niño
- Ustedes piensan que necesita atención especial
- * Su comportamiento sea más apacible y tranquilo, obedezca y acepte las reglas de convivencia en casa.
- No, simplemente como mamá aprender a canalizar su inteligencia, energía y ritmo de actividad. Pienso que requiere más de mi atención.

Ana Ramos

(7)

Por qué causa _____ A qué edad _____
Qué resultado obtuvieron _____

E) Hábitos Alimenticios e Higiene

1) El niño recibió leche materna desde el nacimiento.
Sí No _____ Hasta qué edad 2 años
Por qué no _____

2) Recibió algún otro tipo de leche. Sí No _____
De qué tipo Nido Hasta qué edad 1 año

3) A partir de qué edad tomó alimentos complementarios 6 meses
Qué tipo de alimentos fueron frutas, verduras en papilla, cereales

4) Cuántas comidas hace el niño al día 3, en periodo escolar 4

5) Especifique el tipo de alimentos que consumió el día anterior y el HORARIO

Desayuno
Comida
Cena

El niño consume entre comidas otro tipo de alimentos.
Sí No _____ Cuáles Fruta

Existe algún tipo de alimento que el niño rechaza.
Sí No _____ Cuál Verduras, tocino,

El niño tiene algún tipo de problema en su alimentación.
Sí _____ No Especifique _____

Con qué frecuencia se baña el niño Diario

- | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|
| Desayuno 9:00 | Comida 4:00 | Merienda 21:00 |
| - Licuado
(Almendra, avena,
amaranto, plátano,
leche de soya) | - Sopa verduras | - Cereal con
leche |
| - Huevo c/salchicha | - Burritos de
picadillo | - Fruta |
| - Frijoles | - Agua de limón | |
| - Pan dulce | | |
| - Leche | | |

Anexo 5 Entrevista completa de la entrevista semiestructurada de Guevara, Ortega y Plancarte (2013) al padre del alumno

Ricardo Luna

ANEXO II ENTREVISTA A PADRES 109

Escuela

①

Regularmente el niño lleva a la escuela el uniforme limpio.

Sí No Por qué higiene

El niño va a la escuela con dientes y manos aseados.

Sí No Por qué higiene

Generalmente el niño va peinado. Sí No

Por qué imagen e higiene

F) ACTIVIDADES DEL NIÑO

El niño realiza alguna actividad. Cuál jugar, leer, hacer

Describe el lugar donde el niño hace regularmente tal actividad

(identifíquelo en el croquis de la vivienda) patio, sala comedor

El niño tiene una hora establecida para hacer la actividad.

Sí No A qué hora _____

Necesita ordenarle para que la inicie. Sí No

Qué hace el niño recuerdos ¿Qué hace usted cuando no la hace recordarle.

El niño completa la actividad. Sí No

Por qué causas por estar recordarle.

Qué hace usted mientras el niño realiza la actividad mis actividades

Qué hace usted cuando el niño termina la actividad _____

El niño cumple con tal actividad diariamente. Sí No

En caso de no cumplir diariamente, cuáles son las causas _____

El niño hace preguntas de lo que no entiende. Sí No

Qué hace usted generalmente ayudarle

Existe alguna persona en particular a quien el niño pregunta.

Sí No A quién madre

G) CUMPLIMIENTO DEL NIÑO

Qué actividad le gusta más al niño jugar

Cuál le desagrada leer

Cuál le cuesta más trabajo hacer terminar de escribir algo

El niño ha repetido algún grado escolar. Sí No

Por qué _____

Ricardo Luna

(2)

H) COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

I. ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

El niño se orienta visualmente cuando lo llaman por su nombre

El niño responde cuando se le llama Si

Cómo lo hace Verbalmente y visualmente

Mantiene el contacto visual cuando le habla o cuando él habla

Qué es lo que hace Si responde

Cuando recibe una orden se orienta hacia el lugar de donde ésta proviene. Sí No

Qué es lo que hace Voltea y contesta.

Ejecuta adecuadamente la orden Si

La realiza inmediatamente no siempre ¿Cuál es la actitud de usted pues si no lo hace me molesta.

El niño puede permanecer atento por lo menos 10 minutos en las siguientes actividades

Ver TV. Sí No Cómo es su comportamiento atento

Juego. Sí No Cómo es su comportamiento atento

Circo. Sí No Cómo es su comportamiento no a ido

II. SENSIBILIDAD A CONSECUENCIAS

1) Qué hace usted cuando el niño no terminó una actividad le digo que la termine.

2) Utiliza el castigo. Sí No

3) Qué tipo de castigo utiliza (verbal, físico) especifique verbal y físico.

