



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

LA RESPUESTA EDUCATIVA PARA DANIEL, ALUMNO DE SEGUNDO GRADO DE
NIVEL PRIMARIA CON DIAGNÓSTICO DE TDAH. ESTUDIO DE CASO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTAN
CASSANDRA SERVÍN ROMERO
DULCE ALEJANDRA SEVILLA MÉNDEZ

ASESORA
LIC. VIRGINIA ÁLVAREZ TENORIO

CIUDAD DE MÉXICO, agosto 2024



Ciudad de México, mayo 02 de 2024.

TURNO MATUTINO
F(02) S(13)

DESIGNACIÓN DE JURADO DE EXAMEN PROFESIONAL

La Coordinación del Área Académica Teoría Pedagógica y Formación Docente, tiene el agrado de comunicarle que a propuesta de la Comisión de Titulación ha sido designado **SINODAL** del Jurado del Examen Profesional de: **CASSANDRA SERVÍN ROMERO Y DULCE ALEJANDRA SEVILLA MENDEZ**, pasantes de esta Licenciatura, quienes presentan la **TESIS** titulada: **“LA RESPUESTA EDUCATIVA PARA DANIEL, ALUMNO DE SEGUNDO GRADO DE NIVEL PRIMARIA CON DIAGNÓSTICO DE TDAH. ESTUDIO DE CASO.”**, para obtener el título de Licenciada en Pedagogía.

Reciba un ejemplar de la misma para su revisión y **DICTAMINACIÓN**. Se le recuerda que con base en el Artículo 39 del Reglamento General de Titulación Profesional de Licenciatura, dispone de un plazo no mayor de 20 días hábiles, a partir de la fecha de recibido, para emitir el dictamen por escrito correspondiente.

JURADO	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Presidente (a)	ARTURO CRISTÓBAL ÁLVAREZ BALANDRA		
Secretaria (o)	VIRGINIA ÁLVAREZ TENORIO		
Vocal	FERNANDO OSNAYA ALARCÓN		
Suplente	ANGÉLICA DE GUADALUPE TERRAZAS DOMÍNGUEZ		

Atentamente
“EDUCAR PARA TRANSFORMAR”

EVA FRANCISCA RAUTENBERG Y PETERSEN
Coordinadora del Área Académica:
Teoría Pedagógica y Formación Docente
Programa Educativo: Licenciatura en Pedagogía

NOTA: Oficio revisado y aprobado por el Consejo de la Licenciatura en Pedagogía el 03/10/14 y por el Consejo Interno del Área Académica 5: Teoría Pedagógica y Formación Docente el 23/10/14 y entró en vigor el 05/11/14.

c.c.p.- Comisión de Titulación.

Alumnas.

IEH/SUP/ECO



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1.	
LA RESPUESTA EDUCATIVA A LA DIVERSIDAD DEL ALUMNADO	5
1.1. La Educación Especial	6
1.2. La Integración Educativa	16
1.3. La Educación Inclusiva	26
CAPÍTULO 2.	
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	38
2.1. Algunos avances sobre su estudio	41
2.2. Etiología	50
2.3. Diagnóstico	58
2.4. Tipos o predominio de síntomas y Comorbilidad	76
2.5. Tratamiento farmacológico	85
2.6. Tratamiento psicosocial	95
2.7. Estrategias para el manejo docente	102
CAPÍTULO 3.	
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL PROCESO DE INCLUSIÓN DE UN ALUMNO QUE PRESENTA TDAH: EL CASO DE DANIEL	109
3.1 El método del estudio de caso	110
3.2 Fases para realizar el estudio de caso de tipo descriptivo-interpretativo	112
3.2.1 Selección y definición del caso	113
3.2.2 Elaboración de una lista de preguntas	119
3.2.3 Localización de las fuentes de datos	120
3.2.4 Análisis e interpretación de los resultados	121
3.2.5 Informe final	152
CONCLUSIONES	158
REFERENCIAS	163
ANEXOS	172

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más grande agradecimiento a la Mtra. Virginia Álvarez Tenorio por su paciencia, orientación y apoyo en la elaboración de este proyecto ya que gracias a su valiosa guía pude obtener no solo conocimientos académicos sino también valores y principios éticos que son tan importantes en el ámbito profesional.

A mi mami que siempre estuvo a mi lado, lista para escuchar y ayudar en todo lo que necesitaba y aunque se fue antes de lo que me hubiera gustado, sé que está muy orgullosa de todo lo que he logrado.

A mi papá que junto a mi mamá me dio las bases necesarias para formar la persona que soy en la actualidad y motivarme a ser mejor día con día.

A mis hermanos por su cariño, apoyo y respaldo incondicional que me impulsan a seguir adelante ser y un buen ejemplo para ellos aun cuando ya crecieron, también por ayudarme a cuidar a Boni cuando no podía ponerle atención por estar trabajando en la tesis.

A mis mejores amigos Josma y Angie que siempre han estado a mi lado y me han escuchado cuando lo he necesitado.

Por ultimo no me queda más que agradecer a Citla, mil gracias por estar cuando más te he necesitado, por siempre creer en mí, por tu confianza y apoyo a pesar de todo.

Cassandra.

AGRADECIMIENTOS

Al creador del mundo, la ciencia y la sabiduría, gracias infinitas H por darme este título tan añorado, deseado y esperado, por estar a mi lado como poderoso gigante, por cumplirme una vez más mis sueños, a ti debo todo lo que soy. (Sal 71:5)

A mi padre, Papá en este título está el fruto de todas esas veces que salíamos con las estrellas en el cielo y regresábamos con ellas no cabe duda que solo el que tiene hijos entiende que el deber de un padre no acaba jamás.

Mamá gracias por no dejarme rendir en ningún momento, por ser mi apoyo y estar orgullosa de mí, por cuidarme tanto e impulsarme para no darme por vencida.

A mis hermanos, gracias por ser los mejores compañeros de niñez, con quienes estoy feliz de compartir la certeza de que, sin importar las dificultades podemos salir juntos adelante, los amo Sina y Sami.

A mis amigas Paola, Liz, Yareli, Yun, gracias siempre por todas las porras.

A la maestra Virginia por el apoyo y aprendizaje y a Cassandra por hacer equipo.

A mi amado Omar, tu llegaste cuando termine la licenciatura, pero recorriste este camino de titulación a mi lado desde el primer momento, gracias por impulsarme, inspirarme, confiar en mí, por tu amor que me hace tanto bien en la vida, que bendición es cumplir nuestros sueños juntos.

A Shadow esa gatita bella que me acompaño en esas noches de redacción.

Quisiera finalizar con lo siguiente, este trabajo este dedicado a mi abuelito Lucho quien fue sumamente feliz y se mostró muy orgulloso cuando este sueño comenzó y ahora duerme con sus padres, a mi abuelita Lupita que se fue de este mundo con la esperanza de que este día llegará, a mi abuelita Anchis gracias por confiar en mí, desearía con todo el corazón que estuviera aquí para decirle: "Abue gracias a D lo logré, cumplí mi promesa".

Alejandra.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad principal, explicar el caso de un alumno de 2º grado de nivel primaria, que presenta Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y que a través del método de estudio de caso se procedió al acopio, sistematicidad y análisis de la información, para comprender las diversas dificultades que en el orden neurológico, trastocan sus áreas cognitiva, psicológica y social, alterando su atención, exacerbando su actividad e impulsividad, mismas que no puede regular y que le llevan a múltiples problemas en su trabajo y convivencia escolar.

Presentar este estudio de caso como tesis para obtener el grado de licenciatura en Pedagogía, nos llevó a valiosas experiencias y reflexiones sobre el trabajo del pedagogo en la inclusión educativa de un alumno que presenta este trastorno y a los diversos obstáculos que a su vez enfrenta para su aprendizaje y participación en la escuela. Razones por las cuales decidimos realizar este esfuerzo académico y formativo que implicó sustentar el proyecto de investigación y llevarlo a cabo para concretar el presente trabajo, mismo que nos permitió realizar una autocrítica de nuestro trabajo docente, porque tuvimos al caso como alumno durante su trayecto escolar referido.

En el ámbito escolar se sabe por muchos docentes que el TDAH es un trastorno, pero lo que no se sabe con pleno conocimiento son los síntomas que implica, el impacto que tienen en el desarrollo de la persona, cómo interfieren en su funcionamiento cognitivo, emocional y social y la alta incidencia de comorbilidad, condición por demás compleja que en el caso de niños, niñas y adolescentes, frecuentemente están expuestos a la predisposición y rechazo de las personas por su comportamiento disruptivo, lo que en muchos de los casos sufren de la segregación y exclusión tanto en el contexto escolar como en el social.

Es importante que el personal directivo y docente de los centros escolares tengan en claro estos aspectos para considerar las dificultades y conocer las habilidades de los alumnos que presentan TDAH para ofrecerles un entorno educativo que favorezca su participación en las actividades escolares con las estrategias y apoyos idóneos para dar lograr cambios positivos tanto en sus relaciones sociales como en los aspectos cognitivos que les permitan la convivencia e intercambio de experiencias e ideas en el diario quehacer escolar.

Esta respuesta exige del trabajo en colaboración con los médicos especialistas que tratan a los alumnos, así como de otros profesionales de salud que se encargan del tratamiento psicosocial y asimismo de la participación de las familias, para que de manera conjunta puedan hacer propuestas de intervención integral con las que se atiendan las necesidades básicas de aprendizaje, los apoyos y recursos estratégicos, las técnicas terapéuticas para regular su ansiedad y frustración, así como brindarle un ambiente en el que se sientan realmente incluidos de la comunidad escolar y social, condiciones indispensables para el bienestar y base fundamental para que pueda hacer frente a muchos de los retos y problemas de la vida diaria.

Con base en lo expuesto, la presente tesis se estructuró en tres capítulos, en el primero, se explican los modelos educativos de la Educación Especial (EE), el modelo de la Integración Educativa (IE) y el modelo de la Educación Inclusiva (EI), algunos aspectos de su conformación, su concepción de alumno y los conceptos y principios en que se sustentó la práctica educativa en cada uno. Este primer capítulo brinda al lector el contexto pedagógico en el que actualmente se sustenta el modelo que la SEP que desde 2011 ha impulsado y a su vez ha oficializado para todas las escuelas públicas y privadas de los diferentes niveles educativos. La finalidad de este capítulo es explicar el cambio en las concepciones de los modelos educativos de los alumnos que presentan alguna discapacidad y cómo a partir de estas conformaciones culturales, sociales y educativas se ha tratado de dar respuesta a este sector que ha sido discriminado y segregado de la relación con pares que no

presentan esta condición, pero que en términos de lo humano, también son diferentes, aunque en algunos profesionales y escuelas, impera aún la concepción de la homogeneidad, procediendo con prácticas selectivas porque la discapacidad se sigue pensando como el déficit, como lo incompleto e insano, cuando la realidad nunca ha sido homogénea sino diversa y en este sentido las todas las personas somos diferentes tanto funcional como cognitiva y psicológicamente.

En el capítulo dos se abordan los aspectos del trastorno que presenta el caso y que refieren al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), como: Algunos avances de su estudio, Etiología, Diagnóstico, Tipos o predominio de síntomas y Comorbilidad, Tratamiento farmacológico, Tratamiento psicosocial y Estrategias para el manejo docente. La finalidad de estos apartados es ofrecerle al lector una panorámica de todo lo que implica este trastorno, es decir de su complejidad neurológica, fisiológica, orgánica, genética, psicológica y social y que exige de un diagnóstico lo más completo y certero posible, así como de la participación de varios profesionales del área de la salud para que una vez que se tenga el diagnóstico y tipo que presenta la persona, se pueda prescribir el tratamiento integral que comprenderá el esquema farmacológico o de medicación, la dosis y el periodo de ingesta, así como estipular la evaluación para determinar si se continúa o no con los medicamentos o se cambian éstos, el seguimiento y la participación de la familia y los docentes de la escuela para retroalimentar al equipo médico sobre el comportamiento y cambios de estado de ánimo del paciente, así como su participación para conocer el tratamiento psicosocial, que consistirá en saber aplicar diversas estrategias tanto cognitivas como conductuales para el manejo de la atención, hiperactividad, impulsividad, comorbilidad, regulación de la ira, frustración y emociones.

Toda esta proyección de lo que implica el diagnóstico y tratamiento médico, clínico y psicosocial, permitirá a través de la participación de todos los agentes referidos en ofrecer diversas herramientas para saber cómo tratar y ayudar al paciente en los momentos difíciles de su interacción social y realización de diversas tareas en su contexto familiar y escolar.

El capítulo tres comprende el fundamento metodológico del estudio de caso y el tipo de estudio por realizar y explicar al lector. Se presentan las cinco fases que comprende el procedimiento para dar a conocer cómo es que se seleccionó y definió el caso, la elaboración de una lista de preguntas, la localización de las fuentes de datos, el análisis e interpretación de los resultados y la elaboración del informe final.

La finalidad de estos apartados es presentar el procedimiento que se siguió para sustentar cada una de las fases que comprende la narración del caso, desde cómo se determinó hasta el momento en que se intervino educativamente, en cada uno de estos momentos se sustenta la posición tanto pedagógica como la relativa al diagnóstico, tratamiento farmacológico, respuesta de la escuela a la que asistía el caso, su proceder y las observaciones que nos permitimos señalarle al lector, con base en lo abordado por los especialistas que se trataron en los dos anteriores capítulos. La explicación del caso en el informe final es producto del proceso de acopio de información, realización de entrevistas y análisis de documentos médicos, clínicos y escolares, que en conjunto exigieron de nuestra comprensión para después presentar la construcción del caso. Es importante señalar que al explicar cada fase, se le indica al lector (véase anexo...) como evidencia de lo que sustentamos y que son expresión de lo que vivió Daniel y que lo constituye como alumno y como persona.

Finalmente se presentan las conclusiones, las referencias revisadas y los anexos que son diferentes documentos tanto de tipo médico como escolares y algunos instrumentos en los que se acopio la información de las entrevistas realizadas, así como algunos trabajos que muestran el avance de Daniel en la lecto-escritura y operaciones básicas de aritmética.

CAPÍTULO 1

LA RESPUESTA EDUCATIVA A LA DIVERSIDAD DEL ALUMNADO

La denominación del capítulo hace referencia a lo que actualmente es uno de los retos que enfrenta la institución escolar en todos sus niveles, aunque en el presente trabajo se hará referencia especial al nivel de educación básica y que implica tanto a los directivos y profesionales que laboran en las escuelas, como aquellos que plantean las políticas, determinan la organización del sistema educativo y norman las funciones, sin olvidar a las familias, los alumnos y a la sociedad en general.

Reto que se relaciona con la Inclusión Educativa o Educación Inclusiva (EI) y que algunos autores la establecen en el marco de la Educación para Todos, orientación pedagógica que persigue resolver de alguna manera, las problemáticas constantes que aquejan a las comunidades escolares como son: la desigualdad y exclusión, no reconocer la diversidad (física, sensorial, funcional y cognitiva) y por consiguiente no ofertar un servicio educativo de calidad que responda y corresponda a cada requerimiento y necesidades de aprendizaje, formación y habilitación en diversas áreas del desarrollo evolutivo de todos los alumnos.

Para explicar el significado y sentido de la Educación Inclusiva se tendrán que abordar las orientaciones educativas que le antecedieron, como la Educación Especial (EE) y la Integración Educativa (IE), que en términos de las concepciones y de algunas descripciones de sus contextos y momentos históricos, permitirán realizar una retrospectiva, que posibilite comprender por qué la desigualdad, la exclusión y el no reconocer la diversidad implican aún en el tiempo actual, un desafío educativo y social para muchas naciones, como nuestro país.

1.1. La Educación Especial

Es hasta mediados del siglo XIX cuando en Europa y en los Estados Unidos de Norteamérica se crean diversas instituciones asistenciales para las personas que

presentaban alguna discapacidad y deficiencias, considerándolas como enfermas y anormales. También en este periodo se fundan escuelas especiales para niños inadaptados y con retraso mental, en países como: París, Alemania, Inglaterra y Suiza de tal manera que en algunas de éstas, se seleccionaban y clasificaban a los alumnos mediante diagnósticos clínicos, práctica médico-pedagógica que llevó a que en los inicios del siglo XX se crearan aulas especiales, para quienes eran considerados como deficientes mentales en donde se les adiestraba y recibían atención médico-asistencial para que se adaptaran a la enseñanza general. En estos recintos, los médicos, psiquiatras, psicólogos y pedagogos trabajaban de manera conjunta para la aplicación de programas para mejorar comportamientos y reorientar su educación sensorial (Lledó, 2012: 31).

En algunas referencias sobre los orígenes de la EE se explica, que previo al periodo en que se conformó, la respuesta social hacia las personas impedidas y por lo tanto concebidas como diferentes, fue de segregación y exclusión, contribuyendo así a una cultura de la marginación que por desgracia aún prevalece. Al respecto, Vergara presenta varios periodos y en cada uno expone y describe cómo se pensaba a la discapacidad:

1. El disminuido en la Antigüedad. Periodo en que las minusvalías se pensaban de dos maneras: la primera era la demonológica o mítica, en la que se creía que eran producto del mal y para solucionar este problema, se tenían que realizar conjuros, hechicerías o abandonar a la persona e incluso aniquilarla, y la segunda, suponía que las deficiencias internas se debían al pecado o a la voluntad de los dioses (2002: 130-131).
2. La debilidad física y mental en la Edad Media. En este periodo las creencias y posturas se mezclaban, de tal manera que la Iglesia protegía a la infancia y castigaba a los padres que se atrevieran a cometer aborto, infanticidio o abandonaran al hijo; las órdenes religiosas como acto de caridad, brindaban asistencia a los pobres, desvalidos, enfermos, vagabundos e incapacitados

en asilos, casas hogar y hospitales que edificaron con la finalidad de recluirlas, haciendo patente el desprecio por las personas que presentaban enfermedades mentales, epilepsia, retraso mental e incluso algunas deformidades físicas, porque se creía que eran producto de la hechicería y del demonio, ya que no presentaban alguna mejoría con los medicamentos de la época (2002: 135-136).

3. Del Renacimiento a la Ilustración. Periodo en el que las minusvalías físicas, sociales y culturales, se trataban de atenuar e incluso eliminar a través de la asistencia e incipientes propuestas educativas para que el marginado pudiera lograr algún aprendizaje, concibiéndolo como fuerza dinámica de la sensación y experimentación que le permitiría mejorar sus posibilidades (2002: 139).
4. La Educación Contemporánea o el nacimiento de la Educación Especial. Comprendió el siglo XIX, periodo en el que grupos sociales tanto en Europa como en los Estados Unidos de Norteamérica, reclamaron que se brindara educación a las personas que presentaban deficiencias como la ceguera, sordera y retraso mental. Para los primeros años del nuevo siglo, la EE en muchos países se diferenció de la educación regular, considerándola como un subsistema escolar porque impartía educación individualizada a personas anormales y atípicas en instituciones con personal e infraestructura especializada (2002: 141).

En términos de interpretaciones compartidas o representaciones sociocognitivas sobre la discapacidad, Brogna señala que a lo largo de la historia de la humanidad se han construido visiones que han significado la particularidad biológica o de comportamiento visible según la organización y cultura del periodo. De esta manera describe seis visiones:

Visión de exterminio-aniquilamiento, que refiere a las sociedades primitivas en las que los humanos estaban agrupados en clanes nómadas que subsistían de la caza y recolección. Los fenómenos naturales los asociaban a fuerzas extrañas y en esta

forma de vida, la discapacidad era la particularidad biológica o de comportamiento visible que ponía en riesgo al grupo, por lo que la exclusión era inminente por parte de todo el grupo (2009: 175-176).

Visión sacralizada-mágica, cuando los grupos nómadas lograron la agricultura y dominaron el entorno adaptándolo a sus necesidades, su vida y la relación empezó a ser compleja por lo que se organizaron para construir asentamientos y defenderse de diversas amenazas. Participaron de un imaginario religioso con rituales y ceremonias, base para interpretar la realidad entre lo profano y lo sagrado y para considerar a las personas como puras o impuras. Bajo estas premisas quienes presentaban una particularidad orgánica o comportamiento diferente a lo establecido, se entendía como acción sobrenatural de los dioses o demonios, daño que sería una carga negativa y que les restaría de posibilidades, por lo que debían ser liberados o exorcizados (2009: 176-177).

Visión caritativo-represiva, en la que la influencia del cristianismo, significó a la discapacidad con tres elementos: la caridad, el castigo y el milagro. Las discapacidades, así como enfermedades, síntomas y comportamientos fueron objeto del conocimiento médico con una concepción científica o bien del exorcismo y castigo por parte de la Inquisición por considerar que eran posesiones demoniacas. La diferencia se definía con base en los atributos de la persona y la marca cultural era un cuerpo o mente deformes, imperfectos y con comportamientos indeseables, por lo que la gente pensaba que en términos de la caridad cristiana y para su salvación debían brindarles limosna. El tratamiento médico consistía en experimentar y recluirlos en espacios de encierro para corregirlos por considerarlos como seres infrahumanos. El milagro implicó la curación y exclusión (2009: 176-177).

Visión médico-reparadora, en la que el conocimiento, diagnóstico y tratamiento médico avanzó con las aportaciones del estudio de la anatomía, la genética, el psicoanálisis, la cirugía, los antibióticos y el diseño de prótesis y ortesis con el uso

de tecnología, lo que consolidó un modelo dominante en el que se conceptúa a la discapacidad como enfermedad y problema de la salud que se puede curar o reparar. El diagnóstico es la individualidad del déficit y la determinación orgánica de lo patológico, clasificándolo y ofreciéndole propuestas de reparación en las que también contribuyeron los métodos para su educación y rehabilitación (2009: 179-180).

Visión normalizadora-asistencialista, en la que la representación de lo normal/anormal concibe a la discapacidad como atributos físicos, pautas de conducta, formas de funcionamiento, códigos genéticos y estilos de vida, diferenciándola con base en el principio estadístico de la norma o promedio, que remite a lo que “debería ser” y a lo anormal como frontera. El avance científico de diversas disciplinas médicas y tecnológicas, han posibilitado modificar el grado de anormalidad en términos de desviación, de supremacía/inferioridad de atributos y de la persona como sujeto de asistencia y no de derecho (2009: 181-182).

Visión social, que refiere que los aportes teóricos de las dos últimas décadas del siglo pasado, fueron la base para conceptualizar a la discapacidad como una construcción social en la que las personas sufren hasta la fecha segregación, discriminación y opresión, al igual que otros grupos por su condición de raza, etnia o género. Las investigaciones se centran en las condiciones y circunstancias del contexto social, político y económico y no en la persona que presenta discapacidad, por lo que ésta se define de manera situacional, relacional e interactiva con los factores ambientales, actitudinales y culturales. La globalización, el acceso a internet y a los medios de comunicación y la expansión de la sociedad civil, llevan a movimientos sociales que demandan el derecho a la diferencia y a cuestionar la visión social de la normalidad, así como lo arbitrario de lo igual y diferente. Las normas internacionales reconocen y legitiman los derechos humanos universales y en lo diverso, la discapacidad es una posibilidad más de las formas que adquiere lo mismo y lo diferente (2009:183-184).

En la mayoría de los periodos y visiones presentadas se puede precisar que prevaleció la exclusión para los grupos de personas considerados como insanos, anormales o improductivos, presentando una condición de desventaja. Cuando al paso de los años y por demandas sociales se permitió su ingreso en la escuela, fue a un sistema dual y en paralelo con respuestas especiales. De esta manera se reconocía su derecho a la educación bajo políticas llamadas de la diferencia para los desfavorecidos socialmente, destinadas a las minorías étnicas, a la admisión de la mujer a la escuela pública, y a los catalogados como deficientes, separándolos por sexo. Estas acciones de selección y por tanto de exclusión se realizaban conforme a la jerarquía establecida por la sociedad, en la que a estos grupos se les pensaba como inferiores (Parrilla, 2002: 15-16).

En lo referente a la discapacidad física, psicológica y mental, así como a cualquier condición de la persona que se externara como diferente al prototipo establecido, implicaba lo diverso y como tal, en los periodos descritos se concebía como lo indeseable, problema o dificultad. En la antigüedad se le asoció con lo sobrenatural y con el avance del tiempo y del conocimiento que se adquiría en las acciones de asistencia, así como en la experimentación de la práctica médica en los primeros hospitales, llevaron a pensarla como problema porque se relacionaba con el mal funcionamiento del organismo; los tratamientos y descubrimientos realizados posteriormente, exigieron la confluencia del conocimiento de otras disciplinas como la psicología, antropología, sociología y pedagogía, que junto con la medicina, propiciaron un conocimiento cada vez más especializado, diversificando campos de investigación que para los inicios del siglo XIX surgió la necesidad de medir y evaluar las diferencias antropométricas, sensoriales y psicológicas de las personas consideradas como atípicas, refrendando así la conceptualización de la diversidad como la diferencia entre lo normal y lo anormal.

Concebir a la discapacidad y a las diferencias humanas como dificultad implica sólo pensarlas como déficit cuya causa remite a lo orgánico y por tanto no puede

considerarse a quien la presenta como un ser normal. Esta idea refiere al modelo o enfoque deficitario en el que se sustentó la EE por muchos años, porque se pensaba que la persona era la única causa de sus problemas orgánicos, cognitivos y de aprendizaje, por lo que primero se debía rehabilitar tanto médica como psicológicamente y después educar. En este modelo, la intervención de los especialistas se orientó de manera individual en las incapacidades o diferencias del alumno, que remitían al déficit o carencia y le colocaban en una condición escolar diferente (López, 1997: 13-14).

Como complemento de esta idea, Lledó explica que a finales del siglo XIX y principios del XX, la EE se desarrolló con los presupuestos teóricos y prácticos del modelo deficitario, justificando las dificultades que presentaban los alumnos con criterios biológicos y médicos, considerando que su comportamiento estaba por debajo de lo normal y dentro lo patológico, por lo que su funcionamiento orgánico y psicológico definían la respuesta educativa y su clasificación (2012: 40).