4) En qué situación lo utiliza cuando le pido que se este quieto

5) Qué resultados ha obtenido al utilizar el castigo poco resultados positivo

6) Utiliza premios. Sí No Cuáles videojuegos

7) En qué situaciones cuando se porta bien

Ricardo Luna

③

IV. RESPETO DE REGLAS

1) En su hogar se establecieron reglas de convivencia (horario de acostarse, comer, hábitos de limpieza, ver televisión, hacer trabajos domésticos, levantar juguetes después de usarlos, tender su cama, etcétera). Sí No

2) Generalmente el niño respeta las reglas. Sí No

3) Cuáles son las que el niño no sigue, especifique

Respetar los horarios y lugares de juego

4) Qué hace usted cuando el niño no respeta una regla

le permito jugar

V. BERRINCHES

El niño se enoja cuando no se le proporciona lo que pide.

Sí No

Con qué frecuencia normalmente De qué forma lo hace llora y grita.

En qué situación ocurre cuando las cosas no son como el quiere

Qué hace usted cuando ocurre cuando las cosas no son como el quiere

Observaciones 901111

VI. AGRESIÓN FÍSICA

El niño agrede a algún miembro de la familia u otras personas (gritos, groserías, señas, etcétera). Sí No

Cómo pega y grita

Especifique en qué situación lo hace cuando lo mandan

Qué hace cuando esto ocurre poner orden

Observaciones 901111

Ricardo Luna

5

De manera espontánea o cómo respuesta a la pregunta

espiantada

X. PROBLEMAS EMOCIONALES

El niño muestra reacciones de miedo ante alguna situación.

Sí No

alturas () lugares cerrados () personas () animales ()
personajes de TV () lugares físicos () objetos inanima-
dos () otros () obscuras de noche

Cómo se manifiestan los miedos.

sudor de las manos () reírse () acelerarse los latidos del
corazón () temblor () llanto () otros () no dormir cuando

Qué sucede después de que el niño ha tenido un acceso de miedo.

aislarse () tardar en dormirse () deprimirse () hacer
berrinches () ponerse eufórico () autoagredirse () dejar de
comer () tomar líquidos () ponerse agresivo () otros ()

Qué hace la familia cuando esto sucede hablo con el

El niño es nervioso. Sí No

Ante qué situaciones _____

Cómo se manifiesta _____

Qué hace la familia cuando esto sucede _____

El niño dice mentiras. Sí No

Con qué frecuencia poco

Cómo se dio cuenta evidente

Qué hace la familia cuando esto sucede hable con el

El niño presenta fantasías frecuentes no

De qué son regularmente sus fantasías _____

Ante qué situaciones se dan _____

Qué hace la familia cuando esto sucede _____

El niño presenta problemas de afectividad, timidez, depresión,
llanto sin causa aparente, u otros. Sí No

Cuál _____ Ante quién _____

Qué hace la familia cuando esto sucede _____

Si existe algún problema de los mencionados antes, a qué lo
atribuye usted _____

Otro tipo de problemas que usted haya notado, especifique

Ricardo Luna

ANEXO I: ENTREVISTA A PADRES 117

6

J) OTRAS CONDUCTAS PROBLEMA

El niño presenta alguna conducta diferente a las anteriormente mencionadas (hurtar, pelearse, escaparse de la escuela, fumar, hacer chismes, negativismo.

Cómo se presentan _____

Con qué frecuencia y ante qué situación _____

Por qué cree que esto ocurra _____

K) EXPECTATIVAS

Qué esperan ustedes del niño

Ustedes piensan que necesita atención especial

1- Que el niño aprende a controlar sus emociones

2- No sepa, creo que necesita un poco más

Ricardo Lona

(7)

Por qué causa _____ A qué edad _____
 Qué resultado obtuvieron _____

E) HÁBITOS ALIMENTICIOS E HIGIENE

1) El niño recibió leche materna desde el nacimiento.
 Sí No _____ Hasta qué edad 24 meses
 Por qué no _____

2) Recibió algún otro tipo de leche. Sí No _____
 De qué tipo plavo Hasta qué edad 4 años

3) A partir de qué edad tomó alimentos complementarios comenzó
 Qué tipo de alimentos fueron papillas

4) Cuántas comidas hace el niño al día 3 días

5) Especifique el tipo de alimentos que consumió el día anterior y el HORARIO

Desayuno Avena, almendra, avoian leche soya
 Comida sopa, verdura, pollo, picadillo leche
 Cena leche leche

El niño consume entre comidas otro tipo de alimentos.
 Sí No _____ Cuáles Fruta

Existe algún tipo de alimento que el niño rechace.
 Sí No _____ Cuál alguna verdura

El niño tiene algún tipo de problema en su alimentación.
 Sí _____ No Especifique _____

Con qué frecuencia se baña el niño diario

leche, arroz, leche, Fruta.

Anexo 6

El alumno trabajando en una de las sesiones de la presente intervención educativa



Lo mejor del viernes
23 de octubre de 2020