Sobre este modelo López agrega que es propio de la EE porque se centra en el individuo como única causa de sus problemas cognitivos y de aprendizaje, sin considerar algún factor o elemento del contexto, de esta manera el apoyo será de la medicina y la psicología, disciplinas que se orientaron a la rehabilitación porque se concebía que la persona carecía de capacidad alguna e iniciativa para proceder y decidir de tal manera que la intervención se orientó hacia la compensación de habilidades básicas (1997: 13-14).

Este modelo se define también como biomédico porque concibe que la etiología de la deficiencia es biológica, orgánica y fisiológica, presuponiendo que la persona que la presenta es incapaz de hacer y aprender, desestimando lo que realmente sabe y puede hacer; en este sentido es un modelo privativo-negativo y determinista porque no considera otros aspectos, ni tampoco el impacto que puede tener un ambiente favorecedor para el desarrollo del individuo. Otros de los presupuestos de este modelo son:

Pensar al déficit como enfermedad, que conlleva suponer que la persona que lo presenta no es apto, capaz y sano, por lo que el tratamiento se orientará a tratar de restituir la condición previa. La extensión de esta idea al ámbito educativo propició una práctica segregadora y homogeneizadora en lo que respecta a las técnicas para atender las insuficiencias, imperfecciones e inadaptaciones, procediendo a medir el cociente intelectual (CI) que refiere a la "...Proporción entre la inteligencia de un individuo, determinada de acuerdo con alguna medida mental, y la inteligencia normal o media para su edad" (Warren, 1984: 52). Esta medida arbitraria clasifica a los alumnos y determina cualquier posibilidad de logro y avance, propiciando que tanto los profesores como las familias proyecten bajas expectativas sobre su desarrollo y desempeño escolar. Cuando el ambiente educativo tanto en la escuela como en casa se torna desesperanzador y se niega toda posibilidad de logros y habilidades, resulta ser poco estimulante y favorecedor de la iniciativa y de los cambios tanto en las acciones, comportamientos e interacciones, propiciando que los alumnos y alumnas conformen un bajo concepto de sí mismos y una pobre autoestima que se expresarán en mayor dependencia y falta de autonomía.

La creencia sobre la validez de las pruebas psicométricas para evaluar a los alumnos y determinar el tipo de intervención que requieren, ha sido un elemento que reiteradamente segrega porque los diferencia y les ubica para programas educativos que se realizan en paralelo a la educación regular, imposibilitando su convivencia, relación e intercambio de experiencias y colaborar en el mismo espacio y entorno escolar, negándoles de esta manera las condiciones para que ejerzan su derecho a una educación inclusiva e igualitaria.

En lo que respecta a la enseñanza, se parte de la idea de considerarla únicamente como la transmisión de saberes, que sólo un experto o especialista en alguna discapacidad puede realizar. La práctica de este tipo de enseñanza especializada, supuestamente resuelve el problema de la diversidad del alumnado, cuyos programas se centrarán en compensar los déficits. De esta manera, el modelo

requiere de instituciones específicas y especializadas para realizar el tratamiento y terapia de rehabilitación de las deficiencias o carencias (Lledó, 2012: 40-41).

Frente al modelo deficitario, considerado como específico, privativo y compensador, está el educativo-competencial o de currículo único. Éste pretende que el alumno establezca una relación cognitiva con el currículo para desarrollar estrategias que le permitan disfrutar de la vida y resolver problemas del acontecer cotidiano. Estas posibilidades tendrán que construirse, por lo que las personas con *hándicap* o condición diferente o vulnerable deben participar activamente.

La práctica educativa especial ha tenido como fundamento "...un conjunto de conocimientos científicos e intervenciones educativas, psicológicas, sociales y médicas tendientes a optimar las potencialidades de los sujetos excepcionales" (Sánchez, 2001: 39), que ha permitido un cambio en la concepción de las diferencias y dificultades que presentan las personas, como posibilidades reales que hay que habilitar, considerando a su vez los pronunciamientos sociales sobre los derechos de las personas que presentan discapacidad o alguna condición de vulnerabilidad para recibir educación en las escuelas regulares, lo que ha beneficiado en muchos sentidos a las poblaciones escolares tanto en su relación como en el intercambio de experiencias. En el tránsito de estas prácticas educativas con sentido hacia la integración e inclusión, propiciaron que para los inicios del siglo actual, la EE se entendiera como el proceso de perfeccionamiento de la persona cuando sus características son diferentes y como el legítimo derecho para actualizar sus posibilidades (Vergara, 2002: 130).

Si bien se ha expuesto el modelo deficitario, concepción con la que por mucho tiempo se pensó a la diferencia y diversidad humana como carencia, problema, defecto o insuficiencia y por lo tanto como anormalidad, han existido otras maneras de pensarla, que bien pueden presentar coincidencias pero resultan importantes por su contexto histórico en la realización de este tipo de práctica educativa especial en

nuestro país, por lo que a continuación se indicarán los periodos que relata la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Dirección de Educación Especial (DEE):

- El primero lo denominan, *Los inicios o el viejo modelo asistencial para la atención de las personas “atípicas”, “deficientes mentales”, “sordomudos” y “ciegos”, (1870 a 1970)* y señalan que durante el periodo en que permaneció este modelo, sostuvo la idea que la discapacidad implicaba lo anormal y lo atípico, por lo que las personas que la presentaban debían ser atendidos en instituciones específicas, que en sus inicios fue la procuración de alimento, cuidados y albergue y posteriormente este servicio asistencial transitó a la práctica del modelo médico terapéutico (2010: 16).

- El segundo lo titulan, *Los años setenta o el modelo rehabilitatorio y el modelo médico-terapéutico para la atención de las personas con discapacidad y para la infancia con problemas de lenguaje y aprendizaje, (1970 a 1979)* e indican que durante estos diez años se realizaron pronunciamientos y eventos tanto a nivel internacional como nacional en defensa de los derechos de los impedidos y por la universalización de la educación básica. De manera particular se señala que con la creación de la Dirección General de Educación Especial (DGEE) se institucionalizó la EE en México (2010: 17).

- El tercero lo denominan: *Los años ochenta o el modelo psicogenético-pedagógico para la atención de las personas con requerimientos de educación especial, (1980 a 1989)*, periodo en el que refieren que la DGEE cambió del modelo psicopedagógico con orientación conductista para optar por el modelo psicogenético, en el que se establece que el aprendizaje se logra a través de la práctica, siempre y cuando se estructure un ambiente que motive al alumno o persona (2010: 144).

A manera de conclusión sobre este primer apartado, podemos señalar que al institucionalizar la EE se consolidó la conceptualización de los deficientes,

aludiendo a las personas que presentaban diferencias en sus condiciones biológicas, físicas y mentales y que les llevaba a manifestar comportamientos particulares y que este sector de la población desde tiempo atrás habían sido objeto de vejaciones, segregaciones y exclusiones, catalogándolas como carga, peligro y como infrahumanos o anormales.

El aporte del conocimiento de diversas disciplinas, en las que destacó la medicina para la conformación del *corpus* de la EE cuya base fue el déficit, presupuesto del mal funcionamiento orgánico y fisiológico del individuo que al no ser el óptimo, le propiciaría carencias y dificultades, premisa básica para crear diversas instituciones cuyos propósitos fueron: asistir, cuidar y proteger al enfermo, al deforme, al pobre y al minusválido; ocultarlo y recluirlo para proteger a la sociedad de tal expresión y posible contagio y estar en condiciones para avanzar en el conocimiento de las causas sobre tales deficiencias y experimentar tratamientos para su rehabilitación y recuperación, en espacios con infraestructura, recursos y personal especializado, restándole de la posibilidad de la interacción y participación educativa y social plena y normalizada.

1.2. La Integración Educativa

Se ha expuesto que durante muchos años se han llevado a la práctica diferentes modelos educativos para atender la diversidad de alumnos y de las necesidades que cada uno presenta. Ellos y ellas difieren en muchos otros aspectos por lo que en las instituciones educativas resultan significativas las diferencias que refieren a las habilidades, destrezas y capacidades, así como los estilos y ritmos de aprendizaje, intereses y motivaciones (Barrio de la Puente, 2009: 15).

Ante esta realidad la escuela no puede simplemente homogeneizar, debe reflexionar sobre quiénes son los diferentes, ya que toda persona lo es porque conforma su identidad con múltiples y diversos aspectos, así como en condiciones y contextos que la hacen única y compleja. En este sentido, se debe reconocer a la

diferencia como elemento de enriquecimiento tanto personal como grupal porque posibilita el intercambio de experiencias, conocimientos, interacción y aprendizajes, por lo que la discriminación y desigualdad no tienen cabida en esta relación formativa y social.

En el intento por cambiar la práctica de segregación en las escuelas y ofrecer oportunidades y condiciones para la incorporación de quienes se encontraban alejados de este derecho fundamental, se optó por la integración como modelo educativo. Éste se basa en la normalización de la vida de los alumnos con necesidades educativas especiales, a quienes se les brindan apoyos y recursos por parte de los profesionales de las escuelas. Como práctica educativa tuvo como propósito integrar al sistema educativo regular a grupos de la población que estaban excluidos de esta posibilidad, es decir niños y jóvenes que sobre todo presentaban alguna discapacidad fuera física, sensorial, psicológica o mental, así como alguna otra condición particular que les dificultara el aprendizaje y que algunos sólo tenían como posibilidad el acceso a la educación especial y no a la regular.

Debe señalarse que algunos autores como Lledó indican que a partir de la década de los años sesenta del siglo pasado, las prácticas educativas especiales fueron cuestionadas por la sociedad, reclamando que se ofrecieran las mismas oportunidades e igualdad en trato a las personas que presentaran algún déficit y se respetaran sus derechos (2012: 62-63).

Sobre este mismo periodo, Scheerenberger apunta que los métodos y programas de las instituciones de EE presentaron tres tendencias: la conservadora que formaba hábitos en los alumnos a través de la imitación y de esta manera accedieran a la vida social; la progresista, que utilizaba estrategias para orientar a los alumnos en la interacción y en la realización de actividades, desarrollando su independencia y participación en aprendizajes, y la no segregadora que participaba de la incorporación de estos alumnos en las aulas ordinarias (*apud.*, Lledó, 2012: 62).

Frente a la marginación constante que enfrentaban las personas consideradas como atípicas, surgen y cobran fuerza las ideas de la normalización e integración para reorientar el desarrollo de la EE en un sistema educativo general, en el que la colaboración de los profesionales atendiera las necesidades educativas particulares de los alumnos en las escuelas ordinarias, sin segregar. Estas ideas constituyeron los principios de la normalización e integración, bases para el modelo de la Integración Educativa (IE).

Consultando referencias especializadas sobre la normalización, coinciden en señalar que este principio tuvo su origen en Dinamarca y Suecia, en donde la sociedad se pronunció ante las situaciones de marginación y segregación que padecían las personas consideradas como deficientes. De manera concreta, Mikkelsen en Dinamarca denunció la vida tan infame que tenían las personas con deficiencia mental y que estaban reclusas en alguna institución, reclamando que esta situación debía cambiar, procurándoles similitud de condiciones como el resto de la población. Para él este principio sería el objetivo a conseguir por medio de la práctica de la Integración Escolar. En 1959 el principio de la Normalización se incorporó a la legislación especial para deficientes en Dinamarca y en 1968 se retomó en Jerusalén por la Liga Internacional de Asociaciones en pro de la Deficiencia Mental para la Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental (Lledó, 2012: 69).

Nirje como director ejecutivo de la Asociación Sueca para Niños Deficientes, en 1960 partió de la definición de Mikkelsen y propuso la propia refiriéndola como la Normalización de las condiciones de vida, indicando que consistía en “...*poner al alcance de los retrasados mentales unos modos y condiciones de vida diarios lo más parecidos posible a las formas y condiciones de vida del resto de la sociedad*” (Lledó, 2012: 69).

Posteriormente Wolfensberger en 1972 expuso su caracterización sobre la Normalización en Canadá y después la introdujo en Estados Unidos de Norteamérica, refiriéndola como “...*el uso de los medios más normalizados posibles desde el punto de vista cultural en orden al establecimiento o mantenimiento de comportamientos y características personales que sean lo más normativas posibles*” (Lledó, 2012: 71).

Estas tres posturas sobre el principio de la Normalización contribuyeron para que la sociedad reflexionara, se sensibilizara y aceptara ofrecer situaciones de igualdad en todas las actividades de la vida a las personas con alguna discapacidad.

La sociedad retomó el principio de la Normalización porque era indiscutible:

- a) La creencia que toda persona tiene de la capacidad de aprender y enriquecerse en su proceso de desarrollo independientemente de su edad, tipo o grado de deficiencia.
- b) El hecho de ser persona otorga a todos los mismos derechos humanos y legales, al margen de edad, raza, nivel socioeconómico, características personales, etc.
- c) El término Normalización no es sinónimo de normalidad. El término normalidad es de naturaleza subjetiva, ya que depende de la época, la cultura, el estatus social, etc. Mientras que Normalización admite un proceso de aceptación del otro, independientemente de sus características personales, por parte del contexto (social, cultural y escolar) y ofrece los medios necesarios para que todas las personas puedan desarrollar al máximo sus potencialidades (Illán y Arnaiz, *apud.*, Lledó, 2012: 73).

El principio de Integración se relaciona con el derecho que tiene cualquier persona de participar en todas las actividades sociales, independientemente de su condición particular, por lo que integrar no es segregar, sino respetar y reconocer el derecho de ser diferente y posibilitar la participación plena en las actividades de una comunidad.

Considerando el estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de 1994, Porrás delimitó tres enfoques de integración en función de los objetivos:

- a) Asimilación. Se parte del supuesto de negar o eliminar la existencia de diferencias. Una vez que el sujeto es normalizado se produciría la integración.
- b) Acomodación. No se trata de reducir o eliminar las diferencias, sino de aceptar su existencia. Se pretende enfatizar el derecho a ser diferente.
- c) Adaptación. Se trata de reconocer la diferencia y aceptar su incorporación al grupo. Este enfoque se reconcilia, en el proceso de integración, tanto la perspectiva de la asimilación como de la acomodación (*apud.*, Lledó, 2012: 80).

En cuanto a las características que definen el proceso de integración escolar, se pueden señalar:

- Es un proceso dinámico, flexible y cambiante.
- Posibilita que se compartan los mismos valores y derechos básicos.
- Se identifica con un tipo de escuela que debe proveer servicios educativos y emplazamientos menos especiales y disponer de una estructura física que ubique al alumnado integrado ella.
- Es la unión de la educación ordinaria y la educación especial y, por tanto, la consiguiente incorporación de los niños con discapacidades al sistema educativo ordinario.
- Reconoce un *continuum* de diferencias individuales: ruptura con la dicotomía tradicional entre alumnos normales y especiales y la aparición de un nuevo lenguaje heterogéneo.
- Supone compartir espacios comunes en el proceso de aprender: el centro y aula ordinaria.
- Requiere un cambio organizativo e instruccional acorde a las características y necesidades del alumnado.
- Implica el funcionamiento coordinado de los servicios educativos que forman parte del sistema escolar: asimismo, conlleva una estrecha colaboración entre el personal especializado y el regular (Lledó, 2009: 80-81).

Resulta importante apuntar que la IE se estableció como modelo educativo en la *Declaración de Salamanca de Principios, Políticas y Prácticas para las Necesidades Educativas Especiales y un Marco de Acción*, que tuvo lugar en la Reunión de Salamanca, España en 1994 organizada por el Gobierno Español y la UNESCO, a la que asistieron 92 países y 25 Organizaciones Internacionales con el objetivo de promover y fortalecer el compromiso de la Educación para Todos, impulsando a la IE como estrategia para garantizar el derecho de niños y jóvenes de recibir enseñanza en el sistema regular, independientemente de sus diferencias particulares (SEP-DEE, 2010: 175).

La inscripción de la IE en la Educación para Todos, fue porque se consideró a nivel internacional, que la educación sería un factor para el desarrollo humano, garantizando el acceso de todos a una educación de calidad, eliminando la desigualdad y la discriminación (SEP-DEE, 2010: 174).

Otros eventos que se realizaron a nivel internacional en relación con la IE fueron:

- *La Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social*, celebrada en Copenhague en 1995, en la que se estableció a la equidad educativa como condición necesaria para asegurar la integración social y educativa de la población que presentaba discapacidad.
- *El Informe de la Comisión Internacional sobre Educación para el siglo XXI* para la UNESCO, publicado en 1996 y cuyo aporte para la política educativa fueron los cuatro pilares de la educación: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser.
- *La Carta de Luxemburgo* de 1997, producto del Programa Helios Educación en la que se exponen buenas prácticas sobre los valores y filosofías del proceso de integración (SEP-DEE, 2010: 178).

Muchos de los países participantes en estos eventos, procedieron a realizar cambios e incluso reformas en sus sistemas educativos, retomando el modelo de la IE. Nuestro país fue uno de ellos y algunas de acciones emprendidas en el sexenio presidencial de Carlos Salinas de Gortari de 1989-1994 fueron las siguientes:

En 1992 realizó el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (ANMEB) entre el Gobierno Federal, los Gobiernos de los Estados de la República y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) para llevar a cabo la Reforma Educativa y para la que se propusieron las estrategias de “Reorganización del sistema educativo; Reformulación de contenidos y materiales educativos y Revaloración de la función magisterial” (SEP-DEE, 2010: 180).

En 1993 se publicó la reforma al artículo tercero de la Constitución en donde se decretó que la Educación Secundaria sería obligatoria, ampliándose la Educación Básica a 9 años. En junio del mismo año se presentó la iniciativa de la Ley General de Educación en la que se estableció que las personas con discapacidad y aptitudes

sobresalientes, recibirían educación conforme al modelo de la IE, en el marco de la reorganización del Sistema Educativo Nacional y para el 13 de julio, una vez aprobada esta ley se publicó en el Diario Oficial de la Federación (SEP-DEE, 2010: 183).

En 1994 como parte de la reorganización señalada, la DGEE cambió su denominación a Dirección de Educación Especial (DEE) dependiendo de la Dirección General de Operación de Servicios Educativos, de la Administración Federal de Servicios Educativos en el D.F., para organizar, planear y evaluar a los servicios escolarizados y de apoyo de educación básica, así como la formación y capacitación para el trabajo (SEP-DEE, 2010: 192).

En 1995 se presentó el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, con el objetivo de promover su integración social, el ejercicio de sus derechos, así como la igualdad de oportunidades y equidad en el acceso a los servicios de salud y educación, empleo, capacitación, cultura, recreación y deporte (SEP-DEE, 2010: 185).

Para el siguiente sexenio presidido por Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000) las acciones se dirigieron a garantizar la integración educativa y social de la población infantil que presentara alguna discapacidad a través del: Programa Nacional a favor de la Infancia 1995-2000 cuyos propósitos fueron la equidad, calidad y pertinencia de la educación; Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 en el que se planteó a la formación básica como medio para lograr el desarrollo personal y productivo y el Programa de Adecuaciones Arquitectónicas en las escuelas regulares, para eliminar las barreras físicas y asegurar el acceso de todos los alumnos (SEP-DEE, 2010: 185).

El modelo de la IE en nuestro país se definió como “...el acceso al que tienen derecho todos los menores al currículo básico y a la satisfacción de las necesidades básicas del aprendizaje” (SEP-DEE, 2010: 186) y para posibilitar este derecho hubo

que llevar a cabo: la reestructuración del sistema educativo, reformular los contenidos y materiales educativos, elaborar nuevos planes y programas de estudio, asumir la relevancia de calidad educativa para la formación de los alumnos, garantizar la cobertura del servicio con eficiencia y equidad y reconocer la diversidad (SEP-DEE, 2010: 195).

Los principios en que se sustentó este modelo fueron: la normalización, que se expresó en el derecho de los alumnos que presentaban alguna discapacidad de acceder a ámbitos y servicios sin tener que enfrentar algún impedimento y llevar una vida y formación escolar lo más normal posible; la integración, que refería a ser aceptados e incorporados en actividades educativas y sociales con respeto y no ser discriminados o segregados: la sectorización de la educación, que se orientó en facilitar su ingreso y permanencia en la escuela más cercana a su domicilio; la individualización de la enseñanza, que significó atender sus NEE, diversificar las estrategias educativas y respetar los estilos y ritmos de aprendizaje (SEP-DEE, 2010: 198).

En lo que respecta a la diversidad, el personal directivo y docente de las escuelas regulares, así como el de los servicios de apoyo, debían estar en actitud de apertura para reconocer la diversidad y en aptitud para planear en conjunto una enseñanza acorde a las NEE de los alumnos; en este sentido estas necesidades serían un eje fundamental para la integración, entendiéndolas como las dificultades que cualquier alumno podría presentar para aprender los contenidos del currículo, requiriendo de apoyos y recursos específicos, de tal manera que podrían ser: relativas, es decir serían aquellas que requirieran del uso de algún material con el que contara la escuela; interactivas, que estarían en relación con el entorno y ambiente escolar y temporales o permanentes, que dependerían del tipo de dificultad detectada y del tiempo estimado en requerir el tipo de recurso y técnicas para apoyar su proceso de integración escolar (SEP-DEE, 2010: 198).

La reestructuración del Sistema Educativo Nacional para operar el modelo de la IE exigió reorientar los servicios educativos de EE y en 1994 los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC) pasaron a ser las Unidades de Orientación al Público (UOP); las Unidades de Grupos Integrados A y B, los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE), los Centros Psicopedagógicos (CPP) y las Unidades de Atención a Capacidades Sobresalientes, conformaron las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER); y los Centros de Intervención Temprana, las Escuelas de Educación Especial y los Centros de Capacitación de Educación Especial (CECADEE) constituyeron los Centros de Atención Múltiple (CAM básico y CAM laboral).

Las UOP se instalaron en las Coordinaciones Regionales y su función fue sugerir el tipo de servicio que las personas requerían para hacer posible su integración educativa. En el caso de las USAER, cada una de ellas trabajaría en cinco escuelas regulares, atendiendo a los alumnos que presentaran NEE, apoyarían a los docentes y orientarían a los padres de familia. En cada escuela, se acondicionaría un espacio para el aula de apoyo, que funcionaría como centro de recursos humanos, materiales y metodológicos de la EE. Esta unidad estaría conformada por: un director, maestros de apoyo (dos profesionales de EE), equipo de apoyo técnico (un profesional de la psicología, un maestro de lenguaje; algún otro especialista en relación a las NEE detectadas un profesional de trabajo social) y una secretaria (SEP-DEE: 2010: 203). En relación con los CAM, impartirían educación básica a alumnos que presentarán discapacidad múltiple y en el caso de jóvenes se les capacitaría en algún oficio. El personal que conformaba estos centros era: el director, el auxiliar técnico, una secretaria, personal administrativo, el equipo interdisciplinario, constituido por los maestros de grupo, de taller y de grupo complementario y el equipo de apoyo que estaría formado por un psicólogo, maestro de lenguaje, trabajador social y algún otro profesional que se requiriera para atender a los alumnos con ciertas discapacidades (SEP-DEE, 2010: 207).

A pesar de haber realizado cambios en la estructura del sistema educativo, capacitado a los docentes tanto de las escuelas regulares como de EE y llevar a cabo programas y actividades diversas para sensibilizar a la sociedad sobre el respeto a los derechos de las personas con discapacidad, los resultados de la IE no fueron los esperados para abatir la discriminación, la segregación y la desigualdad, posicionamiento que compartieron algunos otros países, por lo que se estimó que el modelo se orientaba únicamente a quienes previamente habían sido excluidos, intentando sólo adaptarlos a la vida de la escuela, por lo que la crítica fue hacia la acción de compensación y no en términos de garantizar la plena participación de todos los alumnos en las actividades escolares, la colaboración e intercambio de experiencias y la creación de comunidades de aprendizaje que se enriquecieran de la diversidad.

A manera de conclusión sobre este apartado, resulta pertinente lo que Barrio de la Puente señala:

En los modelos y en las prácticas educativas desarrolladas para avanzar en [...] la equidad en las escuelas y en las políticas de integración [...] así como para conseguir una sociedad más justa, han sido más bien “buenas intenciones” que aciertos y estamos aún un poco lejos para sentir con satisfacción los logros alcanzados (2009: 28).

Las buenas intenciones no bastan, es necesario el compromiso ético y profesional y la plena consciencia de reconocer que el trabajo de formación en la escuela exige tanto esfuerzos físicos como de preparación suficiente y actualización constante para brindar propuestas de enseñanza que correspondan a las necesidades de aprendizaje de cada uno de los alumnos y para lograrlo será necesario conocer tanto sus habilidades y capacidades, así como sus dificultades y sus posibilidades de desarrollo tanto físico, social y cognitivo que permitan tener la suficiente información y comprensión para proponer de qué manera intervenir y programar los contenidos, la manera para enseñarlos, las actividades para aplicarlos y los apoyos y recursos necesarios para posibilitar el intercambio de experiencias y aprendizajes y la convivencia y participación en todo acto y acción formativa y escolar. Este trabajo debe ser

compartido con las familias, parte importante para lograr avances significativos de todos los alumnos en sus diferentes contextos de convivencia e interacción social, porque la suma de esfuerzos será la base para desarrollar una educación igualitaria, equitativa e inclusiva.

1.3. La Educación Inclusiva

A partir del nuevo siglo se hizo un balance de los resultados logrados con los modelos educativos propuestos para lograr un cambio profundo en las sociedades del mundo y en diferentes zonas geográficas se estimó que aún persistían las desigualdades y los procesos de exclusión, condiciones que no permitían ejercer el derecho a la educación.

Ante tal problemática se propuso la Inclusión cuyo objetivo es:

...eliminar las diversas formas de opresión que existen en la sociedad para conseguir que el sistema educativo asuma los principios de no discriminación, de igualdad y participación. No tendremos una sociedad justa y equitativa mientras tengamos ciertos grupos o colectivos que están siendo objeto de exclusión (*Arnaiz apud.*, Lledó, 2012: 174).

Considerando este señalamiento, la inclusión educativa o educación inclusiva (EI) es un posicionamiento a favor de los derechos humanos y de oposición a cualquier acto de discriminación y segregación de los alumnos por su condición social, de género, cultural, lingüística, física, psicológica o por presentar alguna discapacidad.

Para prevenir la desigualdad, la inclusión como modelo educativo debe aceptar las diferencias, por lo que la UNESCO plantea que la educación no debe ser un instrumento de exclusión, sino un factor de cohesión social que puede transformar a la diversidad en un valor positivo que posibilite el diálogo, el encuentro y la participación de las personas (*apud.*, Lledó, 2012: 174).

Puigdemívol comparte el sentido positivo y enriquecedor de la diversidad en la convivencia y participación de las personas en lo social y educativo, por lo que plantea:

1. Que en la sociedad del siglo XXI no se pueden aceptar situaciones de discriminación y segregación por razones de diversidad, ya sea cultural, lingüística, religiosa, ideológica o social.
2. Que nuestros alumnos y nuestras alumnas necesitan formarse en la convivencia y en la tolerancia. Para ello la diversidad puede constituir un excelente instrumento para comprender al otro y desarrollar un espíritu crítico.
3. Que asumir la diversidad como un valor educativo nos va a permitir utilizar unos procedimientos de enseñanza que no serían viables en contextos altamente homogeneizadores (*apud.*, Lledó, 2012: 175).

Valorar las diferencias es hablar de inclusión y por lo tanto de justicia para afrontar los desequilibrios, de tal manera que en las escuelas será necesario que tanto los directivos como los profesores actúen con compromiso moral para orientar las acciones formativas hacia la equidad, "...entendiéndola no sólo como igualdad de oportunidades sino como igualdad de desarrollo de las competencias cognitivas y culturales, [...] como oportunidades equivalentes [es decir cada alumno] debe recibir en función de lo que necesita y no recibir [todos] lo mismo" (López, 2011: 39).

La inclusión educativa es un proceso que exige respeto, participación y convivencia para aprender a vivir con las diferencias.

En referencias especializadas sobre la EI se pueden encontrar diversas definiciones, mismas que varían según sea quien procede a conceptualarla, el momento en que lo hace, así como la experiencia y el contexto; por lo que resulta interesante presentar el análisis que Dyson realizó sobre cómo distintos países han caracterizado esta acepción, indicando las siguientes:

1. *La inclusión vista como colocación.* [...] perspectiva que, aunque reconoce el derecho a la educación de las personas con discapacidad, su máxima preocupación ha sido únicamente el emplazamiento del alumnado y no el tipo de educación que reciba.
2. *La inclusión vista como una educación para todos.* Esta forma de entender la inclusión es el planteamiento propuesto por la UNESCO en la Declaración de Salamanca en 1994, en la que por primera vez se adopta el término de Educación

Inclusiva. Se abre [...] una nueva etapa para los sistemas educativos, [que deben] desarrollar programas de enseñanza para toda la diversidad del alumnado a través de escuelas inclusivas [...] capaces de educar a todos los niños; [...] se convierten estas [sic] en una estrategia esencial para que los grupos excluidos tengan acceso a la escolaridad.

3. *La inclusión vista como participación.* [Desde la conceptualización] de Booth y Ainscow [...] se quiere avanzar [...] hacia la verdadera participación de los niños y las niñas en las escuelas inclusivas, consideradas como auténticas comunidades de acogida, requiriendo [...] reestructurar con profundidad las escuelas. Se parte de una visión plural de la sociedad en la que [la] diversidad estaría contemplada y atendida en la escuela. A través de una educación basada en la igualdad y en la inclusión, [...] Se opone [...] a la desigualdad y, por consiguiente, a la exclusión.
4. *La inclusión vista como inclusión social.* [...] El verdadero significado de la inclusión [es la] inclusión social [cuando] los alumnos y las alumnas hayan adquirido [...] las aptitudes necesarias para que puedan participar en la sociedad y en el mundo laboral. [...] debemos avanzar no solo en el contexto educativo sino [...] por una sociedad cada vez más justa e igualitaria (*apud.*, Lledó, 2012: 182-183).

Estas maneras de caracterizar a la inclusión refieren a sus preceptos que son: el reconocer el derecho de las personas a la educación y por lo tanto a una enseñanza que considere la diversidad tanto cognitiva, social y cultural, orientada a la participación de todos los alumnos y alumnas de manera igualitaria en las actividades tanto escolares como sociales.

Sobre los elementos que definen a la EI, Booth y Ainscow señalan que es *un proceso* que implica formas de responder a la diversidad y las escuelas tendrán que conseguir que todos sus miembros se sientan aceptados y se integren progresivamente: *es la idea de la participación*, por lo que la escuela deberá cambiar su organización y el currículo para lograr que todos sus alumnos convivan y colaboren, siendo importante identificar y minimizar las barreras que la impidan, porque éstas pueden discapacitar e impedir el desarrollo personal en algunas personas; *la preocupación por los individuos y grupos en riesgo de la exclusión*, que es fundamental evitar que las instituciones educativas segreguen y marginen a individuos o a grupos de la dinámica escolar; *la modificación de culturas*, que implica cambios progresivos en los modos de pensar la diversidad, las normativas, gestión y rutinas de la escuela, así como las prácticas cotidianas en el aula, a través del intercambio de experiencias, ideas, conocimientos y recursos entre profesionales, alumnos, escuela e instituciones; y *las relaciones entre escuela y sociedad*, en

donde la apertura del centro educativo para el intercambio recíproco con la comunidad en lo referente a información y recursos, posibilitará una sociedad inclusiva (*apud.*, Barrio de la Puente, 2009: 19-21).

Es innegable que se tienen que realizar cambios profundos tanto en las instituciones educativas como en la sociedad, pero deben ser progresivos y seguros para lograr que las predisposiciones y supuestos en las personas, cambien hacia aspectos positivos que verdaderamente lleven a convicciones y por lo tanto a acciones en favor del respeto, la convivencia y el diálogo para resolver problemas. En este sentido el énfasis de la EI por lograr en primer lugar cambios en la interacción e intercambio diario de experiencias y propuestas para una mejor participación de todos en las actividades escolares, logrará cambios que trasciendan el espacio escolar y posibiliten a su vez los correspondientes tanto en las familias como en la comunidad, porque de esta manera se estará trabajando a favor de una cultura inclusiva.

En términos de las acciones para tal propósito, Fraser y Honneth plantean que el compromiso ético contra las injusticias de redistribución y reconocimiento es el discurso de la nueva cultura de la EI, por lo que es prioritario saber cuáles son las barreras u obstáculos que impiden el respeto, la participación, la convivencia y el aprendizaje de niños y niñas en las aulas (*apud.*, López, 2011: 42). Éstas pueden ser:

- a) Barreras Políticas: *Leyes y normativas contradictorias.*
- b) Barreras Culturales: *La permanente actitud de clasificar y establecer normas discriminatorias entre el alumnado (etiquetaje).*
- c) Barreras Didácticas: *Procesos de enseñanza-aprendizaje.*
 - Primera:** *La competitividad en las aulas frente al trabajo cooperativo y solidario.*
 - Segunda:** *El currículum estructurado en disciplinas y en el libro de texto, no basado en un aprendizaje para resolver situaciones problemáticas. Ruptura con las adaptaciones curriculares.*
 - Tercera:** *La organización espacio-temporal: lo que quiere la escuela sin exclusiones es una organización de acuerdo a la actividad a realizar. Una organización ad-hoc.*
 - Cuarta:** *La necesaria re-profesionalización del profesorado para la comprensión de la diversidad. Del profesor como técnico-racional al profesor como investigador.*
 - Quinta:** *La escuela pública y el aprender participando entre familias y profesorado. De las escuelas antidemocráticas a las escuelas democráticas (López, 2011: 42-47).*

Los tipos de barreras enunciadas son algunos de los diferentes obstáculos que en las escuelas pueden enfrentar tanto los docentes como los propios alumnos, impedimentos, dificultades y frenos que interfieren para lograr la inclusión educativa, de tal manera que es importante analizar cómo y en qué condiciones se presentan, para establecer las estrategias que las minimicen y erradiquen, posibilitando así mejores condiciones tanto ambientales como personales para que todos los alumnos participen, convivan y aprendan e intercambien experiencias en las actividades y dinámicas escolares inclusivas y el profesorado pueda también hacer consciencia de la necesidad de realizar cambios positivos en su enseñanza para transformarla en buena práctica formativa que posibilite aceptar y dar respuesta a la diversidad.

Para diseñar estrategias y metodologías inclusivas, se sugieren considerar los siguientes:

- a) *Partir de las prácticas y conocimientos previos.* [...] el objetivo principal deberá ir encaminado a hacer un mejor uso de la capacidad y la creatividad presentes [por lo que será] necesario que el profesorado colabore en el desarrollo de mecanismos para analizar sus propias prácticas educativas y promover una interacción más dinámica entre el alumnado y el profesorado.
- b) *Consideración de las diferencias como oportunidades de aprendizaje.* Al modificar las estructuras existentes en la escuela se requiere un proceso [...] del profesorado para responder a las diferentes formas de retroalimentación expresadas por el alumnado.
- c) *Evaluación de las barreras a la participación.* Al analizar las diferentes formas de trabajar con el alumnado se puede investigar si ciertos aspectos de las prácticas educativas pueden ser, en sí mismas, barreras a la participación.
- d) *El uso de los recursos disponibles en apoyo del aprendizaje.* [...] Una mejor cooperación entre el alumnado, el profesorado y los demás miembros de la comunidad educativa puede contribuir al desarrollo de una educación más inclusiva contribuyendo a mejorar las condiciones de aprendizaje en la escuela.
- e) *Desarrollo de un lenguaje de práctica.* [...] Con el intercambio de técnicas, estrategias y metodologías del profesorado de un centro educativo, se podría conseguir un mayor avance en el desarrollo de prácticas educativas más idóneas para el alumnado.
- f) *Crear condiciones que animen a correr riesgos.* [...] se debe potenciar un clima de trabajo que ofrezca apoyo a tal riesgo. Así la administración del cambio es un factor central en la creación de condiciones que fomenten el desarrollo de prácticas más inclusivas (Barrio de la Puente, 2009: 21-22).

Si se consideran estos aspectos, los profesionales de las escuelas estarán en la posibilidad de establecer modalidades de trabajo e intercambio escolar para reducir algunas de las barreras que impiden la participación del alumnado y propiciar condiciones para la creatividad y el desarrollo de un aprendizaje colaborativo.

En el desarrollo de la EI se pueden presentar múltiples problemas que no solo refieren a las características de los alumnos, sino a la política educativa, la organización de la escuela, el tipo de sociedad entre otros, por lo que Daniels y Garner señalan que ser partidarios y actuar para la inclusión, exige desafiar y combatir todo tipo de exclusión, de tal manera que esta contienda no es igual en todas partes. “Tiene metas, objetivos e intensidad diferente en distintos ámbitos según el grado y nivel de desarrollo social, económico y educativo alcanzado en cada país o región” (*apud.*, Barrio de la Puente, 2009: 23).

Los desafíos y retos que pueden enfrentar los sistemas educativos para ser inclusivos dependerán de los contextos políticos, económicos, culturales y sociales, pero de manera general se puede plantear que éstos son los siguientes:

- a) *La escolarización universal* [...] El principal objetivo de la inclusión educativa es garantizar al alumnado el acceso a la educación, acceso [que se extiende al alumnado] que no llega a formar parte del sistema educativo por las características socioeconómicas y políticas de sus propios países de origen, [y al] que se encuentra en cualquier otra situación de ausencia de reconocimiento del derecho a la educación.
- b) *El cuestionamiento de los sistemas educativos selectivos.* [...] La Educación Inclusiva plantea a los gobiernos de países con diferentes situaciones en sus sistemas educativos, el imperativo de acabar con la exclusión formal regulada en la estructura y organización de su sistema educativo. La solución a este problema sería la necesidad de establecer y desarrollar un sistema educativo único o inclusivo, que incorpore a todo el alumnado escolarizado.
- c) *El desafío a las medidas pseudo-inclusivas en sistemas educativos democráticos.* [...] Dentro de estas actuaciones se pueden señalar las alternativas más paliativas que educativas ya que dejan intacto el sistema a costa de crear itinerarios y caminos específicos para grupos de alumnos susceptibles de fracaso. Estas exclusiones son más sutiles y se promueven desde estructuras secundarias, desarrollando determinados aspectos de mandatos generales. Entre estas medidas exclusivas se pueden encontrar medidas evaluativas (reválidas, selectivas, pruebas de grado, modelos de evaluación, etc.), y vías pedagógicas (sistemas de apoyo, itinerarios educativos desiguales, programaciones individuales, aulas especiales, educación compensatoria, diversificación curricular, programas de garantía social,

adaptaciones curriculares, aulas de enlace, etc.), que justifican la segregación dentro del propio sistema educativo “inclusivo”; como la única salida o incluso como la única oportunidad.

- d) *El desafío a las culturas escolares excluyentes.* [...] Para que no sea una forma nueva de segregación, se deberá garantizar la participación equitativa en un proyecto común que dé respuesta a las distintas necesidades de las personas. La Educación Inclusiva ha de plantearse en términos de cómo atender a todos los alumnos (Barrio de la Puente, 2009: 23-25).

Como se indicó al principio de este apartado, el nuevo siglo presentaba un avance en el conocimiento de diversas disciplinas científicas, así como de las aplicaciones tecnológicas que una de sus vertientes es la digitalización de la información y comunicación, acceso multidimensional de datos, imágenes y textos diversos que posibilitan una rápida cobertura, sin embargo ante este deslumbrante progreso, persistía la desigualdad en la distribución de la riqueza y esto llevaba a que amplios sectores de la población mundial estuvieran en extrema pobreza y sufrieran de la segregación social y educativa. Ante tal problemática, la UNESCO convocó a un foro que se realizó en Dakar, Senegal en el año 2000 y fue denominado Foro Mundial sobre Educación. En dicho evento, los puntos a tratar fueron: la pobreza, la desigualdad y la exclusión y como uno de los resultados fue proponer un marco de acción para que los países participantes mejoraran la cobertura en educación inicial, garantizaran el acceso y permanencia en educación básica, fortalecieran la educación de calidad y atendieran a sus poblaciones en situación vulnerable, considerando al modelo de la EI como favorecedor del aprendizaje y respuesta a la diversidad de requerimientos y necesidades del alumnado.

Nuestro país como participante de este foro, asumió el compromiso y desde entonces realizó diversas acciones para cumplirlo, destacando las siguientes:

- El Programa Nacional de Educación (PNE 2001-2006) realizado durante el sexenio de Vicente Fox Quesada en el que se indican los principios de educación para todos, educación de calidad y educación de vanguardia, cuyos propósitos fueron: resolver los problemas de cobertura, equidad y

calidad de los procesos educativos y el funcionamiento del sistema educativo nacional (SEP-DEE, 2010: 233).

- El Acuerdo para la creación de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social de las Personas con Discapacidad publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2000 y el Acuerdo para la constitución del Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad, publicado el 13 de febrero de 2001.
- Otras acciones emprendidas por este gobierno para establecer las bases de la EI fueron: el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa; la promulgación de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación el 11 de junio de 2003 y la publicación en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2005 de la Ley General de las Personas con Discapacidad, constituyéndose el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS) (SEP-DEE, 2010: 235).
- El Programa de Escuelas de Calidad que consistió en ofrecer recursos económicos como incentivo a las escuelas de educación básica regular para que mejoraran su organización y funcionamiento, pidiéndoles elaborar un Plan Anual de Trabajo y un Programa Estratégico de Transformación Escolar, en donde indicaran los aspectos a fortalecer y las líneas de acción para mejorar el rendimiento escolar de sus alumnos (SEP-BM, 2010: 21).
- El Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012 propuesto en el sexenio de Felipe Calderón Hinojosa, en el que se determinó por parte del gobierno federal en turno, que el principio fundamental de la política educativa sería la igualdad de oportunidades, centrándose en el desarrollo humano y el bienestar de las personas. En concordancia con éste, la SEP propuso las metas: de lograr mayor cobertura del servicio educativo, la calidad del mismo, el desarrollo tecnológico, la prosperidad y equidad entre regiones y la competitividad y

transparencia; y en el Programa Sectorial de Educación, se hizo énfasis en la calidad de la educación, proponiendo

ampliar las oportunidades de acceso a la educación, impulsar asimismo la equidad y ofrecer educación integral para promover el desarrollo de competencias (SEP-DEE, 2010: 35).

- La firma de la Alianza por la calidad de la educación en 2008 por parte del Gobierno Federal en turno y el SNTE para lograr una educación para todos, mediante la transformación de la educación básica y su articulación con los demás niveles educativos (SEP-DEE, 2010: 36).
- La promulgación de la Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad, publicada el 30 de mayo de 2011 en el Diario Oficial de la Federación, que estableció: "...el Estado debe promover, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades" (SEP-DEE, 2010: 37).
- Reforma Integral de la Educación Básica (RIEB) que en el Acuerdo 592 se estableció que a partir de 2011 se emprendería la articulación de todo el Sistema de Educación Básica, retomando los principios de la EI para promover mayor capacitación del profesorado, atención a las necesidades del alumnado, diseño y operación del currículo flexible, ampliar la cobertura de los servicios educativos y ofertar educación equitativa y de calidad (SEP-DEE, 2010: 53).
- Plan de Estudios de Educación Básica 2011, en el que de manera particular se señala que las barreras para el aprendizaje y la participación social son factores que limitan y dificultan el acceso a la educación por lo que la labor docente será el agente de cambio, al reconocer la pluralidad lingüística, social y cultural del país (SEP-DEE, 2010: 45).

- El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 correspondiente al sexenio de Enrique Peña Nieto dentro de sus propuestas, plantea a la EI como estrategia para erradicar toda forma de discriminación ya que prevalecían deficiencias en políticas de equidad y calidad en educación, urgiendo a su vez posibilitar el acceso a la escuela de grupos marginados y segregados de este fundamental derecho (Gobierno de la República, 2013: 61).
- El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 presentado durante el mandato de Andrés Manuel López Obrador, entre sus múltiples puntos se aborda el denominado Derecho a la educación, que plantea el compromiso del gobierno federal para:

... mejorar las condiciones materiales de las escuelas del país, garantizar el acceso de todos los jóvenes a la educación y a revertir la mal llamada reforma educativa. La Secretaría de Educación Pública tiene la tarea de dignificar los centros escolares y el Ejecutivo federal, el Congreso de la Unión y el magisterio nacional se encuentran en un proceso de diálogo para construir un nuevo marco legal para la enseñanza (Gobierno de México, 2019: 42).

México al igual que los demás países que asumieron el compromiso de optar por el modelo de la EI para garantizar el derecho a la educación y ofrecer un servicio educativo de calidad y con equidad a sus poblaciones, sobre todo a los sectores segregados por pobreza o alguna otra condición de vulnerabilidad, iniciaron programas, acciones y estrategias diversas, obteniendo resultados muy diversos, que como señalan Simón y Molina, se reconocen los logros, pero en el *Informe de Seguimiento de la educación en el mundo. Inclusión y educación: todos y todas sin excepción*, realizado por la UNESCO en 2020, se estimó "...que 258 millones de niños y niñas, adolescentes y jóvenes no asistían a la escuela" (2022: 9), datos que llevan a pensar que la EI aún no se consolida, por lo que resulta un reto internacional impostergable, si se tiene presente que el objetivo 4 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas es: "Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos" (2022: 9).

Para transformar sistemas y espacios educativos en donde todos los alumnos aprendan y compartan un trabajo colaborativo sin exclusión, la UNESCO propone seis pasos:

1. Adoptar una definición clara de los conceptos de inclusión y equidad en la educación;
2. Utilizar los datos disponibles para identificar los obstáculos contextuales que frenen la participación y el progreso de los educandos, para lo que es fundamental saber escuchar todas las voces, sin olvidar las de las personas que quedan “fuera del sistema” (recolección de evidencias);
3. Velar por políticas-dentro y fuera de la escuela-que apoyen a los docentes en su acción a favor de la inclusión y la equidad;
4. Diseñar el currículo y los procedimientos de evaluación teniendo en cuenta a todo el estudiantado;
5. Estructurar y gestionar los sistemas educativos de manera tal que involucren a todos los educandos;
6. Involucrar a las comunidades en la elaboración, toma de decisiones y aplicación de las políticas encaminadas a fomentar la inclusión y la equidad en la educación (*Apud.*, Simón y Molina, 2022:11).

A manera de conclusión de este primer capítulo, se puede indicar que el modelo de la EI retoma tanto el principio de la normalización y de la IE, así como sus contribuciones pedagógicas, sociales, psicológicas y didácticas para organizar la atención a la diversidad del alumnado en términos de sus particulares necesidades específicas de apoyo educativo, interés por su valor formativo que significa superar las diferencias y encontrar la respuesta para todo el alumnado, no excluyendo por presentar alguna dificultad o desventaja porque la inclusión es interacción sin diferenciación, en la que todos tienen participación y pertenencia, favoreciendo la seguridad, el reconocimiento, la confianza, aceptación y convivencia en la que se comparten valores para formar una comunidad.

Una escuela inclusiva es aquella que da respuesta a cualquier requerimiento de su alumnado sea en lo personal, social y cognitivo, atiende sus necesidades de aprendizaje e invita y anima a la colaboración e intercambio de experiencias. En correspondencia con esto, tanto directivos como profesores deben reflexionar y considerar como conveniente: expresar actitudes de apertura y flexibilidad ante las diferencias; propiciar el respeto entre ellos y el alumnado; iniciar una relación de colaboración con las familias; formular buenas expectativas sobre el alumnado;

actuar con equidad para la enseñanza; actualizar su formación profesional para brindar educación de calidad; organizar y coordinar los apoyos para la atención a la diversidad; detectar las BAP que enfrenten los alumnos; proponer una planificación de unidades y actividades didácticas adecuadas y accesibles para todo el alumnado, propiciar y fomentar la participación y colaboración activa en el aprendizaje y emprender una evaluación que motive a conseguir logros y se conozcan los errores para poder tomar decisiones y emprender la mejora educativa.

CAPÍTULO 2

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El trastorno que nos ocupa presenta una prevalencia que varía en sus estimaciones según sea la referencia y el año de su publicación, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en lengua inglesa) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en lengua inglesa) 5 (referencia a la 5ª Edición) publicada en 2014, indica que con base en las encuestas de población de la mayoría de las culturas, éste ocurre en aproximadamente el 5 % de los niños y el 2.5 % de los adultos (2014: 65). Otros porcentajes reportados para el periodo de 2012-2017, señalados por Llanos *et al.*, son "...entre 2 y 12% en infantes y entre 2,5 y el 5% en adultos [así mismo indica] África y Suramérica [...] tienen las mayores cifras de prevalencia [...] [y] en Latinoamérica, hay 36 millones de personas afectadas" (2019: 102).

Con nueve años de diferencia a lo publicado en el DSM-5, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la prevalencia a nivel mundial es de más del 4% (*apud.*, INECO, 2023, párr 1) y se caracteriza por la dificultad para mantener la atención, presentar impulsividad y a su vez actividad motora constante, siendo casi imposible en quienes lo padecen, poder controlar estas manifestaciones, por lo que su vida diaria se torna complicada al igual que su interacción y convivencia social.

Las estimaciones de la prevalencia del TDAH en países específicos como Estados Unidos de Norteamérica, es del 4 al 6% y representa entre 8 y 9 millones de adultos (OMS, *apud.*, INECO, 2023, párr. 1); en Argentina es del 3 al 8 % en la población infantil en edad escolar (OMS, *apud.*, INECO, 2023, párr. 3) y en México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportó el 6% de la población infantil entre 6 y 16 años, que correspondía a 1 millón, 600 mil menores, y de éste porcentaje, el 8% estaba diagnosticado y recibía tratamiento, mostrando mayor incidencia en varones, con un rango de 4 a 1 (Valadez, 2022). Estos datos contrastan con las cifras que informó el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en su

publicación del 2009 *Guía Clínica. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* y que de manera específica en el apartado Epidemiología precisa que la población infantil en el país se estimó en 33 millones, 15% presentaba algún problema de Salud Mental, lo que correspondía a 5 millones aproximadamente de niños (as) y de esa cantidad, 2.5 millones requerían atención especializada (Medina *apud.*, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (2009: 4). De manera particular, en dicho hospital psiquiátrico infantil, el 22.8% de la población atendida por primera vez en ese año recibió el diagnóstico de TDAH; trastorno que a nivel mundial afecta predominantemente a varones, mostrando una distribución de 4 a 1 en estudios clínicos y de 2.4 a 1 en estudios de población abierta, según lo reportaron Polanczy, Silva y Rohde en 2007 (*apud.*, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2009: 5), asimismo Faraone, Bierderman y Mick señalan en 2005 que alrededor del 65% de los pacientes a nivel mundial, seguirían cumpliendo con todos los criterios diagnósticos para este trastorno en la adolescencia y en la vida adulta o tendrán una remisión parcial de los síntomas (*apud.*, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2009: 5). Para 2009, la prevalencia en la población general adulta se estimó del 2 al 5% (Simon *et al.*, *apud.*, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro 2009: 5).

Los datos sobre la prevalencia como se puede observar, varían según sea el tipo de referencia consultada, el año de publicación y los estudios reportados, por lo que algunas estimaciones coinciden en señalar que en la población pediátrica es del 2 al 12 %, considerando como media del 5 a 8% y una incidencia que se sitúa entre los 6 y 9 años, con rangos de predominio en niños de 2 a 9 por cada niña (Rusca y Cortez, 2020: 149-150).

Lo que estas estimaciones revelan tanto en cifras como en porcentajes es que se trata de un problema de salud que manifiestan y padecen millones de personas con diferentes rangos de edad en diferentes países, porque el TDAH como trastorno del neurodesarrollo presenta alteraciones en la atención que se traducen en poca persistencia en tareas, dificultades de memoria de trabajo y distracción constante,

dificultades en la inhibición verbal y motora, así como decisiones impulsivas sin considerar las consecuencias y riesgos.

Contar con un diagnóstico certero posibilitará confirmar si la persona presenta TDAH, el tipo y las particularidades de su manifestación; aspectos esenciales para determinar el plan inicial de tratamiento y su combinación con intervenciones psicopedagógicas (Federación Mundial del TDAH, *apud.*, Valadez, 2022).

Al igual que en otros trastornos, los especialistas en el tema, sugieren que mientras menor sea la edad para realizar el diagnóstico (preferentemente antes de los 12 años), mayor será la probabilidad de lograr un mejor pronóstico con el tratamiento integral, que le permitirá al niño o niña mayor disposición para las actividades escolares, control y regulación de sus acciones y emplear estrategias para centrar su atención en las exigencias de la vida diaria.

Uno de los profesionales que puede contribuir para la intervención educativa de niños y jóvenes que presentan el TDAH es el pedagogo, quien de acuerdo con el modelo de la inclusión educativa, procederá a detectar las Barreras para el Aprendizaje y la Participación (BAP) que enfrenten y así mismo observar, indagar y determinar las necesidades específicas de aprendizaje para planear las estrategias y apoyos necesarios que le permitan lograr de manera paulatina, control e inhibición de la estimulación y concentración en las diversas actividades escolares, que en conjunto posibilitarán la regulación y autocontrol necesarios para su participación, interacción y convivencia diaria tanto en el contexto escolar como en el familiar y social.

En esta perspectiva resulta necesario revisar, comprender y explicar la información sobre lo que implica este trastorno, el avance de su estudio, la etiología, el diagnóstico, los tipos de predominio y prevalencia, tratamientos e intervención educativa; apartados que se abordarán en este capítulo y que posibilitarán la

configuración y comprensión de la condición de vulnerabilidad que conlleva este trastorno para las personas que lo presentan.

2.1. Algunos avances sobre su estudio

Al revisar referencias especializadas sobre este trastorno, algunos de los autores mencionan que previo a lo que hoy se denomina y conocemos como TDAH, se emplearon diferentes términos como: incapacidad inhibitoria, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima y psicópatas inestables, entre otros, pero todas estas designaciones que se han propuesto para referir la sintomatología, expresan la manera en como se pensaba que era este trastorno, de acuerdo a la época y al conocimiento logrado.

Entre las primeras descripciones clínicas del comportamiento característico que mostraban algunos pacientes infantiles, encontramos la de Hoffman, médico alemán quien en 1846 relató en un cuento que el personaje principal que era un niño, mostraba movimiento constante, falta de atención e impulsividad permanente, sintomatología de lo que en aquel tiempo se refería como inquietud (Castells, 2006: 40). Posteriormente, Bourneville en 1847 utilizó el término niños inestables para referir la inquietud exacerbada tanto física como psíquica y la actitud destructiva que mostraban los niños a quienes observaba. Para el primer año del nuevo siglo, Demoor señaló que había niños comportamentalmente lábiles, que presentaban movimiento constante y dificultad atencional. (Fernández, En: Fernández y Calleja, *n.d.*, párr. 3).

Durante los primeros años del siglo XX, Still médico inglés sistematizó las observaciones realizadas a veinte de sus pacientes infantiles, revelando que la actividad e impulsividad excesivas que mostraban, no estaban asociadas con alguna alteración intelectual, ni con alguna enfermedad, por lo que propuso que el cuadro comportamental atípico tampoco era resultado de una educación carente de

disciplina, sino un déficit en el desarrollo moral del individuo que le impedía inhibir sus impulsos, controlar sus acciones perturbadoras y estar totalmente inconsciente de las consecuencias de sus actos. En este sentido, hizo énfasis que el control moral podría controlar este tipo de comportamiento, presentando su caracterización a la Real Academia de Medicina de Londres, en la que precisó:

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

Antes de terminar esta primera década, Tredgold, también indicó que con base en las observaciones realizadas a niños que presentaban serios problemas de conducta, se percató que mostraban anormalidades en el tamaño y forma de la cabeza y el paladar, presentando signos neurológicos leves y coincidiendo en el antecedente de haber experimentado falta de oxígeno durante su nacimiento. Entre 1917 y 1918, Ebaugh también realizó observaciones a niños que mostraban problemas de comportamiento y que habían padecido trauma cerebral a causa de una epidemia de encefalitis (Benito, 2008: 8).

Durante la tercera década de ese siglo, en algunos textos de neurología se sostuvo la relación entre los problemas de conducta como la hiperactividad, impulsividad y desatención con el daño cerebral. Al respecto, Castells indica que dicha relación estableció una línea de causa-efecto entre los síntomas clínicos y algún desajuste en el cerebro, idea que llevó a que en 1934 se empleara el término de impulsividad orgánica. En ese mismo año, Kahn y Cohen afirmaron que el estado clínico de niños con esos comportamientos, se caracterizaba por la incapacidad para mantenerse quietos, externando conductas explosivas que eran producto de un daño cerebral (*apud.*, Castells, 2006: 40-41).

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

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

En 1947 Strauss y Lehtinen, retomaron el término lesión cerebral y al realizar estudios sobre esta línea de investigación, se percataron que en algunos no se podía comprobar mediante examen neurológico que presentaban dicha lesión, por lo que plantearon que no era una prueba fiable, estableciendo el término de daño cerebral mínimo (Quirós de *apud.*, Joselevich, 2006: 21). En esta misma línea de información, Elías advierte que estos investigadores concluyeron que si cualquier tipo de traumatismo craneoencefálico con sus correspondientes secuelas, producía manifestaciones de hiperactividad, impulsividad y problemas de atención, entonces se podía esperar que cualquier persona que presentara esta sintomatología, tendría algún tipo de daño cerebral o síndrome de daño cerebral mínimo (2005: 18).

Sobre tal sustento Hallowell y Ratey señalan que dicha hipótesis estuvo vigente no obstante que no se tenía prueba alguna que confirmara la existencia de alguna lesión a nivel neurológico, sin embargo se procedió por décadas a la prescripción

de fármacos estimulantes con la idea que podían controlar los comportamientos disruptivos (2001: 32).

Para mediados de ese siglo, Laufer y Denhof consideraron que la causa de los comportamientos disruptivos era algún tipo de desajuste cerebral, por lo que realizaron algunos estudios clínicos, que les permitieron plantear la hipótesis de que estos comportamientos se debían al pobre filtro de estímulos a nivel del tálamo, usando para ello el término de síndrome hiperkinético (*apud.*, Castells, 2006: 41).

Para los años sesenta Bermeosolo indica, que se optó por el término de disfunción cerebral mínima, en lugar de lesión o daño cerebral mínimo, porque al no tener evidencia del daño y sí de la manifestación de los problemas de conducta, la explicación sostenía que algo funcionaba mal en el cerebro (2010: 253). En relación con esta disfunción, hubo diferentes perspectivas, como la de Clements y Peters que en 1962 declararon que no constituía un daño real aun cuando estuviera presente, por lo que su etiología era puramente ambiental, responsabilizando a los padres por las dificultades que presentaban sus hijos (*apud.*, Tomás y Casas, 2004: 16); Cruikshank en 1965, realizó estudios con niños que presentaban parálisis cerebral pero con inteligencia normal y pudo observar la manifestación de la sintomatología del TDAH, por lo que llegó a la conclusión que este trastorno, en términos de la disfunción cerebral como causa no afectaba exclusivamente a niños con retraso mental (*apud.*, Bermeosolo, 2010: 252).

Clements en 1966, usó la denominación de síndrome de disfunción cerebral mínima, definiéndola como:

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

Estas desviaciones individuales pueden surgir de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, deterioros cerebrales perinatales, y/o enfermedades o deterioros

prolongados durante los años críticos para el desarrollo y maduración del sistema nervioso central, o de otras causas orgánicas aún desconocidas (apud., Bermeosolo, 2010: 256).

Castells señala que durante esa década se usaron términos como inestabilidad psicomotora, síndrome coreiforme o inestabilidad subcoreica, para referir el cuadro clínico de la corea o afección cerebral que provocaba movimientos rápidos e involuntarios de la cara y de las extremidades (2006: 41). El uso del término Síndrome Hiperkinético fue extendiéndose a la par de los anteriores, remitiendo a:

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

Al respecto Parellada expone que en la segunda mitad del siglo pasado, se dieron cambios en la nomenclatura de este trastorno lo que llevó a que en la siguiente década, se presentaran las primeras clasificaciones de enfermedades basadas en criterios diagnósticos y que subsecuentemente presentarían cambios tanto en las definiciones como en los criterios, de acuerdo con el avance del conocimiento reportado en las investigaciones, en la práctica diagnóstica y en las prescripciones del tratamiento.

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

En la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de

Psiquiatría (APA) cuya denominación en lengua inglesa es *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) se han elaborado varias versiones o ediciones que expresan la manera en que se ha conceptualizado este trastorno, según el periodo de su publicación y en correspondencia, se exponen los criterios para proceder con el diagnóstico.

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

La versión más reciente de la APA es el DSM-5, publicada en 2014 en la que establece la categoría diagnóstica de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en la que se indica:

...es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por excesiva actividad motora, impulsividad y déficit de atención. En esta concepción actualizada de trastorno del neurodesarrollo, se mantienen los mismos 18 ítems [criterios] de diagnóstico [...] que se manejaban en anteriores clasificadores de trastornos mentales como el DSM-IV (2000), sin embargo, se los ha contextualizado para que dichos criterios puedan ser valorados, además del contexto infantil, en el ámbito adulto laboral y que la edad de inicio del trastorno sea antes de los 12 años de edad (*apud.*, Ramos, 2016: 230).

Con el paso del tiempo los términos o denominaciones empleados para referir al TDAH han sido varias, destacando las de tipo clínico como síndrome o trastorno, que remiten a un patrón de comportamiento o de síntomas que se asocian a malestar y que interfieren en múltiples actividades de la persona. En este sentido, este trastorno en tiempos recientes ha sido conceptualizado con base en el consenso de la comunidad médico-neurológica, psiquiátrica y asimismo de otros profesionales que realizan práctica diagnóstica y evaluativa, estableciéndose en el DSM-5 como:

...un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. La *inatención* se manifiesta conductualmente en el TDAH como desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se deben a un desafío o falta de comprensión. La *hiperactividad* se refiere a una actividad motora [...] o locuacidad excesivas. En los adultos, [...] puede manifestarse como una inquietud extrema y un nivel de actividad que cansa a las otras personas. La *impulsividad* se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que crean un gran riesgo de dañar al individuo [...] puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o la incapacidad de retrasar la gratificación. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como una tendencia a inmiscuirse socialmente [...] y/o tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (APA, 2014: 61).

En la versión más reciente de la CIE-11 de la OMS se propone la siguiente clasificación:

■ F90 Trastornos hipercinéticos

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, problemas que se presentan en varias situaciones y persisten a lo largo del tiempo, los trastornos hipercinéticos tienen un comienzo temprano, por lo general, durante los cinco primeros años de la vida: Las características principales son: falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva, normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta [...] Los trastornos hipercinéticos se presentan en varones con una frecuencia superior a la que se presentan en el sexo femenino.

■ F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad, el diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación [...] La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma, dependiendo de las circunstancias puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de la actividad es excesivo, está en función del contexto, es decir de lo que se esperaría de una situación concreta y de lo que sería normal, tomando en cuenta el desarrollo, la edad y el coeficiente intelectual del niño, niña o adolescente, este rasgo de comportamiento es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio. Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo (NICE *apud.*, CENETEC, 2022: 8).

Las clasificaciones internacionales publicadas recientemente y empleadas por médicos especializados como los neurólogos o psiquiatras para realizar el

diagnóstico clínico, así como otros profesionales que colaboran en las evaluaciones psicológicas y educativas, parten de la actual denominación y definición sobre el TDAH, indicando que:

...se define como un trastorno del neurodesarrollo (disfunción ejecutiva) que se caracteriza por defecto en el control inhibitorio y dificultades con la memoria de trabajo, caracterizado por inatención, desorganización e hiperactividad e impulsividad, presentándose en diferentes escenarios de la vida, provocando dificultades en su funcionamiento cognitivo, educacional y laboral (CENETEC, 2022: 7).

En términos de haber expuesto algunos de los avances sobre el estudio del TDAH en tan amplio periodo de tiempo ya que son más de 150 años, muchos de los autores citados comparten la idea y por lo tanto la definición que le refiere como un trastorno del desarrollo cuyos síntomas son variantes y persistentes durante el trayecto de vida de quienes lo presentan y padecen. En este sentido, nos parece pertinente y útil presentar la síntesis de la evolución histórica sobre dicho trastorno que Navarro y García exponen, porque permiten conocer el año, el autor y la manera en como lo pensó a través de una particular referencia o explicación médica.

SÍNTESIS EVOLUTIVA HISTÓRICA		
AÑO	AUTOR	REFERENCIA
PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS		
1902	Still	Defecto del control moral
1908	Tredgold	Enfermedad neurológica
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica
1936	Blau	Secuelas de la encefalitis letárgica
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal
1957	Laufer, Denhoff	Déficit en el área talámica del SNC
TRASTORNO HIPERCINÉTICO		

1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales
1877	Irelan	Perturbaciones conductuales
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales
1901	Demoor	Corea mental
1905	Boncour	Escolar inestable
1913	Durot	Pionero en diferenciar síntoma y síndrome
1914	Heuyer	La hiperactividad como síndrome
1923	Vermeyley	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno hiperkinético
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica
1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil
1956	Hoff	Trastorno Hiperkinético
1960	Chess	Trastorno Hiperkinético
1968	DSM-II	Reacción Hiperkinética de la infancia
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1975	CIE-9	Trastorno Hiperkinético de la Infancia
1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1987	DSM-III-TR	Déficit de Atención con Hiperactividad
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en trastornos Hiperkinéticos)
1994/2000	DSM-IV	TDAH
2013	DSM-5	TDAH

(Navarro y García, *apud.*, CENETEC, 2022: 7).

A manera de conclusión, se puede señalar que el TDAH es una condición neurológica que lleva a quien la presenta, a vivir en un desorden y perturbación constante, por lo que es importante que la persona sea atendida por profesionales clínicos competentes y con experiencia para que le realicen a la brevedad posible

un diagnóstico, precisen el predominio de alguno de los síntomas característicos, porque de esta manera se contará con la información suficiente sobre la expresión particular de este trastorno en la persona y así proceder con el tratamiento adecuado, que le redituará control de su atención, de su constante actividad e inhibición de impulsos para regularse y estar en mejor condición para participar en diferentes actividades sean escolares, familiares, sociales e incluso laborales, según sea la edad de quien lo presente.

2.2. Etiología

Cuando empleamos el término etiología, nos referimos a las causas o relación de factores que dan origen a una enfermedad, patología o trastorno. En el caso del TDAH no existe una causa única, sino por el contrario es multifactorial, de acuerdo con lo que se reporta en diversas referencias, porque coexisten factores genéticos, neurológicos, psicosociales y ambientales. A continuación presentaremos algunas de estas posturas.

Peisekovicus apunta que puede originarse durante la gestación o años después del nacimiento y entre las causas destacan los factores biológicos, genéticos y ambientales. Entre las causas prenatales refiere: los padecimientos infecciosos de la madre, especialmente la rubéola; falta de oxígeno en el útero debido a la aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre; anemia grave; hemorragia cerebral en el feto producida por toxemia durante el embarazo o por trauma directo; factor Rh; disturbios metabólicos, como la *diabetes mellitus* y exposición excesiva a rayos X. Como causas perinatales indica: la falta de oxígeno debida a obstrucción mecánica respiratoria; administración inadecuada de anestésicos en la madre; placenta previa e hipotensión arterial pronunciada; uso inadecuado de fórceps; parto prolongado con sufrimiento fetal y parto prematuro con bajo peso al nacer. En relación a las causas postnatales cita: las enfermedades infecciosas que pueden aparecer durante los primeros meses de vida, como la tosferina, sarampión, escarlatina, neumonía, encefalitis y meningitis; los

traumatismos craneanos, las neoplastias cerebrales y las secuelas debidas a la incompatibilidad del factor Rh en sangre (2003: 42).

Barragán *et al.*, mencionan que este trastorno puede ser heredado por múltiples genes que aunados a factores ambientales, determinan la manifestación, considerando a la disfunción del sistema dopaminérgico como una de las causas principales, aunque no descartan a las diferencias en la anatomía cerebral y genotípica, ya que las investigaciones realizadas señalan que el TDAH es un trastorno poligenético que implica alrededor de 50 genes, destacando los dopaminérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos, lo que lleva a pensar que el factor genético es preponderante en su aparición (2007: 327-328).

Sobre este aspecto, Amstrong indica que es un trastorno puramente biológico o clínico y resulta complicado comprobar su localización en alguno de los genes, o en alguno de los componentes químicos del cerebro, por lo que declara "...nuestra cultura ha tendido a incurrir en un generalizado biorreduccionismo de rasgos y características que antes se consideraban una parte natural del espectro de la variación humana" (2008: 20). En este sentido, su posicionamiento es que el factor biológico es un componente importante, pero no el central del enfoque holístico.

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

Para Parellada este trastorno es de origen fundamentalmente biológico porque existe predisposición para padecerlo. Considera al TDAH como una patología psiquiátrica y explica que la interacción de factores ambientales con los biológicos

es importante por su efecto o impacto sobre la gravedad, edad en la que se manifiesta, curso de su evolución y síntomas que lo acompañan, pero éstos no explican su génesis y presencia. También señala que las relaciones en la familia y en la escuela pueden ser factores que desencadenen condiciones psicosociales adversas en la psicopatología y representen riesgos para la aparición de problemas emocionales y adaptativos (en: Parellada, 2009: 34).

Esta misma autora precisa que por estudios realizados con gemelos monocigóticos, hermanos e individuos sin relación familiar, los resultados reportaron que la incidencia de la herencia fue del 70 y 80% en las familias cuyo miembro en primer grado (padres o hermanos) presentaba TDAH, por tanto el riesgo es de tres a cinco veces más con respecto a las familias que no reportaron algún antecedente.

A este trastorno se le ha asociado con la disfunción en distintos receptores y transportadores de neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central (dopamina y serotonina), sin embargo a pesar de la investigación genética realizada, aún no se precisan los mecanismos intermedios entre los genes de riesgo y la clínica concreta, por lo que se puede concluir que “La genética del TDAH es compleja [y] A pesar de su clara influencia en la aparición, [aún no es claro saber] qué es lo que se hereda” (Parellada en: Parellada, 2009: 35).

Otros factores biológicos relacionados con la aparición de este trastorno son: las disfunciones cognitivas que afectan la memoria de trabajo; la inhibición de respuesta o vigilancia y mecanismos básicos para el procesamiento de la información; las alteraciones anatómicas y fisiológicas en áreas de la corteza prefrontal, núcleos del estriado y vermis cerebeloso; estrés perinatal, bajo peso al nacer, lesiones cerebrales, consumo de tabaco durante el embarazo, exposición a metales pesados, sensibilidad a algunos alimentos y privación extrema en la infancia temprana (Parellada en: Parellada, 2009: 37).

Frade insiste en señalar que el origen del TDAH está en los distintos niveles de funcionamiento neuroquímico del cerebro, porque alguno o varios de los 52 neurotransmisores no funcionan adecuadamente como los llamados dopamina, noradrenalina y serotonina, por tanto considerando diversos estudios se piensa que el primero impacta directamente las funciones de la atención, mientras que el segundo el movimiento y el tercero la impulsividad (2010: 36).

Entre las causas que inciden negativamente en el los niveles de funcionamiento cerebral señala lo siguiente:

- **Nivel estructural:** La cisticercosis afecta la estructura del cerebro y puede dar como síntomas la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad; lo mismo puede pasar con la existencia de pequeños quistes o tumores cuya causa es distinta.
- **Nivel eléctrico:** La epilepsia puede también provocar los síntomas [...] no necesariamente tiene que haber crisis o convulsiones, sino sólo ausencias y dolores de cabeza, migrañas [...] Esto tiene que ver con que haya un foco epiléptico en ciertas zonas del cerebro que lo generan.
- **Nivel circulatorio:** Cualquier problema de circulación cerebral en determinadas zonas del cerebro puede producir el trastorno.
- **Nivel metabólico:** Cuando las neuronas se ven afectadas por padecimientos como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo estas no funcionan adecuadamente.
- **Nivel inmunológico:** Cuando algún agente externo provoca ciertas alergias. [...] Algunas investigaciones sostienen que existen casos en los que quitando el alérgico se mejora la atención en niños y niñas.
- **Nivel emocional:** Cuando la persona ha pasado algún evento traumático, o bien vive en condiciones que no promueven su desarrollo emocional adecuado [...] abuso sexual o físico continuo, la muerte de un familiar cercano, afectan directamente la función cerebral [...] Existe una relación interactiva cerebroambiente que impacta los procesos cognitivos.
- **Nivel genético:** Los estudios demuestran que existen ciertos genes comunes en las personas que padecen TDAH [...] Lo que no se sabe a ciencia cierta es qué tan condicionantes son, si todas las personas que [los presentan] los desarrollarán, de qué depende y si no, qué factores inciden para que no se presente el trastorno (Frade, 2010: 37).

Como se puede inferir, existen diferentes factores entre las posibles causas de TDAH y en este sentido Quintero y Miernau plantean que es un trastorno multietiológico donde confluyen:

- Bases genéticas, aunque con un patrón de herencia multigenética compleja [...] puede explicar mejor la vulnerabilidad o la respuesta a tratamientos.

- Bases neurobiológicas, con evidencias de alteraciones tanto estructurales como funcionales, en determinadas regiones del cerebro que ayudan a la comprensión del TDAH.
- El determinante papel del ambiente, espacio crucial, sobre el que realmente podemos influir y que actúa como modulador de la expresión de los factores predisponentes (2012: 62).

En cuanto a las bases genéticas, estos autores precisan que el TDAH debe explicarse como enfermedad compleja, donde:

...un solo gen no explica el trastorno, pero si un aumento de la **vulnerabilidad**. Son el producto de la combinación de diferentes factores, entre los que se encuentran tanto factores ambientales como genéticos o biológicos. Según la manera de interactuar de estos factores se puede modificar el resultado final. Este tipo de enfermedades no están causadas por la variación en un único gen sino que están implicados numerosos genes. Lo que se produce es una transmisión del riesgo y suelen tener efecto aditivo, se habla entonces de **variante de riesgo** (2012: 62).

Por muchos investigadores e instituciones dedicados a la atención clínica de este trastorno, como es el caso del Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) de la Escuela Andaluza de Salud Pública, señala en su Boletín Terapéutico (BTA) que se trata de:

...una alteración neurobiológica y del neurodesarrollo que se diagnostica habitualmente en la infancia pero puede persistir hasta la edad adulta. Su **etiología** no está definitivamente establecida, aunque se ha relacionado con la intervención de factores genéticos y medioambientales. Es una situación crónica, heterogénea y multifactorial [...] no todos los pacientes con TDAH muestran el mismo **patrón de disfunción** neurobiológica, pudiendo presentarse síntomas de todos los tipos de forma conjunta o bien, predominar un tipo de síntomas sobre otros. También puede haber disparidad en el grado de deterioro funcional y/o en la comorbilidad asociada. El grado de afectación del paciente se mide por la interferencia de la sintomatología en el desfase entre su rendimiento y su capacidad real; con independencia de otros factores como motivación, negativismo, apatía, etc. (2018: 28-29).

Las investigaciones más recientes apuntan como causas o fuentes etiológicas a las variantes del ADN, codificadas en el genoma y a los factores medioambientales, que impactan en el desarrollo del cerebro (Faraone, Cruz y De la Peña, 2019: 1).

Sobre los factores de riesgo genético, Faraone y Larsson indican que pueden ser estables o dinámicos; los primeros influyen en la manera en que se manifiesta el

TDAH durante la vida y los segundos, se activan y desactivan durante el desarrollo, por lo tanto este tipo de factores pueden reportar información valiosa sobre la edad de inicio o manifestación del trastorno, así como la variabilidad de su persistencia en la adultez (*apud.*, Faraone *et al.*, 2019: 4).

En lo referente al genoma humano, se tiene conocimiento que se compone de aproximadamente 20 mil genes, por lo que identificar cuáles son los relacionados con el TDAH aún no es posible, sin embargo se han hecho asociaciones del genoma completo (GWAS por sus siglas en lengua inglesa), en las que se analizan las variaciones del ADN en todo el genoma, con la finalidad de obtener información sobre la relación del TDAH y el gen regulador. Gracias al establecimiento del GWAS-TDAH se ha podido concluir que este trastorno es poligénico e intervienen muchas variantes del ADN que predisponen a la persona para desarrollarlo. Sobre la poligénesis, Demontis y Faraone realizaron un análisis, encontrando que se requieren de muchas variantes, lo que significa que todos tenemos alguna del ADN que se relaciona con el TDAH, pero sólo algunas personas tienen el número necesario para que se detone (Faraone *et al.*, 2019: 6).

Para Rusca y Cortez la etiología del TDAH es multifactorial, en la que confluyen factores genéticos y ambientales. Sobre los primeros indican que:

...la concordancia es de 70 a 90%, por lo que si un padre presenta TDAH el riesgo en el hijo o hija, aumenta entre 2 y 8 veces; para un hermano el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces y en el caso de un gemelo con idéntico ADN [homocigótico) el riesgo incrementa entre 12 y 16 veces (2020: 150).

En referencia a los segundos, señalan que desencadenan o predisponen su desarrollo y se pueden citar los siguientes:

...la exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamiento farmacológico (benzodiazepinas o anticonvulsivos); prematuridad; bajo peso al nacer; complicaciones perinatales; edad materna avanzada al momento del parto; conflicto familiar severo o crónico; familia numerosa; antecedentes psiquiátricos en padres; institucionalización; infra estimulación por un largo período de tiempo; clase social baja. En la etapa

postnatal, una dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B; exposición temprana al plomo o a los bifenilos policlorados (PCB). Algunos estudios demuestran [que] los preservantes y colorantes artificiales de alimentos como factores de riesgo (2020: 150).]

Con la exposición de los diferentes factores que conforman la compleja etiología del TDAH, podemos indicar que el conocimiento logrado en las ciencias médicas y de la salud, así como el desarrollo de la tecnología de precisión que se emplea para para la investigación, el diagnóstico y la atención clínica, permiten en la actualidad contar con suficiente información en la internet sobre estas áreas y aspectos para documentarse y saber, lo que implica presentar y padecer este trastorno, tal es el caso de la publicación del CENETEC que en su Guía de Práctica Clínica. Evidencias y Recomendaciones. Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (tdah) en pediatría en primer nivel de atención, exponen de manera sustantiva lo concerniente a la etiología:

El TDAH es un trastorno de etiología heterogénea, multifactorial y compleja, en el que una serie de vulnerabilidades biológicas interactúan entre sí y con factores ambientales, de adversidad psicosocial, la psicopatología en padres y las experiencias adversas en la niñez (2022: 9).

La etiología del TDAH está relacionado a una variedad de factores que incluye tanto componentes genéticos como ambientales de origen prenatal, perinatal y posnatal; Es uno de los trastornos más heredables dentro de los trastornos psiquiátricos y se ha encontrado alta concordancia en gemelos monocigotos, los hermanos tienen 2 veces más riesgo que la población en general (CADDRA Y NICE *apud.*, 2022: 12).

- Heredabilidad: se ha demostrado que los hermanos, los padres de los NNA diagnosticados con TDAH tienen mayor riesgo de padecer este trastorno.
- Medio ambiental: dentro de los factores de riesgo se encuentran la prematuridad, exposición prenatal al tabaco, traumatismos cerebrales leves, la exposición prenatal al mercurio, la exposición al plomo y la deficiencia prenatal de vitamina D.
- Riesgo pre y perinatales: asociados con edad materna temprana en el embarazo y edad paterna avanzada, presencia de preclamsia, infección de vías urinarias, amenazas de parto pretérmino, inducción del parto, obtención del producto mediante cesárea, prolapso de cordón, bajo peso al nacimiento y presentar APGAR bajo a los 5 minutos, sugiriendo que las anomalías en el desarrollo del cerebro en un hijo de nacimiento pretérmino, están asociados con riesgo incrementado de TDAH, los metales pesados el mercurio, bifosfonatos, arsénico y manganeso se asociaron con menor coeficiente intelectual y la exposición prenatal al manganeso aumento [sic] el riesgo de TDAH.
- Historia materna de Trastorno Depresivo Mayor, estrés, TDAH, sobrepeso, obesidad e hipotiroidismo también están asociados.
- El papel del hierro para un adecuado desarrollo del sistema nervioso central es fundamental, parece que su déficit disminuye la densidad de receptores D2 y D4 y altera su funcionamiento.

- Se ha evidenciado que uso de alcohol y tabaco, predispone a un fenotipo más grave del trastorno, los niños que estuvieron expuestos al tabaquismo prenatal presentan un fenotipo más grave del trastorno, con mayor severidad de los síntomas de los trastornos externalizados.
- Exposición posnatal: al plomo se asocia con mayor riesgo de trastornos del neurodesarrollo y disminución de las puntuaciones en las pruebas cognitivas (Rusca y Cortez, 2022: 12).

Finalmente podemos referir que el TDAH es un trastorno complejo que se manifiesta de manera particular en cada persona que lo presenta, independientemente de que los síntomas son inatención, hiperactividad e impulsividad, por lo que resulta importante conocer la etiología o mejor dicho, la amplia gama de factores, aspectos y riesgos que posiblemente lo detonaron, para considerar las áreas neurológicas, cognitivas, motrices y sociales que resultan comprometidas o impactadas por la propia fisiopatología del trastorno, permitiendo entender el por qué la persona presenta tal comportamiento, su intensidad y frecuencia, así como las dificultades para controlarlo, regularse y prestar atención y concentración en las diversas actividades de la vida diaria y de la escuela.

2.3. Diagnóstico

Sobre este apartado, en las referencias consultadas se coincide con el señalamiento que debe ser amplio y exhaustivo, por lo que neurólogos y psiquiatras, son los especialistas que realizan el diagnóstico clínico, realizando la historia clínica del paciente para indagar predisposición, sintomatología y comorbilidad; prescribir pruebas de laboratorio y de neuroimagen para confirmar posibles alteraciones o disfunciones cerebrales y emplear los criterios diagnósticos establecidos por alguna de las dos clasificaciones internacionales que son: la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 por parte de la OMS, publicación que desde 1994 estuvo vigente hasta ser sustituida por la undécima versión CIE-11, publicada el 1º de enero de 2022 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 versión actual por parte de la APA, publicado en 2014.

Algunas de las técnicas o estudios clínicos para detectar posibles alteraciones o disfunciones a nivel neurológico son:

- *El electroencefalograma* que permite detectar alteraciones que agravan el problema de la hiperactividad infantil y que constituye un peor pronóstico. La mayoría de los autores coinciden en considerar a los niños con alteraciones electroencefalográficas y sintomatología hiperactiva como niños con *disfunción cerebral* y a los niños sin estas alteraciones como niños con déficit de atención con hiperactividad.
- *La cartografía cerebral*: es una técnica de neuroimagen similar a un electroencefalograma que permite observar, mediante mapas cerebrales a color, el grado de activación eléctrica que se produce mientras el niño realiza cada actividad y la zona en que se presenta.
- *Los potenciales evocados*: permiten valorar la capacidad de discriminación, de análisis y de codificación de los estímulos. Los estudios que utilizan potenciales evocados han demostrado que los niños hiperactivos muestran un déficit en la selección y en la codificación de la información (González, 1995: 413).

El estudio por imágenes de medicina nuclear que resulta muy efectivo para el análisis metabólico cerebral es la Tomografía por Emisión de Positrones (PET por sus siglas en lengua inglesa) o el *Single Photon Emission Computerized Tomography* (SPECT), que consiste también en estudios de neuroimagen donde se hace uso de marcadores radioactivos. Cuando éstos se emplean para detectar

TDAH, se observa mayor densidad de receptores dopaminérgicos en ciertas áreas del cerebro como la corteza prefrontal y los núcleos del estriado (Parellada en: Parellada, 2009: 39).

En cuanto al procedimiento que implica realizar un diagnóstico del TDAH, Moreno indica que se deben considerar los siguientes:

1. *Estado clínico del niño.* Este aspecto se ocupa de los comportamientos alterados y anomalías psicológicas que presenta [como] posibles alteraciones emocionales, como ansiedad, déficit de autoestima, etc.
2. *Nivel intelectual y rendimiento académico.* Los informes que proporciona el colegio han de referirse a cómo es la conducta del niño y sus calificaciones académicas en el curso actual y cómo han sido en años anteriores. [...] además de subrayar los problemas del niño, debe [...] hacerse hincapié en cuáles son sus progresos y las tareas escolares en las que suele tener éxito, [y] cómo se enfrenta a la resolución de los deberes académicos.
3. *Factores biológicos.* Debido a la relación entre variables biológicas e hiperactividad, [...] la evaluación del trastorno también incluye un examen físico exhaustivo para detectar posibles signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos que resulten de interés.
4. *Condiciones sociales y familiares.* Además de cuestiones como el nivel socioeconómico, el análisis de la familia debe prestar atención a [...], normas educativas, disciplina, cumplimiento de normas y horarios, actitudes de los padres hacia los problemas infantiles, factores o acontecimientos que parecen desencadenar los conflictos, etc.
5. *Influencia del marco escolar.* La evaluación de este aspecto está justificado por el papel que desempeña la escuela tanto en la detección de las alteraciones infantiles como en el tratamiento posterior (1998: 73-75).

Con una propuesta diferente Van-Wielink señala que el diagnóstico se inicia con la historia clínica de la persona, información que puede proporcionar el propio paciente cuando es adolescente o bien conseguirse a través del reporte de los padres cuando son niños o niñas y complementarse con la información que den los profesores. Posteriormente se deben realizar algunas pruebas clínicas que solicite o prescriba el especialista, así como la intervención de un psicólogo para que aplique cuestionarios, escalas y algunas otras pruebas estandarizadas para contar con información suficiente que permita la confirmación de la sintomatología del TDAH, así como de aspectos sobre el desarrollo y habilidades cognitivas. En este sentido recomienda:

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

El especialista, deberá realizar dos tipos de evaluación, la clínica y la paraclínica. La primera consiste en una valoración pediátrica general, que considere la historia del desarrollo de habilidades neurológicas en relación con las áreas: motriz, visual-perceptiva, lenguaje y cognición. Este tipo de evaluación permitirá determinar el estado de salud del niño o joven y la existencia de alguna contraindicación para la administración de medicamentos en el tratamiento. La segunda evaluación que es la paraclínica, implica usar métodos y técnicas de laboratorio, (pruebas de orina y sangre) rayos X, electroencefalogramas y resonancia nuclear magnética; que reportarán diferentes indicadores para corroborar la incidencia de factores que se asocian con la manifestación de la inatención, hiperactividad e impulsividad (2004: 59-60).

Otra propuesta es la de Castells quien advierte que para realizar el diagnóstico, los especialistas deben considerar los contextos en donde interactúa y se relaciona el paciente (sea niño, niña o jóvenes) por lo que recomienda:

1. Criterios dados por el DSM-IV TR [que en la actualidad son los contenidos en la versión DSM-5 de la APA].
2. Diagnóstico hecho en casa.
3. Diagnóstico hecho en la escuela.
4. Factores hereditarios.
5. Exploraciones médicas.
6. Técnicas psicológicas de evaluación (2006: 58-75).

Los criterios establecidos en el DSM-IV TR [y especialmente en el DSM-5, que es la última versión de la APA] auxilian a los especialistas para descartar aquellos

síntomas que pueden ser generados por una enfermedad física, depresión, crisis de ansiedad, etcétera, ya que menciona que "...tiene que haber una perturbación o deterioro evidente en el funcionamiento social, escolar y ocupacional del niño y adolescente, es decir, es necesario que esta sintomatología [desatención, hiperactividad e impulsividad] altere sustancialmente su vida" (2006: 58).

La observación hecha en casa, refiere a las características del comportamiento que los padres puedan referir que su hijo o hija manifestó durante el periodo de los primeros cinco años de vida. Este reporte aportará además las características señaladas, información valiosa sobre el contexto familiar, dimensión importante a considerar en este tipo de análisis y determinación. Algunas de las características que con frecuencia se enuncian, son:

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

La observación hecha en la escuela, consistirá en la información que proporcionen los diferentes docentes que tienen relación con el niño o niña, sobre las manifestaciones del trastorno que han observado en el contexto escolar, resaltando aspectos en relación con la falta de atención y concentración en clases, la no realización de actividades y tareas; los intereses personales; habilidades psicomotrices y cognitivas; si presenta o no autorregulación y cómo es la interacción con sus compañeros. Esta información en muchos de los casos, confirma los síntomas y características reportados por los miembros de la familia.

En cuanto a los factores hereditarios, se indaga si alguno de los padres presentaron en alguna etapa previa, síntomas del trastorno porque puede ser un indicador de

predisposición genética, lo que significaría mayor probabilidad que el hijo o hija lo presente. Sobre esta condición, Castells señala:

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

Como parte del diagnóstico es importante hacer diferentes exploraciones médicas y clínicas:

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

Las anteriores ayudan a descartar si los síntomas son causados por alguna enfermedad, virus, bacterias o alguna otra alteración. Finalmente el uso de técnicas e instrumentos de evaluación psicológicas pueden aportar mayor información con la que el equipo de profesionales podrán confirmar el diagnóstico de TDAH porque:

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

A diferencia de las propuestas anteriores, Parellada señala que el diagnóstico clínico es una herramienta fundamental para organizar la problemática detectada y elegir el tratamiento, considerando las particularidades personales y socio- familiares del

paciente, por lo que propone tres tipos de diagnóstico: el diagnóstico multiaxial, la formulación diagnóstica y el diagnóstico diferencial (en: Parellada, 2009: 70-71).

El diagnóstico multiaxial considera la clasificación de la OMS, porque es "...una categorización de los problemas clínicos del individuo que pretende dar cuenta de la situación de forma más global y completa" (Parellada en Parellada, 2009: 65). Aporta datos que ayudan a los profesionales a plantear la complejidad y gravedad del caso, pero no ofrece la información necesaria para diseñar un plan terapéutico.

La formulación diagnóstica es una estimación y valoración de las posibles causas y factores de riesgo en el paciente, así como la historia del desarrollo en la que existen aspectos que podrán tener relación causal con la aparición del trastorno o con su manifestación en un momento determinado (Parellada en: Parellada, 2009: 68). En este sentido será necesario diferenciar los *factores predisponentes*, considerando los síntomas que aparecen, los *factores precipitantes* o responsables que los síntomas se manifiesten en el momento de la formulación diagnóstica, los *factores perpetuantes* o responsables de que los síntomas se mantengan una vez que aparecen, y los *factores protectores* que serán aquellos que impiden el avance del cuadro clínico, porque de alguna manera contienen el impacto de los factores de riesgo y se pueden considerar como pilares de apoyo para planificar el tratamiento (Parellada en: Parellada, 2009: 69).

Esta formulación plantea hipótesis a partir de las sospechas, mismas que se irán confirmando o descartando en la medida que se obtenga información y se sistematicen los resultados.

El diagnóstico diferencial es un proceso que permite considerar otras explicaciones médicas y psicológicas para los síntomas recurrentes, por lo que será importante:

- Detectar la presencia de los síntomas centrales del TDAH, duración, continuidad, ubicación y repercusión en el funcionamiento del niño o joven.
- Comparar estos síntomas con el comportamiento normal y evolutivo de otros niños con igual nivel de desarrollo.

- Diferenciar estos problemas de otros trastornos del neurodesarrollo asociados con dificultades cognitivas o de aprendizaje y de otros trastornos mentales.
- Considerar si la disfunción del niño es atribuible sólo al TDAH o es causada o exacerbada por otros trastornos u otras circunstancias personales o sociales (Parellada en: Parellada, 2009: 77).

Este diagnóstico incluye dos tipos, el diferencial orgánico con el que se pretende descartar la posibilidad de problemas a nivel sensorial, en la audición o la visión y de sueño, que a veces subyacen a los problemas de inatención; y el diferencial psiquiátrico, que se basa en la historia clínica, exploraciones psicológicas y evaluaciones de lenguaje y habla, así como una valoración objetiva de la atención. Éstos pueden no formar parte del protocolo establecido por algún equipo de profesionales que realicen el diagnóstico, pero pueden ser útiles en casos que revelen complejidad y complicaciones (Parellada en: Parellada, 2009: 78-79).

Con cierto nivel de acuerdo, Frade indica que el diagnóstico del TDAH implica detectar las causas orgánicas que lo generan y después la afectación cognitiva, emocional y de ejecución. La debida atención a este trastorno exige un tratamiento multimodal, en el que varios profesionales no sólo detectarán los síntomas, sino también las condiciones y situaciones del entorno que pueden dificultar su seguimiento. En términos de seguir la recomendación del Departamento de Educación y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en lengua inglesa), la autora señala que este instituto después de investigar 576 casos, los resultados apuntaron a que los medicamentos mejoran la condición del paciente, pero el mayor impacto se logró con la integración de un tratamiento médico y terapéutico o psicológico, en el que colaboran para su seguimiento tanto la familia como la escuela (2010: 39).

Para diagnosticar adecuadamente a una persona que presenta síntomas de TDAH se requieren estudios clínicos y paraclínicos. Entre los primeros se encuentran los estudios de laboratorio y para los segundos los de gabinete. En ambos se tienen que explorar las causas tanto directas como indirectas en los siguientes niveles:

Nivel estructural:

a. Pequeñas malformaciones congénitas, quistes, tumores, cisticercosis. b.

A nivel circulatorio:

Los problemas vasculares pueden provocar dificultades de circulación cerebral que impiden poner atención. **Nivel neuroquímico:**

a. Mal funcionamiento de algunos neurotransmisores.

b. Anemia, que se caracteriza por insuficiencia de glóbulos rojos en la sangre, impacta el funcionamiento cerebral por falta de oxígeno.

c. Intoxicación por plomo, arsénico y otros metales pesados. **Nivel eléctrico:**

a. Epilepsia [...] puede ocasionar síntomas del trastorno.

Nivel metabólico:

a. Híper o hipotiroidismo, [...] la glándula tiroides no funciona como adecuadamente.

b. La diabetes puede provocar problemas en el metabolismo.

Nivel emocional:

a. Problemas emocionales debido a traumas o algún conflicto fuerte que la persona haya enfrentado. **Nivel genético:**

a. Neurofibromatosis es un trastorno de índole genético que consiste en que las terminaciones nerviosas se tumorifican. Las personas que lo padecen presentan síntomas del TDAH.

b. Sintomatología propia del trastorno cuando no se presenta alguno de las dificultades anteriores.

Estudios para el diagnóstico:

- Electroencefalograma (EEG) [...] se registra si existe un problema en la conducción eléctrica entre las neuronas.
- El mapeo cerebral [...] proporciona con precisión la localización de los problemas, detecta otros padecimientos neurológicos que no son solamente de origen epiléptico.
- La biometría hemática estudia cuántos glóbulos rojos y cuántas células blancas tiene la sangre. La química sanguínea demuestra los compuestos. Ambos estudios permiten conocer si hay un problema nutricional o metabólico que explique la sintomatología.
- El estudio de las hormonas tiroideas permite conocer si existen alteraciones en la conducta y la atención.
- Estudios de sangre sirven para determinar si hay alguna intoxicación por metales.
- La Tomografía Axial Computarizada (TAC), la Resonancia Magnética y la Tomografía de Emisión por Positrones (PET por sus siglas en lengua inglesa), permiten conocer la imagen estructural del cerebro para detectar alguna malformación u otro problema en este órgano que pudiera ocasionar el TDAH. En el PET se observa la función del cerebro y la activación de la corteza cerebral.
- Los estudios genéticos determinan si la persona padece neurofibromatosis.

Los psicólogos, neuropsicólogos y psicopedagogos pueden colaborar con el diagnóstico en la medida en que identifiquen las debilidades y fortalezas cognitivas en el niño, niña o adolescente, así como el origen emocional del problema o bien el impacto que ha tenido el padecimiento en su afectividad.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Frade, 2010: 39-43).

En términos de los métodos, técnicas e instrumentos que se pueden emplear para realizar el diagnóstico, Soutullo y Díez presentan un cuadro en el que los clasifican según el orden de importancia o relevancia:

1. Imprescindible

Entrevista clínica con los padres (funcionamiento en casa). Entrevista clínica con el niño (exploración psicopatológica). Valorar si cumple los criterios diagnósticos DSM-IV [actualmente 5ª edición DSM-5] o CIE-10 [actualmente undécima edición CIE-11]. Cuestionarios de TDAH (padres y profesores).
2. Muy recomendable
Exploración física. Pruebas de visión y audición. Pruebas de atención (CPT, Stroop, Test de caras). Evaluación del CI.
3. Recomendable
Evaluación pedagógica y pruebas de aprendizaje. Estudio neuropsicológico y pruebas de función ejecutiva. Análítica general.
4. Necesarias si se sospecha otra enfermedad
Análítica especial. Electroencefalograma (EEG). Audiometría con PET. TAC craneal. Resonancia magnética cerebral (RMC). Cariotipo y estudio genético.
5. Innecesario
EEG, RMN, PET, onda P300 de rutina. Pruebas de lateralidad cruzada. Pruebas de alergias alimentarias. Pruebas de reeducación auditiva.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Soutullo y Díez, *apud.*, Perote y Serrano, 2012: 21).

El diagnóstico es clínico, por lo que es importante realizar una anamnesis o historia médica y proceder con una exploración psicopatológica, sin embargo en el supuesto de detectar la presencia de otros síntomas, será necesario recurrir a exploraciones complementarias (electroencefalograma, tomografía o resonancia magnética), con la finalidad de realizar un diagnóstico más preciso sobre las causas del trastorno (Perote y Serrano, 2012: 18).

Considerando las diferentes propuestas para elaborar un diagnóstico, es evidente que no existe un solo procedimiento, como tampoco un solo instrumento o marcador clínico que permita determinar la presencia de TDAH, por lo que la mayoría de especialistas clínicos en este ámbito, indican que es necesaria la combinación de varias técnicas de evaluación para poder identificar de manera certera la sintomatología del trastorno, los múltiples factores que inciden en su manifestación, el tipo de predominio y la comorbilidad. Indudablemente un elemento fundamental para realizar el diagnóstico es observar y confirmar la manifestación de la sintomatología a través de los criterios que se presentan tanto en la clasificación

establecida por la APA en su versión actual que es el DSM-5 como en la organizada y publicada por la OMS en su versión CIE-10 e incluso en la más actual CIE-11. El médico especialista optará por alguna de estas clasificaciones, según sea su formación profesional y su experiencia en la práctica diagnóstica.

En el DSM-IV se distingue entre la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, estableciendo en cada uno de los componentes un listado de criterios, también se indica que deben estar presentes por lo menos seis de los nueve criterios de desatención o por lo menos seis de los nueve criterios de hiperactividad-impulsividad, Se requiere que algunos de estos criterios hayan estado presentes antes de los siete años y que se presenten en más de un contexto.

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

- A) Algunos de los síntomas de hiperactividad-impulsividad, o de falta de atención, que causaron problemas estaban presentes antes de los siete años de edad.
- B) Algunos de los problemas causados por estos síntomas, están presentes en uno o dos lugares (v.g. la escuela o el trabajo).
- C) Debe haber evidencia clínica clara de trastornos significativos en el funcionamiento social y académico o en trabajo.
- D) Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un desorden penetrante del desarrollo –esquizofrenia u otros desórdenes psicóticos- y no se explican por otros desórdenes mentales (v. g. desórdenes del talante, de ansiedad, de disociación o de personalidad).

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Van-Wielink, 2004: 49-50).

En el DSM-5 se pauta el patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Que se caracteriza por: **Inatención e Hiperactividad e impulsividad**, en ambos se establece seis (o más) de los nueve criterios (particulares), manteniéndose durante al menos seis meses. Se enuncia que para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años) se requiere de un mínimo de cinco síntomas.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Criterios diagnósticos

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p.ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

<p>f. Con frecuencia habla escesivamente.</p> <p>g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).</p> <p>h. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).</p> <p>i. Con frecuencia interrumpida o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).</p> <p>B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p> <p>C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).</p> <p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p> <p>E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).</p> <p><i>Específica si:</i></p> <p>314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>314.00(F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>314.01(F90.1) Presentación predominante hiperativa/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante. Los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.</p> <p>Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave". Trastorno por déficit de atención/hiperactividad</p> <p>Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.</p>

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: APA, 2014: 59-61).

Con base en los criterios expuestos, Morrison establece una síntesis de las características esenciales del **trastorno por déficit de atención/hiperactividad** en su *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*, en donde expone lo siguiente:

Los maestros con frecuencia identifican y refieren para valoración a estos niños, que siempre se encuentran en movimiento e interrumpen la clase por su inquietud o jugueteo [...] también tienen dificultad para prestar atención y mantenerse concentrados en su trabajo o juego [...] Al distraerse con facilidad [...] no atienden a los detalles y, por lo tanto, cometen errores por descuido. Sus deficientes habilidades de organización les hacen olvidar trabajos u otros materiales y ser incapaces de dar seguimiento a los quehaceres o las citas.

Estos comportamientos permean muchos aspectos de sus vidas: la escuela, las relaciones familiares y la vida social fuera del hogar. Si bien las conductas pueden

modificarse en cierto grado con la edad, pueden acompañar a estos individuos durante la adolescencia y más allá.

Determine las D: Duración y datos demográficos (6 meses o más; inicio antes de los 12 años de edad). Discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal). Diagnóstico diferencial (2015: 34-35).

En la CIE-10 se denomina Trastornos hiperkinéticos (F90) y corresponde a los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98). En esta clasificación, se caracteriza a los niños hiperkinéticos:

...son a menudo, descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafío deliberado de las mismas, por falta de premeditación. Sus relaciones con los adultos suelen ser socialmente desinhibidas, con una falta de la prudencia y la reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y el lenguaje (CIE-10, 2000: 204).

En lo referente a los síntomas de la denominación de los Trastorno hiperkinéticos, se señalan los siguientes:

F90 Trastornos hiperkinéticos
<p>El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.</p> <p>G1. <i>Déficit de atención.</i> Por lo menos seis de los [9] síntomas de déficit de atención [si] persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño [...]</p> <p>G2. <i>Hiperactividad.</i> Al menos tres de los [5] síntomas de hiperactividad [si] persisten durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño [...]</p> <p>G3. <i>Impulsividad.</i> Al menos uno de los [4] síntomas de impulsividad [si] persisten durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño [...]</p> <p>G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.</p> <p>G5. <i>Carácter generalizado.</i> Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente).</p> <p>G6. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.), episodio maniaco (F30.), episodio depresivo (F32.) o trastornos de ansiedad (F41.).</p>

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: CIE-10, 2000: 204-205).

En términos de pautar algunas diferencias entre el DSM-IV-TR y la CIE-10, se cita lo siguiente:

1. La DSM-IV-TR hace un diagnóstico más inclusivo, de manera que permite diagnosticar a niños que dentro de la CIE-10, más restrictiva, no cumplirían criterios diagnósticos.
2. En la clasificación de la DSM se ha tendido a que todos los diagnósticos tuvieran igual peso, lo que hace habitual que los individuos cumplan criterios para varios de ellos. (...) En la CIE-10 los diagnósticos se jerarquizan más de manera que hay diagnósticos de orden superior que impiden o excluyen el diagnóstico de otro trastorno de orden inferior.
3. El trastorno hiperactivo-impulsivo prevalece sobre el trastorno de conducta en la CIE-10. Así, en presencia de ambos, siguiendo criterios CIE se diagnosticará trastorno hiperactivo-impulsivo, subcategoría de los trastornos de hiperactividad, y no se diagnosticará trastorno de conducta aparte (Parellada en: Parellada, 2009: 64-65).

Otros recursos que se utilizan para el diagnóstico son las pruebas psicológicas y escalas de evaluación que aportan información sobre aspectos cognitivos, teniendo en cuenta que ninguna escala o cuestionario determinan si el niño presenta dicho trastorno. Para su correcta aplicación se necesita de personal experimentado en el protocolo o procedimiento, análisis, interpretación de los resultados y reporte o informe, considerando las condiciones específicas.

Algunas pruebas psicológicas utilizadas para la detección del TDAH son:

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

Las escalas más utilizadas son:

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

Muchas de estas escalas tienen subescalas que permiten identificar varios síntomas característicos y las pruebas cognitivas se orientan a evaluar el déficit en la atención e impulsividad, al respecto Jané dice que:

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

En términos de revisar referencias más actualizadas sobre cómo realizar el diagnóstico o proceder con el protocolo clínico, presentamos las siguientes:

De la Peña, Galicia, Aguirre y Palacios en su Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños y Adolescentes, publicada por en 2017 por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, señalan al igual que algunos de los autores mencionados, que este trastorno integra 18 síntomas de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, de los cuales:

...9 son de inatención (dificultad para prestar atención, baja concentración, perder objetos, olvidos frecuentes, desorganización, dificultad para seguir instrucciones, cometer errores por descuido, parece que no escucha cuando se le habla, evita tareas que le requieren una atención sostenida); 6 para hiperactividad (movimientos excesivos del cuerpo al estar sentado, se levanta cuando se espera esté sentado, corre y trepa donde no debe, dificultad para jugar tranquilo, parece tener un motor interno, hablar en exceso) y 3 para impulsividad (adelantarse a dar respuestas, interrumpir, dificultad para esperar su turno) (2017:5).

Para establecer el diagnóstico en menores de 17 años, se requiere de la presencia de 6 criterios y para mayores de esta edad, 5. Asimismo indican, que este trastorno tiene tres diferentes presentaciones que pueden cambiar en el tiempo: la inatenta que requiere de 5 o 6 criterios de acuerdo con la edad de inatención, la

hiperactividad y la impulsividad y la presentación combinada que requiere diez o doce criterios (APA *apud.*, De la Peña *et al.*, 2017: 5).

El CADIME en su Boletín Terapéutico 33, expone una actualización sobre TDAH en la que indica que el protocolo a seguir implica:

- Utilizar los criterios diagnósticos del DSM-5 y/o de la CIE-10 para identificar y valorar los síntomas. En el caso de la CIE-10 son más restrictivos y definen pacientes con mayor gravedad, esta clasificación agrupa los síntomas en tres categorías y el DSM-5 los agrupa en dos.
- Se debe recabar información de varios informantes en los ambientes y situaciones familiares y escolares, usando diferentes técnicas como entrevistas, cuestionarios y observación directa.
- Realizar un diagnóstico diferencial para descartar otros trastornos neuropsiquiátricos que pueden causar los síntomas.
- Realizar una evaluación clínica, psicosocial y pedagógica que incluya:
 - Anamnesis, historia clínica y exploración física, neurológica y cardiovascular: antecedentes personales y familiares, desarrollo psicomotor, características (peso, talla, frecuencia cardíaca, presión arterial, etc.), comorbilidad y tratamiento concomitantes.
 - Contexto socio-ambiental y otros factores que pudieran influir en la interpretación de los síntomas y/o las conductas: situación familiar, laboral o escolar, formación, nivel cultural, vivienda, actividades culturales o deportivas, religión, etnia, acceso a servicios sanitarios y sociales, zona geográfica, etc.
 - Preferencias, actitud y expectativas del paciente y sus familiares y cuestiones que lo ilusionan o motivan.
 - Rendimiento académico, aprendizaje y habilidades cognitivas (2018: 29).

Finalizan este proceder, señalando que no está indicada ninguna prueba complementaria, pero en caso de sospechar de otra patología causante, se deberán realizar los estudios o pruebas específicos para precisar el diagnóstico.

Rusca y Cortez enfatizan que el diagnóstico del TDAH es clínico por lo que resultan útiles los criterios diagnósticos de los manuales internacionales como CIE-10, CIE-11 o el DSM-5, pero se trata de un trastorno del neurodesarrollo cuyos síntomas se

pueden observar de manera evolutiva, es decir el niño o niña los mostrará a lo largo de su desarrollo, resaltándose según sea el contexto o etapa. Los pasos que sugieren para realizar el diagnóstico son los siguientes:

- Realizar una historia clínica minuciosa, entrevistando a los padres para detallar los síntomas, intensidad, frecuencia y persistencia en tiempo y en contextos, antecedentes del desarrollo, médicos, psiquiátricos y familiares, así como el ambiente familiar, relaciones sociales y trayectoria en la escuela, factores estresantes y conflictos tanto en la familia como en la escuela.
- Considerar el reporte de profesores de la escuela para valorar la variabilidad de los síntomas en este contexto y determinar con la información proporcionada por la familia el grado de deterioro en el funcionamiento, así como recabar información para determinar la existencia de comorbilidad, sobre todo de trastornos de conducta, depresión, ansiedad, manías, tics, abuso de sustancias, psicosis y trastornos del aprendizaje.
- Entrevistar al niño, niña o adolescente.
- Aplicar pruebas psicológicas para evaluar las funciones ejecutivas porque ayudarán a objetivar el desempeño cognitivo, así como algunas otras para valorar el almacenamiento verbal, ejecución verbal central, almacenamiento visoespacial y ejecución visoespacial central.
- Importante considerar la posibilidad de realizar pruebas auditivas, visuales y de laboratorio para descartar causas orgánicas.
- En caso de sospechar algún trastorno epiléptico, alteración cerebral o algún síndrome genético, resulta necesario realizar un electroencefalograma, pruebas de imágenes y genéticas (2020: 152).

Con base en la información reportada, se puede anotar que el diagnóstico del TDAH es eminentemente clínico, por lo que médicos especializados como los psiquiatras y neurólogos son los certificados para llevarlo a cabo, auxiliándose de otros profesionales del área de salud para que en conjunto recaben la información clínica

necesaria y obtengan resultados y parámetros del funcionamiento tanto cerebral, neurológico, psicológico y social de la persona objeto de la exploración y observación, con la finalidad de ofrecerle un diagnóstico certero y asimismo el tratamiento adecuado para posibilitarle una mejor funcionamiento neurológico que le garantice un buen desempeño personal, escolar y social.

2.4. Predominio de síntomas¹ y Comorbilidad

La mayoría de los especialistas e investigadores consideran que el TDAH presenta tres síntomas característicos: dificultades para mantener la atención (inatención), dificultades para el control del impulso o inhibición (impulsividad) y excesiva actividad (hiperactividad), lo que lleva a establecer tipos según sea el predominio de la sintomatología. Van-Wielink plantea la siguiente tipología:

- TDAH de tipo combinado. Donde la hiperactividad y el problema de atención están presentes y ambos son significativos. Estos niños son fáciles de diagnosticar porque llenan todos los criterios del trastorno.
- TDAH de tipo inatento. En estos niños predomina la inatención, y por ello se les suele considerar como niños distraídos. [...] Éstos pequeños suelen tener más problemas académicos que de conducta y en este caso hay que hacer un buen diagnóstico diferencial con otras condiciones, por ejemplo, con la depresión infantil o enfermedades orgánicas como el hipotiroidismo.
- TDAH de tipo hiperactivo. En estos niños predomina la hiperactividad, y se les denomina “muy inquietos” en ellos son habituales los problemas de conducta en la escuela, en casa y con los amigos. (2004: 48-49)

Mendoza propone señalar los siguientes déficits:

1. Déficit de atención con hiperactividad, [en el que] se encuentran presentes todos los síntomas: inatención, impulsividad e hiperactividad. Es el que se presenta con mayor frecuencia.
2. Déficit de atención inatento, [en el que] predomina la inatención y no está presente la hiperactividad, por lo general éste es el que se diagnostica más tardíamente.

¹ De acuerdo con los autores es usual señalar una tipología de este trastorno, pero en la explicación de ésta se hace referencia al predominio de la sintomatología.

3. Déficit de atención con impulsividad, [en el que] no está tan marcada la inatención pero la inquietud y la impulsividad son la causa principal de los problemas. (2003: 24)

A diferencia de los anteriores, Castells y Silber prefieren caracterizar tres perfiles:

El perfil descrito como **disatencional** presenta características ansiosas, de miedo y aprensión, confusos y no demasiados atentos, lo que les lleva a una pérdida importante de información. Se muestran además como lentos y perezosos y dan muestras de vagar sin rumbo fijo y parecen estar fuera de lugar. [...] Se encuentra asociado a problemas de memoria y en general con los que el cerebro codifica y procesa la información de entrada.

El perfil **impulsivo**, se muestra muy inquieto cuando debe permanecer sentado y no puede permanecer en esta posición cuando se espera que lo haga. En situaciones desapropiadas corre o trepa de forma excesiva. Habla, igualmente, de manera excesiva, teniendo grandes dificultades en permanecer callado. También se encuentra sumido en una actividad constante, como si estuviera literalmente impulsado por un motor. En cuanto al perfil **combinado**, han de encontrarse implicadas las características de los dos subtipos descritos anteriormente. (*apud.*, Castells, 2006: 65)

Cada tipo, perfil o déficit remite al predominio de alguno o varios de los síntomas característicos del TDAH, por lo que estas tipificaciones se pueden emplear como criterios para observar a la persona en los diferentes contextos en los que interactúa y así establecer la preminencia.

Sobre la inatención se puede entender como: "...la incapacidad para mantener la atención de manera continua en tareas que no sean altamente motivadoras. Habría también una dificultad para recordar y seguir instrucciones y para resistir las distracciones cuando se está intentando seguir aquéllas" (Parellada en: Parellada, 2009: 46). Las personas que presentan dificultades para mantener la atención "...luchan, a veces, con todas sus fuerzas [para concentrarse] en actividades que son más largas de lo normal, especialmente aquellas que son aburridas, repetitivas o pesadas" (Barkley, 1999: 46). Este síntoma está relacionado con la ausencia de interés y motivación en la actividad, por lo que la persona se distrae muy fácilmente.

En cuanto a la impulsividad se le puede referir como "...una falla para inhibir los impulsos nerviosos, instintivos o reflejos [pero cuando los controlamos] por un tiempo adecuado podemos entonces pasar a un análisis [...] y decidir actuar o no

de tal o cual manera” (Van-Wielink, 2004: 42). Cuando prevalece este síntoma, la persona no piensa en las consecuencias de sus actos, actúa de manera inmediata, lo que en la mayoría de las ocasiones implica riesgos y molestias. A esto, Castells agrega que la impulsividad se puede manifestar en dos áreas o dimensiones:

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

La hiperactividad es cuando la persona presenta un movimiento y actividad constantes, no puede permanecer quieto y su aceleración ocasiona molestia en quienes se encuentran cerca de él o ella. Van-Wielink define a este síntoma como:

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

No obstante de la diferencia en la manifestación según el género, Parellada describe a la hiperactividad como:

...en continuo movimiento, incapaces de estar quietos un momento. La necesidad de movimiento puede mostrarse de una manera ruidosa, [...] saltando, brincando, gritando, corriendo, con continuos pequeños accidentes, o de una forma más disimulada. [...] suelen tener una actividad desorganizada, empezar muchas acciones diferentes que no terminan, juegan a algo, cambian, retoman, inician otra actividad, no se mantienen hasta el final en ninguna de las tareas que inician. [...] También es típico que estos niños hablen mucho, rápido y a veces muy alto. [...] Otra de las características fundamentales a nivel cognitivo es la dificultad para la planificación y organización de tareas y actividades [...] disfunción ejecutiva (en: Parellada, 2009: 50-51).

En el DSM-IV se establecen tres subtipos de TDAH:

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

TDAH Hiperactividad/Impulsividad.	Menos de 6 ítems en Inatención. Más de 6 ítems en Hiperactividad e Impulsividad.
-----------------------------------	--

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Vallés, 2006: 109).

En el DSM-5 se especifican 3 tipos de presentación y niveles de gravedad.

Especificar si:

Presentación combinada.	Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses
Presentación predominante con falta de atención.	Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
Presentación predominante Hiperactividad/impulsividad.	Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial:	Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.
-----------------------------	---

Especificar la gravedad actual:

Leve	Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
Moderado	Síntomas o deterioros funcionales entre "leve" y "grave".
Grave	Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o labora.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: APA, 2014: 60-61).

En la CIE 10 se plantean los Trastornos hiperkinéticos y en esta clasificación, se enuncia: el Trastorno de la actividad y de la atención, categoría que a su vez incluye dos trastornos y un síndrome:

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Trastorno por hiperactividad con déficit de atención Síndrome de déficit de atención con hiperactividad

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: OMS, 2000: 206).

Con diferencia a los predomios que plantea la CIE 10 y con cierta afinidad a los predomios del DSM-5, la actual versión CIE 11 presenta 3 predomios: déficit de

atención, hiperactividad-impulsividad y el combinado con 3 intensidades: leve, moderado y grave. Éstas y otras diferencias en sus especificaciones para los criterios se presentan en la siguiente tabla:

CRITERIOS CIE 11	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Patrón persistente (al menos 6 meses) de falta de atención, hiperactividad-impulsividad o ambos. ■ Comienzo típicamente en la niñez temprana o media. ■ Los síntomas interfieren con el funcionamiento académico, ocupacional o social. 	<p>Además, debe haber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad antes de los 12 años de edad. ■ Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad en dos o más entornos (p. ej., en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
Hay pruebas claras de que los síntomas interfieren en el funcionamiento social, académico o laboral o reducen su calidad.	
Los síntomas no ocurren de manera exclusiva durante el transcurso de esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no son explicados mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).	
<p>Especificar (para los últimos 6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ F90.0 [214.00] Presentación con predominio de déficit de atención. Se cubren los criterios para falta de atención, pero no los de hiperactividad/impulsividad. ■ F90.1 [314.01] Presentación con predominio de hiperactividad/impulsividad. <p>El caso contrario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ F90.2 [314.01] Presentación combinada. Se cumplen ambos criterios. 	<p>Especifique si:</p> <p>En remisión parcial. Cuando la condición persiste (quizá hasta la edad adulta), es posible que se pierdan síntomas suficientes, de manera que los criterios completos ya no se cubren, pero persiste la disfunción.</p> <hr/> <p>Especifique la intensidad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Leve. Se identifican síntomas escasos. ■ Moderada. Intermedia. ■ Grave. Se experimentan muchos síntomas, mucho más que los que se requieren para establecer el diagnóstico.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Fuente Modificada del CIE 11 por CENETEC, 2022: 18).

Los criterios, la edad de manifestación, los predominios y los niveles de intensidad que se especifican en las clasificaciones internacionales actuales, es decir el DSM-5 y CIE-11 no discrepan, al contrario permiten coincidencia para que los psiquiatras y neurólogos sustenten su diagnóstico y con base en el reporte, prescriban el plan de tratamiento a seguir por parte del paciente con el consentimiento de la familia.

Es importante recordar que en la realización del diagnóstico, el médico especialista debe considerar otros síntomas que pueden confundirse con la característica del trastorno y que es conocida como secundaria y que pueden referir a la comorbilidad, entendida como los "...trastornos psiquiátricos o de aprendizaje que coexisten con

la condición diagnóstica” (Michanie *apud.*, Joselevich, 2006: 42), lo que significa que en la condición compleja del TDAH pueden presentarse otras alteraciones, desórdenes e impedimentos de otro u otros trastornos.

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

Los trastornos que pueden asociarse con el TDAH son los siguientes:

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

Este trastorno presenta un patrón comportamental caracterizado por:

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

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

Trastornos del estado de ánimo, como la depresión que presenta mayor prevalencia y se caracteriza por tristeza profunda o irritabilidad persistente, pérdida de interés en la mayoría de actividades, que puede acompañarse de cambios en la alimentación, cansancio, falta de concentración, sentimientos de culpa y presentar ideas de suicidio.

Jensen y otros autores indican que el 30% de los niños con TDAH presentan algún trastorno del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno bipolar, etc.) [...]. En los casos de depresión, los niños muestran irritabilidad, agresividad, agitación, dificultades

para concentrarse, ánimo decaído preocupación interna, apatía y alteraciones del sueño (insomnio e hipersomnia). (Vallés, 2006: 144)

Trastornos de conducta, que refieren a cualquier acción que rebase los límites o normas sociales, por lo que es importante tener en cuenta que:

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

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

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

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

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

Otros trastornos que pueden presentarse son: el bipolar maníaco depresivo, específicos de lenguaje, trastornos del sueño y descoordinación motora y/o disfunción motora distal.

Llanos *et al.*, realizaron un estudio con población escolarizada para estimar la prevalencia del TDAH y comparar los datos con la literatura médica, resultados que reportaron que el trastorno oposicionista desafiante presentó el 44,06%, dato que coincide con los hallazgos a nivel mundial porque:

es uno de los factores de peor pronóstico para el TDAH [y] se caracteriza por la presencia de conductas hostiles hacia figuras de autoridad, desobediencia y actitudes retadoras que conllevan a una serie de alteraciones familiares, escolares y sociales, que en últimas se asocian a conductas delictivas y de riesgo (2019: 106).

Como segunda causa de comorbilidad, los autores de estudio indican que los trastornos del estado de ánimo arrojaron el 30,5%, porcentaje similar con los reportados por otros estudios (2019: 106).

Con respecto a la ansiedad, el resultado fue de 20,3% que se confronta con un porcentaje elevado en otros estudios. La posible explicación, considerando los hallazgos genéticos es que estos trastornos se potencian entre ellos (Cornejo *et al.*, *apud.*, Llanos *et al.*, 2019: 106).

A continuación se presentan los trastornos que cursan con el TDAH y que se consideran la condición de comorbilidad:

COMORBILIDAD CON TDAH	
Trastorno	Tasa aproximada en niños con TDAH
Trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura de cálculo)	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora/ Retraso de la coordinación motora	El 47% cumplen criterios de TCDM/el 52% tienen retraso en la coordinación motora

Trastornos del desarrollo del habla, Trastornos expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10-54% dificultades expresivas, principalmente pragmática
Trastornos generalizados de desarrollo	Hasta el 26% de los niños con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) pueden presentar TDAH tipo combinado
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40 y el 60%
Trastorno disocial	14,3%
Trastorno de tics/síndrome de Tourette	10,9%
Trastorno por abuso de sustancias	En la adolescencia el riesgo es 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y el 35%
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60%

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en la información en: CADDRA, *apud.*, CENETEC, 2022: 19).

Lo que muestra la tabla, como observará el lector, es la amplia gama de trastornos que pueden coexistir con el TDAH, condición neurológica que exige de parte del médico especialista que realizará el diagnóstico, hacer un examen clínico cuidadoso, así como la observación minuciosa de la sintomatología y contar con reportes veraces y exhaustivos sobre los comportamientos del niño, niña o adolescente, sus rutinas tanto en casa como escuela y todo aquel detalle y descripción que se relacione sobre el cuadro de síntomas, la intensidad y frecuencia de los mismos para determinar el tipo o predominancia del trastorno y con base en esto, proceder a determinar el tratamiento a seguir con la finalidad de minimizar el deterioro funcional que esté experimentando el paciente.

2.5. Tratamiento farmacológico

Una vez realizado el diagnóstico es necesario determinar el tratamiento que puede ser multidisciplinar, multimodal o integral, lo que significa que muchos de los médicos especialistas que lo realizan, cuentan con la colaboración de otros especialistas en áreas de salud afines para identificar la sintomatología primaria, así como las consecuencias más preocupantes en las demás áreas del desarrollo

psicológico, social y cognitivo del paciente, con la finalidad de proponer un tratamiento que considere tanto lo farmacológico como lo psicosocial.

Para los fines de este trabajo, primero abordaremos el Tratamiento farmacológico y en el siguiente apartado lo relativo al Psicosocial, sin embargo éstos deben considerarse como la propuesta de tratamiento integral, según las actuales guías de buena praxis clínica, que también se presentarán.

Con respecto a los fármacos más eficaces para el tratamiento del TDAH Castells indica que son los psicoestimulantes, entre los que destaca el metilfenidato por su rápida acción, porque "...su mecanismo de acción incrementa la presencia de sustancias neurotransmisoras (catecolaminas: dopamina y noradrenalina) en el espacio sináptico de las neuronas cerebrales" (2006: 96). Aconseja no administrarlo en menores de 6 años porque los efectos secundarios son: pérdida del apetito, dificultades para conciliar el sueño nocturno, irritabilidad, dolor de cabeza, dolor abdominal, pérdida del peso y disminución en el crecimiento. También señala que es recomendable supervisar la dieta para que sea baja en azúcares, la eliminación o reducción de los alérgenos (sustancias que pueden causar alergias), aporte de suplementos apropiados como: vitaminas, minerales, ácidos grasos y aminoácidos, la detección de toxicidad por metales pesados (plomo, cadmio, entre otros) y el tratamiento en alteraciones intestinales (2006: 106).

Findling y Dogin, plantean que el uso de ciertos fármacos pueden mejorar de forma importante los periodos de atención, disminuir la distracción y la sobreactividad hasta en 80%. En este tipo de tratamiento pueden emplearse estimulantes o antidepresivos; los primeros se consideran de primera línea y su prescripción es para incrementar la cantidad de neurotransmisores, que activarán las neuronas por más tiempo y así mismo disminuirá la conducta oposicionista, mejorando la habilidad del niño (a) para interactuar con su medio. Cabe mencionar que "los estimulantes no curan, aunque sí actúan activando el cerebro y minimizando los síntomas ¡mientras se toman!" (*apud.*, Van-Wielink, 2004: 101). El uso de estos

fármacos puede tener efectos secundarios, que suelen ser poco visibles y transitorios como: cefalea, dolor estomacal, problemas de sueño, el llamado rebote (aumento de la hiperactividad), problemas de crecimiento y presencia de tics (2004: 102).

Los antidepresivos se emplean para tratar la depresión obteniendo un 70% de efectividad, suelen ser la primera opción cuando existen tics, o cuando los estimulantes no se pueden prescribir. Disminuyen la sobreactividad motora y la impulsividad, sin embargo, al igual que los estimulantes suelen tener efectos secundarios como: problemas cardiovasculares, boca seca, incremento en la presión sanguínea y náuseas (2004: 103).

Barragán *et al.*, enfatizan que el tratamiento farmacológico más empleado son los estimulantes y uno de ellos es el metilfenidato que es altamente efectivo. Para el tratamiento de comorbilidades como los trastornos de tics/Tourette, epilepsia y el antecedente de abuso de sustancias, se pueden emplear los estimulantes pero con precaución. No existe el riesgo adictivo en la prescripción de los estimulantes y el tratamiento a mediano y largo plazo ha demostrado que impacta positivamente en la calidad de vida de los pacientes (2007: 329).

Al respecto, Moreno menciona que antes de iniciar el tratamiento se deben plantear con los padres las siguientes cuestiones:

1. La medicación es sólo una parte del tratamiento. Los padres y terapeutas deben colaborar con el manejo global, igual que, a ser posible otros profesionales que interactúen con el niño, como por ejemplo sus profesores.
2. La medicación suele mejorar los síntomas nucleares del trastorno pero puede tener efectos secundarios.
3. El tratamiento probablemente se necesite durante varios años.
4. El tratamiento requiere una evaluación periódica (en: Parellada, 2009: 198).

Asimismo coincide con los autores anteriores en que los psicoestimulantes como el metilfenidato, pemolina y dextroanfetamina, son fármacos de primera elección para

el TDAH, puesto que mejoran el rendimiento y la concentración, además de que se observa una mayor facilidad para seguir normas, disminución de la impulsividad y de la agresividad. Se recomienda no usarse antes de los seis años por el riesgo de causar efectos secundarios. La medicación es sólo una parte del tratamiento aunque suele mejorar los síntomas nucleares del trastorno (en: Parellada, 2009: 186).

Algo importante a resaltar por parte de este autor es que se deben conocer los tratamientos establecidos por los organismos autorizados en cada país, que validan los tratamientos y medicamentos.

TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS
<i>Psicoestimulantes</i> (primera línea de actuación) <i>Antidepresivos tricíclicos</i> (segunda o tercera línea) Atomoxetina (segunda línea de actuación) Bupropion (segunda línea de actuación)
<i>Eficacia probable:</i> Clonidina Venlafaxina Modafinilo
<i>Posible eficacia:</i> α -bloqueantes
<i>Eficacia posible pero con equilibrio riesgo/beneficio desfavorable:</i> IMAO (Antidepresivos inhibidores de la monaminoxidasa) <i>Probablemente ineficaces:</i> ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Moreno en: Parellada, 2009: 216).

Agrega el autor que los fármacos estimulantes son los psicofármacos de primera elección para el TDAH porque mejoran el rendimiento y la concentración de la mayoría de niños y adolescentes además de mayor facilidad para seguir normas y una disminución de la impulsividad y de la agresividad. Es importante que antes de prescribir cualquier medicación se realice una exhaustiva exploración física (en: Parellada, 2009: 187).

En lo que respecta a los efectos adversos y sus estrategias de manejo, Moreno presenta lo siguiente:

<i>Efectos secundarios</i>	<i>Estrategias de manejo</i>
<i>Efectos adversos intolerables</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar relación causal entre el efecto y la medicación. • Determinar cuándo sucede (efecto pico vs.fin de dosis). • Considerar cambios en: <ul style="list-style-type: none"> -Hora de administrar (antes/después). -Preparado (de acción corta a prolongada). -Tipo de estimulante. -Casa farmacéutica (de genérico a no genérico). -Medicación coadyuvante (clonidina, mirtazapina).
<i>Empeoramiento o falta de respuesta frente a los síntomas cardinales de TDAH (inatención, distraibilidad, hiperactividad, impulsividad)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar dosis de estimulante. • Cambiar la hora de administración (adelante y/o retrasar tomas) ajustando la duración del efecto para aquellas situaciones que requieran de un mayor control (clase, autobús de la escuela, actividades extraescolares...). • Cambiar de estimulante. • Considerar tratamientos alternativos (atomoxetina, antidepresivos, clonidina).
<i>Pérdida de apetito, pérdida de peso</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar peso. • Administrar estimulante con las comidas. • Añadir suplementos nutricionales. • No forzar a comer si no se quiere.
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ciprotheptadina. <input type="checkbox"/> En caso de administración reciente de pemolina, chequear función hepática.
<i>Problemas de sueño (insomnio)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evitar administrar la toma de la tarde o adelantarla en el tiempo. <input type="checkbox"/> Cambiar a preparados de acción corta. <input type="checkbox"/> Utilizar bajas dosis nocturnas de clonidina, antihistamínicos, antidepresivos (mirtazapina, amitriptilina), melatonina.
<i>Mareos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chequear tensión arterial. <input type="checkbox"/> Beber más líquidos. <input type="checkbox"/> Cambiar a preparados de acción prolongada.
<i>Efecto rebote</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambiar a preparados de acción prolongada. <input type="checkbox"/> Cambiar hora de administración. <input type="checkbox"/> Solapar dosis de estimulantes (normalmente en torno a 30 minutos). <input type="checkbox"/> Combinar preparados de acción corta y prolongada. <input type="checkbox"/> Tratamientos coadyuvante (dosis bajas de clonidina o antidepresivos tricíclicos). <input type="checkbox"/> Considerar otro tratamiento.
<i>Irritabilidad, tristeza, cambios de humor, agitación.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluar cuando sucede: <ul style="list-style-type: none"> -Efecto pico de dosis (reducir la dosis de medicación por toma). -Efecto fin de dosis (manejar conforme un efecto rebote). <input type="checkbox"/> Reducir la dosis. <input type="checkbox"/> Cambiar a otro preparado. <input type="checkbox"/> Descartar otro trastorno psiquiátrico comórbido. <input type="checkbox"/> Tratamiento coadyuvante (antidepresivos, litio, anticonvulsivantes...).
<i>Problema de crecimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorizar.

	<input type="checkbox"/> Comparar con antecedentes o historia familiar (altura). <input type="checkbox"/> Suspender medicación durante fines de semana y periodos vacacionales. <input type="checkbox"/> Derivar al pediatra para valoración. <input type="checkbox"/> Cambiar a otra medicación no estimulante (atomoxetina, nortriptiliana, clonidina, guanfacina, bupropion.
<i>Desarrollo de tics o presencia de un trastorno comórbido de tics o síndrome de Tourette</i>	<input type="checkbox"/> Valorar si persisten los tics una vez que se interrumpa el tratamiento. <input type="checkbox"/> Utilizar medicación alternativa (atomoxetina, clonidina, antidepresivos tricíclicos). Si no se advierte mejoría con una nueva medicación, probar a reintroducir los estimulantes con cautela. <input type="checkbox"/> Considerar el uso de medicación coadyuvante junto con los estimulantes para tratar los tics (atomoxetina, clonidina, desimipramina, risperidona, ziprasidona, haloperidol, pimozide.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Moreno en: Parellada, 2009: 193-194).

Con la intención de que el lector pueda informarse sobre los diferentes planes de tratamiento que sugieren algunos médicos especializados e instituciones clínicas que tratan a pacientes con la sintomatología del TDAH, se presentarán en tablas con la finalidad de hacer más sencilla la representación de tan importantes fármacos, características, eficacia, duración e incluso efectos adversos.

En la Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, se indica que el plan de tratamiento debe ser comprehensivo, multimodal e individualizado de acuerdo a las necesidades del paciente. La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico es responsabilidad del médico, quien la debe compartir con el paciente y con los padres.

A continuación se presenta el esquema farmacológico recomendado para pacientes infantiles:

Tipo de fármaco	Características	Medicamento	Duración de la acción	Eficacia
Estimulantes	Se absorben rápidamente, baja unión a proteínas plasmáticas y su metabolismo es rápido.	Metilfenidato	Liberación inmediata: alivia los síntomas por 4 horas aprox. Liberación prolongada: eficacia y seguridad durante todo el día.	

Profármaco de la dextroanfetamina (Estimulante).	Liberación gradual, estable y prolongada del fármaco	Lisdexanfetamina	Administración de una dosis diaria matutina	Efecto mayor en relación al metilfenidato. Mayor reducción de síntomas.
No estimulante		Atomoxetina		Tratamiento de 2ª línea.
Antidepresivos		Bupropion y tricíclicos		Tratamiento de 3ª o 4ª línea.
		Clonidina	Individualizarse para casos de fármaco resistencia y enfermedades médicas	
Eficacia y seguridad de atomoxetina, bupropion, clonidina, guanfacina, lisdexanfetamina y metilfenidato.		Lisdexanfetamina. <hr/> Metilfenidato		Tasa menor de efectos adversos. <hr/> Tasa menor de abandonos por los efectos adversos.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2009:16-18).

En cuanto al tratamiento farmacológico para grupos específicos de pacientes, esta Guía Clínica propone lo siguiente:

PREESCOLARES			
No se recomienda tratamiento farmacológico como primera opción de manejo. El uso de medicamentos debe iniciarse sólo en caso de que las intervenciones psicoeducativas y las modificaciones conductuales y ambientales no hayan reportado beneficios sustantivos. Debe valorarse el riesgo-beneficio de la medicación.			
Línea de tratamiento	Medicamento	Dosis	Recomendaciones
Primera opción para iniciar tratamiento.	Metilfenidato de liberación inmediata.	2.5 mg/día incrementar gradualmente en caso de ser necesario cada dos o tres semanas.	Dosis recomendada va de 2.5 a 7.5 mg/día (en 3 tomas).
	Atomoxetina	1.25 a 1.5 mg/kg/día.	

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2009:18-19).

ESCOLARES			
Línea de tratamiento	Medicamento	Dosis	Recomendaciones
1ª Línea de tratamiento. Estimulantes:	Metilfenidato de liberación prolongada. <hr/> Lisdexanfetamina	0.5 a 1 mg/kg/día. <hr/> No se ajusta por kg de peso, se recomienda iniciar con una dosis diaria por la mañana de 30 mg/d	La elección del estimulante queda a juicio del médico. En caso de ineffectividad y/o efectos colaterales que no permita el uso de estimulantes, la atomoxetina se recomienda. Antes de cambiar medicamento es necesario revalorar el diagnóstico y trastornos asociados.
2ª Línea de tratamiento.	Atomoxetina	1.2 a 1.5 mg/kg/día	Medicamento recomendado para escolares con TDAH.

3 ^a Línea de tratamiento	Antidepresivos tricíclicos	1 a 4 mg/kg/día	Previa toma de ECG Antes de cambiar medicamento es necesario revalorar el diagnóstico y trastornos asociados.
		3 a 5 mcg/kg/día	
	Antagonistas alfa-adrenérgicos (Clonidina)	100 a 400mg/día	
	Modafinilo bupropion	3 a 6 mg/kg/día	

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2009:19).

ADOLESCENTES			
Línea de tratamiento	Medicamento	Dosis	Recomendaciones
1 ^a Línea de tratamiento	Lisdexanfetamina o	30 mg/d hasta 70 mg/d de acuerdo a la respuesta observada.	Se recomienda utilizar las Formulaciones de acción prolongada ya que el apego al tratamiento es mayor, además elimina la necesidad de administrar dosis durante los horarios de la escuela y permite niveles plasmáticos estables a lo largo del día.
	Metilfenidato	0.3 mg/kg/día hasta 1.2.mg/kg/día, sin rebasar los 72mg al día.	
2 ^a Línea de tratamiento	Atomoxetina	Iniciar dosis de 0.5 mg/kg/día hasta alcanzar e una a tres semanas después la dosis de 1.2 y hasta	La respuesta a atomoxetina se obtiene generalmente después de la cuarta semana de mantener el tratamiento en dosis terapéuticas, por lo cual se sugiere evaluar respuesta clínica tanto en hogar como en escuela a través de escalas.
		1.8 mg/kg/día en una sola dosis dividida en dos.	
3 ^a Línea de tratamiento	Bupropion	3-6 mg/kg/día o si pesan más de 35 kg., de 150 a 300 mg/día.	
	Venlafaxina	Iniciar 37.5 mg/día e incrementar según mejoría cada 7 días hasta 150 o 300 mg/día	
	Modafinil	200 mg/día, se puede elevar a 500mg/día.	
	Antidepresivos tricíclicos	1-5 mg/kg/día	

	Desipramina	Dosis media de 5 mg/kg/día.
	Imipramina	Se debe iniciar dividida e dos dosis a lo largo del día, empezando con 1 mg/kg/día, con un máximo de 5 mg/kg/día.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: De la Peña *et al.*, 2017: 9-10).

Como complemento a estas dos propuestas de tratamiento farmacológico, Rusca y Cortez plantean que lo conveniente a seguir es un tratamiento individualizado que considere la cronicidad y su impacto en la condición de las manifestaciones del trastorno. El tratamiento farmacológico que recomiendan en términos de las líneas u orden, es el siguiente:

Línea de tratamiento	Medicamento	Dosis	Efectos secundarios
1 ^a Línea de tratamiento	Metilfenidato	0.2 mg/kg durante 4 a 6 semanas hasta un máximo de 60 mg/kg/día.	Antes de iniciar tratamiento, es necesario recabar historia sobre riesgos cardiovasculares, y monitoreo de la presión arterial y frecuencia cardíaca. Los efectos secundarios son: cefalea, disminución del apetito, insomnio, dolor abdominal, náuseas, irritabilidad, mareos, disminución de peso e incremento de presión arterial.
2 ^a Línea de tratamiento	Atomoxetina	Recomendado para pacientes con labilidad emocional o tics, aquellos que no responden a metilfenidato.	

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Rusca y Cortez, 2020: 153).

A manera de conclusión de este apartado, podemos señalar que el tratamiento farmacológico o psicofarmacológico como precisan las referencias citadas, es una etapa importante y base de apoyo para incidir en los síntomas conductuales y cognitivos del trastorno, así como para otras alteraciones que se asocien. El

tratamiento debe ser individualizado para cada niño, niña o adolescente dependiendo de qué tan severos son los síntomas, de la comorbilidad, de la afectación funcional y de la respuesta al mismo. Hay una variedad de medicamentos que actúan sobre los neurotransmisores, como los estimulantes (metilfenidato) porque inciden sobre el neurotransmisor dopamina, siendo la primera elección para el TDAH no severo, en cambio los no estimulantes como atomoxetina tienen efecto sobre la noradrenalina y otros fármacos son utilizados para la sintomatología comórbida.

Una vez realizado el diagnóstico, el médico tratante tiene que explicar el plan de tratamiento farmacológico a los padres, por lo que debe ser muy paciente y explícito para que ellos comprendan la importancia, los efectos y la responsabilidad para seguirlo al pie de la letra, así como observar la respuesta en su hijo o hija y de esta manera retroalimentar al médico sobre los efectos para que valore si es o no oportuno cambiar la dosis e incluso cambiar de medicamento.

Al comprender el tratamiento, la familia puede solicitar a la escuela que los apoye en el seguimiento, para que los docentes observen la respuesta del niño o niña e informen de cualquier cambio en su comportamiento y de la sintomatología del trastorno. Resulta muy útil e importante que la familia y la escuela colaboren en el seguimiento para retroalimentar al médico tratante y de esta manera realice controles periódicos de la evolución del trastorno, ajustes en la dosis y valore los efectos adversos del tratamiento farmacológico.

2.6. Tratamiento psicosocial

Este apartado abordará lo que algunos médicos especializados e investigadores clínicos han propuesto como parte del tratamiento multimodal o multidisciplinario del TDAH, dada la complejidad del mismo y las diversas áreas del funcionamiento en la vida diaria del paciente, razón por la que los equipos de profesionales que diagnostican clínicamente a la persona, analizan éstas para prescribir un

tratamiento integral. En este sentido, el tratamiento multimodal permite contemplar tanto el tratamiento farmacológico como el psicosocial, en el que se indica la necesidad de llevar tratamiento terapéutico mediante técnicas cognitivas y de modificación conductual, cuyas experiencias reportadas en diferentes estudios han logrado cambios significativos tanto en comportamientos como en actitudes, máxime cuando son niños, niñas y adolescentes porque con este tipo de apoyos, mejoran sus dificultades cognitivas y sociales en la interacción con sus familias y en el contexto educativo.

Es importante señalar que una segunda parte de este apartado será el manejo psicoeducativo que las instituciones educativas deben proponer en correspondencia y coherencia con las prescripciones clínicas de las instituciones de salud en la que son atendidos los alumnos y así mismo con los preceptos de la educación inclusiva, que como se indicó en el tercer apartado del capítulo 1, es el modelo educativo que ha decretado la SEP en nuestro país. Por esta razón no consideramos pertinente separar este abordaje porque lo consideramos como fundamental para la atención tanto médica o clínica, terapéutica y psicoeducativa que las escuelas deben proponer y realizar en colaboración con el equipo de diversos profesionales que revisan periódicamente al niño, niña o adolescente, para ofrecerles como alumnos, una respuesta educativa de calidad a sus necesidades de aprendizaje, proporcionándoles los apoyos necesarios para minimizar y erradicar las BAP que enfrenten tanto en el contexto familiar como en el escolar y social.

Para Van-Wielink el tratamiento multidisciplinario contempla el psicosocial y el farmacológico. En cuanto al tratamiento psicosocial comprende: la *modificación conductual*, cuyo objetivo fundamental es "...[establecer] en [la persona] con TDAH conductas correctas que le ayuden a subsanar sus [dificultades]" (2004:87); *modificación por la educación*, en la que es importante informar [a la persona que lo presenta], familia y docentes de la escuela, sobre lo que implica este trastorno con la finalidad de asegurar la mayor participación y mejorar las relaciones del alumno (a) con su padres, pares y con el resto de la comunidad escolar (2004: 88).

Castells propone que el tratamiento debe organizarse por sectores, considerando: lo médico, lo conductual, lo emocional y lo escolar (2006: 106) y de manera particular, refiere que la terapia debe abordarse multidisciplinariamente para que el niño, niña o adolescente conozca el impacto que causa este trastorno en su comportamiento y aprenda a controlar y regular sus acciones y emociones, así como ciertos eventos del entorno. “Los padres y educadores necesitan conocer las características primordiales del TDAH y el empleo de técnicas básicas para modificar las conductas indeseables que produce este trastorno” (Castells, 2006: 92). Por lo tanto el tratamiento debe concebirse como un control externo que depende de la familia, profesores y amigos para que el paciente logre progresivamente un autocontrol.

Moreno menciona que primero se debe corroborar el diagnóstico, para después proceder con el abordaje psicoeducativo, como son las intervenciones psicoterapéuticas (terapia cognitivo-conductual), intervenciones familiares, educativas y psicosociales, sin olvidar el tratamiento psicofarmacológico (en: Parellada, 2009: 181).

Sipos indica que las dificultades crónicas que pueden enfrentar los niños, niñas y adolescentes que presentan el TDAH tienen efectos a largo plazo, más importantes que la sintomatología primaria, como son: el rendimiento y fracaso escolar, las dificultades en las relaciones interpersonales y la baja autoestima, además del sufrimiento que esto les representa y que comparte la familia; situaciones que conllevan a presentar alteraciones en el estado de ánimo, trastornos de conducta y comportamientos inadecuados y delictivos (en: Parellada, 2009: 242).

Las bases biológicas del trastorno y la eficacia del tratamiento farmacológico en el control a corto y mediano plazo, son hechos que se han comprobado, pero la mejoría sintomatológica resulta con frecuencia insuficiente porque las condiciones del trastorno afectan todas las áreas de vida del niño, niña o adolescente y

comprometen su desarrollo cognitivo, emocional y social, dando lugar a la aparición de patrones de comportamiento inadecuados, interacción social perturbadora, pensamiento negativo, bajo autoconcepto y baja autoestima, que persistirán a lo largo de la vida si no se interviene para modificarlos. Actualmente existen modalidades terapéuticas que en sustitución o en combinación con la prescripción farmacológica, permiten un tratamiento con amplitud de tiempo para abordar la complejidad. De esta manera, la autora propone un tratamiento individual y un tratamiento familiar y a continuación se presentarán los aspectos más importantes de cada tratamiento con la finalidad de sintetizar estas propuestas terapéuticas.

<p>Tratamiento individual: Su objetivo es que el niño, niña o adolescente comprenda sus dificultades, analice las causas y consecuencias de su comportamiento y se implique activamente en el cambio progresivo de sus conductas más conflictivas. Todo esto requiere que el paciente descubra y ponga en funcionamiento sus capacidades y recursos personales, lo que llevará una mejoría en el concepto de sí mismo, aumento de su autoestima y autoconfianza y por tanto, un mejor desarrollo psicológico y emocional.</p>
<p>Requiere: de una evaluación detallada sobre las dificultades reales y concretas del paciente, evitando comparaciones y extrapolaciones teóricas. Esta evaluación debe ser dinámica, porque el desarrollo de la persona puede resolver o hacer aparecer situaciones problemáticas diferentes. De esta forma se podrán determinar las medidas necesarias para cada paciente a fin de diseñar un programa de intervención. Es importante que el terapeuta ayude al paciente y a los padres a desarrollar expectativas adecuadas y razonables sobre la evolución del trastorno y la eficacia del tratamiento.</p>
<p>Tratamiento cognitivo: la terapia cognitiva se basa en las teorías del aprendizaje y se orienta a corregir las distorsiones o errores específicos y habituales en el pensamiento (cognición), favoreciendo recursos y habilidades, estableciendo estrategias de planificación y organización para que el paciente sea capaz de alcanzar por sí mismo autonomía, propiciando su adaptación y desarrollo psicológico; por tanto, el primer objetivo de esta intervención será que adquiera conciencia de su falta de atención, de su conducta hiperactiva y de las dificultades para reconocer o diferenciar sus emociones.</p> <p>Las técnicas cognitivas se emplean asociadas a las técnicas de modificación de conducta. Como tratamiento exige la colaboración de los padres y profesores por lo que resulta importante su entrenamiento en la aplicación de las técnicas.</p> <p>Intervención: Se inicia con la valoración de la autoevaluación, cuyo objetivo es ayudar a la persona a tomar conciencia de sus capacidades, de las cosas que hace bien, así como de sus limitaciones y de la búsqueda de alternativas.</p> <p>Técnicas:</p>
<p>Autoevaluación de tareas específicas, en la que se enseña a la persona a adecuar sus expectativas con su rendimiento real y analizar de forma realista tanto la ejecución como el resultado de una tarea.</p> <p>Autoinstrucciones, proponen la verbalización de sus pensamientos durante la realización de una tarea para ayudarle en la organización, siguiendo una serie de pasos.</p> <p>Estrategias de resolución de problemas, se enseña a la persona que cada tarea requiere un tipo de abordaje específico, aprovechando las autoinstrucciones y aumentando el número y variedad de posibilidades para solucionar la situación problema.</p> <p>Modificación de conducta. Se fundamenta en que las conductas se producen, mantienen o desaparecen en función de las consecuencias ambientales.</p> <p>Las pautas de un programa de modificación conductual son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las conductas problema. 2. Analizar las relaciones entre estas conductas y los acontecimientos externos y los estados internos. 3. Manejo de las consecuencias ambientales. <p>Técnicas para disminuir o eliminar las conductas alteradas:</p> <p>Retirar la atención. Aplicar Tiempo fuera. Realizar Coste de respuesta. Proceder con la Sobrecorrección.</p> <p>Técnicas para el aumento de las conductas adaptadas:</p> <p>Refuerzo positivo. Reconocimiento social. Atención selectiva de los adultos.</p>

Tratamiento familiar:

La atención a los padres consiste en informar adecuadamente acerca del trastorno que afecta a su hijo o hija, orientándoles sobre los aspectos básicos del tratamiento.

La atención puede ser en consulta individual como prolongación de la sesión con el niño, niña o adolescente o en entrevistas específicas.

Atención en grupos psicoeducativos:

Estos grupos son cerrados, es decir al inicio de la intervención se determinan los participantes.

La frecuencia y número de sesiones se acuerdan previamente, aunque esto dependerá de la extensión de la información, de la forma en que se imparta y de los objetivos a establecer.

Se recomienda que los grupos sean homogéneos en edad y severidad del trastorno del paciente, edad y nivel educativo de los padres.

El grupo debe coordinarse por dos profesionales: un psiquiatra y un trabajador social.

La intervención se estructura en sesiones de 90 a 120 min., en éstas se realiza un esfuerzo de síntesis y la asistencia es sumamente importante.

En la primera sesión se da la presentación de los participantes y se expone de manera breve el motivo de su presencia, la situación actual y las expectativas respecto al grupo.

En la segunda sesión se exponen las ideas de los participantes sobre el origen del trastorno. Por parte de los profesionales o terapeutas se ofrece información sobre los métodos de diagnóstico y se explica detalladamente el tratamiento farmacológico, efectos secundarios y duración.

En la tercera sesión se desarrolla el tratamiento cognitivo y las técnicas de modificación de conducta, las expectativas de los padres y se explica el entrenamiento de estas estrategias.

En la cuarta sesión, se comentan las dificultades a nivel escolar y de relaciones sociales de sus hijos, informando sobre las posibles soluciones.

El contacto de los padres con otras familias afectadas, permite disminuir notablemente los sentimientos de impotencia y culpabilidad.

(Tabla de síntesis de la información elaborada por las sustentantes con base en: Sipos en: Parellada, 2009: 243-265).

Como el lector habrá observado, Sipos detalla su propuesta de tratamiento individual y familiar como parte del tratamiento farmacológico que un paciente debe seguir para mejorar su sintomatología y lograr mayor control en las áreas comprometidas por el trastorno, lo que le posibilitará lograr mejor atención, control de sus compartimientos y pensamientos adversos, autonomía, e interacción social.

A continuación presentaremos las síntesis de las propuestas de tratamiento o intervención psicosocial de tres instituciones de salud que en nuestro país son las que diagnostican y atienden médica y clínicamente a un porcentaje significativo de población infantil que presenta TDAH.

Para el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en su Guía Clínica. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el tratamiento consiste en establecer un manejo multimodal y colaborativo de diferentes profesionales para individualizar la atención del paciente. El tratamiento combinado de psicofármacos con intervenciones psicosociales o multimodal, es lo que en esta institución de salud ha demostrado mayores beneficios.

PRINCIPALES INTERVENCIONES PSICOSOCIALES
1. Psicoeducación. Primera estrategia una vez realizado el diagnóstico. Consiste en preguntar al paciente y a la familia sobre lo que piensan y saben del TDAH. Su finalidad es incrementar el conocimiento sobre el trastorno, mejorar el apego terapéutico, generar herramientas para afrontarlo y la prevención de comorbilidades. Es importante explicar con detalle las opciones de tratamiento, sea farmacológico o intervenciones psicosociales, sus riesgos y beneficios, así como lo conveniente de usar ambos en combinación.
2. Intervenciones conductuales. Se pueden aplicar a cualquier edad, incluyen la aplicación reflexiva de recompensas, consecuencias, costo de respuesta, economía de fichas, manejo ambiental, cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicio, sueño). Los objetivos deben adaptarse a las necesidades, edad, nivel de desarrollo del niño/adolescente. Se recomienda trabajar una o máximo dos tareas a la vez. Su finalidad es establecer rutinas consistentes al despertar, al regresar de la escuela y a la hora de dormir, por medio de reforzadores y recordatorios visibles para establecer hábitos. Los reforzadores deben ser de acuerdo a la edad e intereses del paciente y se recomienda cambiarlos.
3. Intervenciones sociales. Comprenden el entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ira, recreación supervisada y entrenamiento para padres. La finalidad es alentar la participación del paciente en actividades en las que sea hábil y genere motivación para actividades deportivas, artísticas y cognitivas, teniendo un comportamiento social adecuado con sus pares y figuras de autoridad, enseñando mecanismos para enfrentar frustración e ira, además de la resolución de problemas.
4. Psicoterapia. Consiste en el empleo de diferentes tipos de terapia y su selección dependerá del predominio de los síntomas, edad y comorbilidades. Las terapias pueden ser: terapia de relajación cuando el paciente tiene poca tolerancia a la frustración; terapia cognitivo conductual (reestructuración cognitiva, resolución de problemas y habilidades para la organización) efectiva para la ansiedad, depresión y otras comorbilidades; terapia familiar; terapia de lenguaje; apoyo psicopedagógico para problemas o trastornos de aprendizaje; terapia física para coordinación motriz y análisis conductual aplicado, cuando existe comorbilidad con trastornos de conducta.
5. Intervenciones escolares. Trabajo con la escuela y profesores para propiciar un ambiente que optimice el aprendizaje y no afecte la autoestima del niño/ adolescente, evitando la estigmatización. Entre las estrategias a trabajar, se pueden citar: ubicarlo en un lugar en el salón en que optimice su atención, reduciendo las distracciones; enfatizar sobre aspectos positivos del paciente para ayudarlo a reforzar hábitos de trabajo, autoestima y estado emocional y trabajar en equipos para fortalecer sus habilidades sociales. Se establecen visitas escolares por parte de trabajo social cuando existan dificultades para ofrecer este apoyo.
Monitorización sobre el medicamento y tratamiento integral a través de cuestionarios, tablas, agendas y reportes diarios. Esto ayuda al paciente y a la familia a ver objetivamente el progreso y al clínico para valorar el manejo y las áreas de oportunidad.

(Tabla de síntesis de información elaborada por las sustentantes con base en: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2009: 20-23).

Para De la Peña *et al.*, como autores de la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes para el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, señalan que las intervenciones psicosociales comprenden las siguientes etapas:

Etapa 1 A. La psicoeducación ampliada , que permite la comprensión sobre la patología para incentivar el tratamiento por parte del paciente y la familia. Se consideran las expectativas de los padres al inicio del tratamiento para adecuarlas a la realidad, enfatizando en el origen neurobiológico del trastorno para el autocontrol, así mismo se explica la importancia de seguir: una dieta balanceada y saludable; control en los horarios para el sueño y restricción de dispositivos electrónicos; rutinas en la vida cotidiana para la organización y planificación; no usar etiquetas negativas, reforzar la autoestima en la valoración de los logros; realizar ejercicio físico regular y relajación, como formas para incrementar el autocontrol. Es importante que el clínico tratante tenga contacto con el profesor y la escuela, para explicar los síntomas, el plan de cuidado y las medidas educativas necesarias. Se recomiendan los procedimientos de aplicación de contingencias en el aula y de refuerzos para la reducción de impulsividad y aumento de atención. Para los adolescentes se han desarrollado programas escolares que estimulan la autogestión y la capacidad de organización. Se debe evaluar la respuesta después de 4 a 6 semanas.

<p>Etapa 2 A. El entrenamiento conductual para padres, se recomienda que sea en grupos, pero puede ser individual y es para desarrollar habilidades sociales del niño o adolescente con sus compañeros, resolución de problemas, autocontrol, capacidad de escuchar, regular y expresar emociones, utilizando técnicas de aprendizaje activo, estimula la parentalidad sensible, positiva y de apoyo a través del uso de estrategias de disciplina proactivas adecuadas. Para la formación de padres y adolescentes, se sugiere la resolución de problemas en 5 pasos: definición del problema, propuesta de posibles soluciones, negociación, toma de decisiones sobre la solución e implementación; también son necesarias las habilidades de comunicación, así como la reestructuración cognitiva en lo referente a las creencias acerca del TDAH. Se debe evaluar la respuesta después de 8 a 12 semanas.</p>
<p>Etapa 3 A. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), identifica patrones de pensamiento negativo en el funcionamiento de los adolescentes, para modificar pensamientos no adaptativos y falsas creencias. Las técnicas (registro de pensamientos automáticos, identificación de errores cognitivos, reformulación de problemas y análisis de los pensamientos) le ayudan a pensar acerca de sí mismo y de los problemas de manera diferente. El componente conductual incluye técnicas para modificar pensamientos automáticos como: juego de roles, reforzamiento positivo, actividad de programación y técnicas de exposición y relajación. La TCC estimula la generalización de las habilidades aprendidas a otras situaciones. Las sesiones pueden ser grupales o individuales y comprenden entre 12 y 20 sesiones. Se debe evaluar la respuesta después de 8 a 12 semanas.</p>
<p>Etapa 4 A. La Terapia familiar, intervención para mejorar las relaciones familiares a través de: 1) informar a éstas sobre el TDAH, 2) proporcionar información sobre los principios de crianza, 3) fomentar creencias realistas sobre la relación padre e hijo, 4) preparar al adolescente para la farmacoterapia o tratamiento farmacológico, 5) disminuir la visión negativa sobre el trastorno, 6) utilizar incentivos positivos en lugar de castigos, 7) enseñar a padres y adolescentes técnicas para resolver conflictos, 8) sustituir la comunicación negativa por la asertiva. Se debe evaluar la respuesta después de 8 a 12 semanas.</p>
<p>Otras intervenciones psicosociales: el neurofeedback que es una técnica para estimular el perfil neurofisiológico, la autorregulación y la formación de memoria de trabajo que es para orientar sobre los síntomas y los déficits neuropsicológicos subyacentes en pacientes con TDAH.</p>

(Tabla de síntesis de información elaborada por las sustentantes con base en la información en: De la Peña *et al.*, 2017: 10-13).

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud) en su Guía de Práctica Clínica. Evidencias y Recomendaciones. Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en pediatría (TDAH) en primer nivel de atención, plantea como tratamiento no farmacológico lo siguiente:

<p>El Tratamiento Conductual mediante técnicas de modificación del comportamiento, es el tratamiento no farmacológico más eficaz y se debe emplear de manera precoz porque mejora el pronóstico y su eficacia es mayor en pacientes escolares de primaria que en los adolescentes. Antes de iniciar este tratamiento se establece un registro de: las características de la conducta anómala y sus particularidades; la intensidad de los síntomas, su consistencia y frecuencia; la expresión de síntomas en relación con el entorno; las situaciones en que empeoran o mejoran y la evolución a lo largo del tiempo.</p> <p>La intervención Psicoeducativa y Psicosocial del paciente consiste en: la intervención cognitivo-conductual, habilidades sociales, técnicas de resolución de problemas y estrategias de auto-ayuda.</p> <p>La intervención escolar consiste en el refuerzo académico, adaptación escolar por medio de actividades para mejorar el rendimiento y comportamiento.</p> <p>Se recomienda que los pacientes con TDAH inicien esta terapia, así como sus padres, tutores y profesores para que cuenten con mejor información sobre el trastorno y aprendan la aplicación de estas técnicas.</p>
<p>La Psicoterapia Conductual, consiste en técnicas de fácil aplicación en el entorno del paciente, para padres, familiares y profesores. En la intervención se deben valorar los factores: del entorno (aspectos socioeconómicos y culturales) y factores inherentes al paciente (temperamento o nivel madurativo). Entre las técnicas se sugieren: Castigos, su uso debe reservarse para comportamientos disruptivos significativos y no debe emitirse con adjetivos descalificadores. Técnica de extinción, útiles para eliminar episodios intrusivos o explosivos que provocan conflicto con educadores o familiares. Técnica del contrato de contingencias, negociación que se establece por escrito entre el paciente y la familia o los profesores, estableciendo los objetivos y las concesiones. Esta técnica es muy útil con los adolescentes y su efecto es mayor cuando les resulta importante.</p>

Se recomienda que en niños, niñas y adolescentes con TDAH se inicien sin retraso las Estrategias conductuales, entrenando a padres o tutores en la aplicación de las técnicas útiles para la negociación y resolución de conflictos. El empleo de las estrategias psicológicas es para todos los contextos en los que interactúa la persona con TDAH, además del aprendizaje familiar, se deben aportar pautas útiles a los educadores y profesores.

(Tabla de síntesis de información elaborada por las sustentantes con base en la información en: CENETEC, 2022: 42-46).

Es importante indicar que estas tres instituciones de salud, mediante sus propuestas de Guías Clínicas, establecen un tratamiento integral o multimodal en el que forma parte la propuesta psicosocial y psicoeducativa, que comprende el uso de diferentes técnicas y estrategias de las terapias cognitivas y conductuales, mismas que tendrán que ser evaluadas periódicamente, según las observaciones realizadas por la familia y la escuela, retroalimentando al profesional encargado de este tipo de tratamiento, para colaborar en los cambios necesarios que requiera cada caso, según sea la severidad de la sintomatología y la manifestación en los diferentes contextos de interacción.

De manera particular, se puede señalar que en la primera Guía Clínica, se habla de Intervenciones escolares que brindan un ambiente que favorece el aprendizaje del paciente y no le resulta estresante o lesivo para su autoestima, requiriendo de paciencia y de un trato amable como condiciones para optimizar su atención, reforzar hábitos de trabajo, fortalecer la autorregulación y mejorar sus habilidades sociales. En relación con el manejo de la escuela, la segunda Guía Clínica recomienda que el médico tratante o el psicólogo, como parte del equipo multidisciplinario, tenga contacto con el personal del centro escolar para explicar los síntomas y el plan de cuidados, así como las medidas necesarias para la aplicación de las técnicas de modificación conductual necesarias para la reducción de la impulsividad y aumento de la atención y en el caso de alumnos adolescentes, se recomienda la estimulación e incentivación de la autogestión y la capacidad de organización. Finalmente la tercera Guía Clínica, insiste en la importancia de que la familia y los profesores cuenten con la información necesaria sobre el trastorno y aprendan la aplicación de las técnicas de modificación conductual para establecer

comportamientos adecuados socialmente y erradiquen aquellos que irrumpen en su concentración y realización de ejercicios y actividades escolares.

2.7. Estrategias para el manejo docente

Con respecto a las estrategias para el manejo docente del TDAH, Frade participa de la idea que dicho trastorno debe atenderse de manera multimodal o integral, porque los médicos especialistas, identificarán el origen, determinarán el predominio y prescribirán el tratamiento farmacológico; el neuropsicólogo o psicólogo clínico, identificará la severidad del trastorno y su impacto en las áreas cognitivas y emocionales del paciente, estableciendo un plan de intervención terapéutica y finalmente la participación del docente, enseñara tanto al alumno como a la familia el uso de estrategias que favorezcan cambios positivos o convenientes en el comportamiento, en la relación social con sus pares y asimismo en la ejecución de procedimientos encaminados a superar: la inatención, la irreflexión y la falta de control de actos, respuestas y emociones en diversas actividades diarias, que pueden obstaculizar el aprendizaje, la participación y la convivencia adecuada tanto en el contexto escolar como en el familiar.

Las siguientes tablas exponen síntesis de lo que la autora plantea que son los síntomas principales del TDAH, señalamientos de algunos factores que pueden afectar al niño, niña o adolescente en la situación escolar, proponiendo finalmente algunas estrategias y recomendaciones para el manejo docente.

Estrategias para el manejo docente del TDAH
1. Dirigirse a los alumnos por su nombre y evitar sobrenombres o términos que promuevan la baja estima. 2. Si el niño, niña o adolescente no ha sido diagnosticado, hablar con los padres pero nunca indicar que tiene TDAH porque la escuela debe sugerir la atención de un especialista. 3. Si se han realizado observaciones, reportarlas a los padres de manera descriptiva y objetiva. 4. Cuando se tenga el diagnóstico, el docente puede colaborar con el seguimiento del tratamiento si los padres lo solicitan. 5. Identificar las fortalezas de los alumnos y trabajarlas para disminuir las dificultades. 6. Mantener comunicación y colaboración del docente con la familia para seguir el tratamiento tanto farmacológico como psicosocial y las estrategias particulares a seguir en la escuela.

(Tabla de síntesis de información realizada por las sustentantes con base en: Frade, 2010: 51-55).

La atención es un proceso cognitivo, una parte del mecanismo por medio del cual el cerebro entiende y reconoce el mundo.

Funciones de la atención:

1. Seleccionar el estímulo.
2. Mantener la concentración en dicho estímulo.
3. Planear, ejecutar y evaluar lo que se quiere hacer con el estímulo.
4. Sostener la atención en lo que se quiere, independientemente de lo que suceda en el entorno.

Síntomas del déficit de atención:

- No presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido.
- Tiene dificultad para mantener la atención. □ Parece no escuchar cuando le hablan.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas.
- Se le dificulta organizar tareas o actividades.
- Evita o le disgustan actividades que requieren esfuerzo sostenido.
- Extravía objetos.
- Se distrae fácilmente.
- Es descuidado en las actividades que se hacen diariamente.

Problemas académicos que conlleva el déficit de atención:

- No se aprende el proceso completo o la secuencia de un procedimiento.
- No vieron el escenario completo.
- Se adquieren conocimientos de manera incompleta o partes del mismo.
- Bajo rendimiento académico.

Problemas de aprendizaje:

Dislexia, no pueden leer bien.

Disgrafía, no pueden escribir correctamente en un espacio determinado y siguiendo una línea.

Disortografía, no aprenden las reglas ortográficas porque no observan el detalle de la escritura.

Discalculia, no realizan de manera adecuada las operaciones matemáticas. **Factores**

que pueden afectar la atención en el salón de clases:

- Las clases aburridas.
- Cansancio físico y mental.
- Cualquier necesidad básica no atendida (hambre, frío, sed, ir al baño).
- El cambio de una materia a otra.
- Materias que desagradan a los alumnos.
- Ambiente hostil o negativo.
- Trabajos largos y que requieren de mucha atención.
- Metodología de enseñanza poco participativa.
- Clases con poco orden y estructura.

Características para realizar una buena clase:

1. Orden y estructura.
2. Instrucciones precisas y claras.
3. Objetivos y productos bien definidos.

<p>4. Fechas de entrega específicas.</p> <p>5. Actividades bien estructuradas y concretas con principio, proceso y resultado esperado.</p> <p>6. Procesos y pasos preestablecidos en orden de prioridad.</p> <p>7. Supervisar al alumno/a que presenta déficit de atención para seguir el proceso de la clase.</p> <p>Estrategias para el manejo docente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Establecer estructuras organizacionales claras y bien definidas. ■ Horarios específicos por hora para cada actividad desde que llega a la escuela hasta la salida. ■ Reglamento visible de premios y sanciones y letreros sobre lo que se tiene que hacer por pasos. ■ Sentar al alumno/a enfrente del salón. ■ Repetir constantemente las instrucciones y que sean cortas y precisas. ■ Sentar cerca del alumno/a a un compañero/a que le sirva de modelo a seguir y le ayude con algún procedimiento o problema. <p>Estrategias para impartir la clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hacer una agenda en el pizarrón, para escribir el día, la clase o actividad por pasos e instrucciones y el resumen final. ■ Hablar o explicar pausadamente y repetir lo más importante. ■ Escribir las palabras clave en el pizarrón. ■ Dar la clase por pasos. ■ Repetir el procedimiento. ■ Escribir en el pizarrón las instrucciones. ■ Dar clases cortas, de 5 a 9 min., para alumnos de 1º y 2º de primaria; 9-12 min., para 3º y 4º y 12-15 min., para 5º y 6º. 	(Tabla de síntesis de
--	-----------------------

información realizada por las sustentantes con base en: Frade, 2010: 65-83).

<p>Síntomas de la hiperactividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Movimiento excesivo de pies o manos o se mueve en su asiento. ■ Abandona su asiento en situaciones inapropiadas. ■ Corre o salta en exceso. ■ Muestra dificultad para jugar tranquilamente. 	<p>Síntomas de impulsividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Habla todo el tiempo. ■ Precipita respuestas antes de que se le pregunte. ■ Dificultad para esperar turno. ■ Interrumpe constantemente y se inmiscuye en las actividades de otros.
<p>Factores que afectan o agudizan la hiperactividad y la impulsividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiedad. ■ Depresión. ■ Coraje. ■ Frustración. ■ Sentimientos de ser rechazado por el docente y compañeros. ■ Emoción y excitación por algún suceso. ■ Cambios en la situación que se vive. ■ Algún problema familiar. 	
<p>Estrategias para el manejo docente de la hiperactividad e impulsividad y los problemas resultantes:</p> <p>a. Pasar de una actitud negativa en la que siempre se ve lo malo que hizo el alumno a una positiva y optimista en la que se observa lo bueno o correcto que hace.</p> <p>b. Poner atención cuando pide algo, mirarlo a los ojos y aprovechar la oportunidad para establecer comunicación. c. No fijarse en conductas a evitar.</p> <p>d. Utilizar la técnica del elogio o alabanza cuando el alumno haga algo adecuado.</p> <p>e. Dar instrucciones claras y especificar límites.</p> <p>f. Dar opciones en lugar de órdenes.</p> <p>g. Dar una instrucción y actuar en lugar de gritar.</p> <p>h. En situaciones de riesgo, pararse frente al alumno y decirle <i>ven conmigo</i>.</p> <p>i. Dar una sola orden o indicación a la vez.</p> <p>j. Dar una indicación o explicación en tiempo corto, repetir 2 o 3 veces y pedir al alumno que lo haga mirándole a los ojos.</p> <p>k. Cuando se de una orden o indicación, tomarle por los hombros y mirarle a los ojos, asegurando que escuche.</p> <p>l. Cuando se de una orden o indicación. Reducir los estímulos distractores.</p> <p>m. Impulsar el ejercicio durante el recreo y en la clase de educación física, recomendando que el alumno forme parte de un equipo.</p> <p>n. Hablar con los padres sobre sentimientos y emociones de su compañero ante el rechazo.</p> <p>o. Establecer límites claros en el salón a través de un reglamento que incluya reglas, incentivos y sanciones.</p> <p>p. Enseñar a regular la cantidad de palabras que dicen, usando tarjetas de colores. q. Enseñar a esperar turno para hablar.</p> <p>r. Enseñar a controlar sus impulsos, insistiendo en pensar antes de actuar.</p>	

(Tabla de síntesis de información realizada por las sustentantes con base en: Frade, 2010: 115-124).

Como complemento presentamos a continuación dos tablas de estrategias que proponen Cardona, Arámbula y Vallarta; la primera refiere a las que pueden emplear profesores y padres de familia ante la dificultad del alumno (a) para

centrar su atención durante periodos prolongados de tiempo, en los que regularmente predomina la ausencia de autocontrol (hiperactividad-impulsividad) y en la segunda tabla, se enlistan las estrategias de intervención para las asignaturas de Español y Matemáticas.

Maestros	Padres
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fomentar las conductas positivas. <input type="checkbox"/> Mantener cercanía le permite una corrección conductual y mantener la atención del niño (sin comentarios verbales negativos). <input type="checkbox"/> Utilizar expresiones faciales y contacto visual (sonrisa, guiñar un ojo, aprobar con la cabeza, etc.). <input type="checkbox"/> Mostrarle formas de aprobación no verbales (un abrazo, una palmada en el hombro, acariciar su cabeza, etc.). <input type="checkbox"/> Controlar el tono de la voz es un medio muy importante para el manejo de niños con TDAH (calma, suavidad, proximidad y cercanía son mejores). <input type="checkbox"/> Presentarle actividades que le ofrezcan desafíos, que le motiven (con materiales atractivos y divertidos). <input type="checkbox"/> Brindarle incentivos, recompensas y reconocimientos positivos. • <input type="checkbox"/> Ayudarlo al comenzar la tarea. • <input type="checkbox"/> Respetar su ritmo y estilo de aprendizaje. • <input type="checkbox"/> Eliminar distractores. • <input type="checkbox"/> No forzarlo, ni reprenderlo en público o etiquetarlo. Propiciar un clima de aceptación y ayuda. <input type="checkbox"/> Emplear [la técnica] de “tiempo fuera” (sacar al niño del aula durante 1 min., por año de edad para propiciar un cambio de conducta). <input type="checkbox"/> Estimular la atención y la concentración trabajando ejercicios que desarrollen funciones intelectuales o pensamiento organizado en el que el niño prevea las consecuencias de los comportamientos y busque alternativas. <input type="checkbox"/> Objetivamente identificar cuáles son los mayores problemas que obstaculizan el aprendizaje. Observar la manera en que usted y los demás maestros tratan al niño (¿Son demasiado severos? ¿Espera que el niño se comporte y lo reprende más rápido que a los demás?) Identificar los problemas en el ambiente del aula y modificarlos ayudará a eliminar algunos comportamientos indeseables. <input type="checkbox"/> Indicar los comportamientos que desea que el niño siga (como el no hablar cuando otro está hablando, guardar los útiles después de usarlos), utilizando una voz tranquila y no siendo demasiado crítico. <input type="checkbox"/> Utilizar el sistema de “economía de fichas o puntos”, para que cumpla con reglas, rutinas o hábitos. Dar al niño mensajes e instrucciones precisas y específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informarles de la problemática del niño. <input type="checkbox"/> Involucrarlos en la atención de su hijo. <input type="checkbox"/> Establecer la triada colaborativa (maestro regular- maestro especialista y padres de familia). Elaborar programa de trabajo para apoyo en casa. <input type="checkbox"/> Establecer una comunicación efectiva entre la familia y la escuela. <input type="checkbox"/> Participar en el taller de “Escuela para Padres”. <input type="checkbox"/> Buscar ayuda especializada (canalizar a psicología clínica, psiquiatría o neurología) en DIF o Sector Salud. <input type="checkbox"/> Comprometerlo a acudir a los llamados de la escuela para la atención de su hijo (firmar reglamento escolar). <input type="checkbox"/> Establecer en casa normas firmes, específicas, que entiendan claramente todos los miembros de la familia. <input type="checkbox"/> Aplicar la regla de la 3 “C” al disciplinarlo (congruencia, constancia y consecuencia). <input type="checkbox"/> Alabar y reforzar positivamente al niño por seguir las reglas. <input type="checkbox"/> Establecer castigos definidos, razonables y justos cuando su hijo rompa las reglas (eliminar postre, no ver la TV, etc.). <input type="checkbox"/> Ofrecer recompensas para las buenas acciones, que sean fáciles, de cumplir. <input type="checkbox"/> Fijar límites y hacer saber a su hijo que habla en serio. <input type="checkbox"/> Anticipar y planear por adelantado en pareja, cómo manejar los comportamientos desafiantes de su hijo. <input type="checkbox"/> Organizar y disponer el ambiente de la casa de forma que optimice las oportunidades de éxito y evite conflictos. <input type="checkbox"/> Evitar castigar o regañar cuando estén enfadados. <input type="checkbox"/> Utilizar la frase “cuando...entonces”, como por ejemplo: “Cuando te sientes y dejes de hablar entonces te daré tu postre”. <input type="checkbox"/> No utilizar el TDAH como una excusa para el comportamiento del niño. <input type="checkbox"/> Si quieren que su niño los escuche, traten de hablar despacio, con bajo volumen y breve. <input type="checkbox"/> Eviten el sarcasmo, la burla, la crítica o el castigo físico. <input type="checkbox"/> En pareja (papá y mamá) hacer un plan para redistribuir la carga, por escrito y mantenerlo a la vista. <input type="checkbox"/> De vez en cuando encargar a los niños con los abuelos y salir un fin de semana en pareja; es importante para renovarse y relajarse.

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Cardona, Arámbula y Vallarta, 2011: 67-68).

Asignatura	Estrategias de intervención
ESPAÑOL	<p>La metodología para la enseñanza de esta asignatura no difiere de la utilizada para el resto de los alumnos; se debe propiciar en lo posible que el niño se sienta parte del grupo, las sugerencias para realizar adecuaciones curriculares que respondan a los niños con TDAH deben de manejarse en el contexto del grupo y organizarse de tal manera que enriquezcan la interacción de los alumnos, evitando un señalamiento de marginación por su comportamiento.</p> <p>EXPRESIÓN ORAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el juego como método de enseñanza convirtiendo las situaciones comunicativas en actividades placenteras que promuevan el desarrollo intelectual, social, emocional y físico. • Estimular al niño a emitir su acuerdo o desacuerdo de las distintas situaciones. • Establecer un clima de confianza y seguridad creando situaciones que posibiliten el aprendizaje, como son: el escuchar y esperar su turno, regulando las formas de comunicación de acuerdo a las diferentes situaciones, participantes y contextos. • Organizar el grupo en binas o equipos para que expongan una narración o descripción, propiciando que el niño coordine las acciones. • Explicar en forma clara y precisa cada objetivo de las actividades y definir con él en qué consiste la tarea para alcanzarlo. <p>ESCRITURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vincular la escritura a textos que comuniquen significados de diversa naturaleza que formen parte de su entorno. • Favorecer el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes organizando al grupo en binas, equipos, etc., para que interactúen en la construcción de textos. • Respetar el tiempo que el alumno requiera para realizar las actividades escritas. • Propiciar la autocorrección con la ayuda de otro compañero o del mismo maestro. • Adaptar el ritmo de ejecución de modo que sea una experiencia exitosa y no un riesgo para la frustración. • Explicar claramente y precisar el propósito de las actividades (en qué consisten). <p>REFLEXIÓN SOBRE LA LENGUA</p> <p>Los contenidos gramaticales y lingüísticos son elementos teóricos que se emplean en la lengua hablada y escrita, y adquieren pleno sentido cuando se asocian a la práctica de las capacidades comunicativas. Es conveniente realizar las actividades empleando la misma metodología que para el resto del grupo.</p> <p>LECTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar claramente, precando el propósito de las actividades. • Fomentar el gusto por la lectura (interesar al niño sobre algún tema de su preferencia y orientarlo en la búsqueda de la información en libros, revistas, etc.). • Organizar las actividades en binas o equipos muy pequeños para la narración o lectura de cuentos, relatos, rimas, etc., permitiendo la interacción entre compañeros. <p>La metodología para la enseñanza de esta asignatura no difiere de la utilizada para el resto de los alumnos; se debe propiciar en lo posible que el niño se sienta parte del grupo; las sugerencias para realizar adecuaciones curriculares que respondan a los niños con TDAH deben de manejarse en el contexto del grupo y organizarse de tal manera que enriquezcan la interacción de los alumnos, evitando un señalamiento de marginación por su comportamiento. Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar claramente, precisando el propósito de las actividades. • Atender el momento psicoeducativo en que se encuentra el niño. • Considerar como punto de partida de la construcción del conocimiento matemático la experiencia práctica y cotidiana que los niños posean. • Valorar el producto, ignorando el proceso seguido. • Partir de situaciones interesantes de la vida real para analizar, plantear y resolver problemas utilizando material didáctico multisensorial. • Motivar al niño al presentar funcionalidad y significatividad en las tareas realizadas. • Presentar las actividades de forma novedosa asegurando la participación del niño: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilizar juguetes de seriación, clasificación, comparación, figuras geométricas y todos aquellos que impliquen comprender relaciones cuantitativas en la resolución de problemas. <input type="checkbox"/> Promover el uso de rompecabezas y juegos de engranaje. • Aprovechar cuando el niño se levante y darle responsabilidades matemáticas (por ejemplo, reparto de materiales). • Olvidarse que las matemáticas requieren lápiz y papel y presentar actividades tales como: cálculos mentales, experimentación con distintos materiales, etc., propiciando siempre la interacción entre compañeros. • Propiciar que el niño adquiera representaciones lógicas y matemáticas, a través de operaciones concretas como contar, comparar, clasificar, relacionar.

MATEMÁTICAS	
--------------------	--

(Tabla elaborada por las sustentantes con base en: Cardona, Arámbula y Vallarta, 2011: 69-70).

Estas estrategias son un recurso útil para la intervención en la escuela porque requieren que en todo momento, los docentes cuiden su trato con los alumnos

y atiendan de manera específica aquellas dificultades y obstáculos que pueden presentarse en las actividades, relaciones e intercambios de experiencias en el aula. Asimismo sugieren estrategias para padres, que son también procedimientos a seguir en casa para continuar con la intervención, es decir con la corrección de comportamientos no adecuados, así como la orientación y habilitación de acciones para centrar la atención y favorecer el manejo del autocontrol en la hiperactividad e impulsividad.

CAPÍTULO 3 INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL PROCESO DE INCLUSIÓN DE UN ALUMNO QUE PRESENTA TDAH: EL CASO DE DANIEL

El estudio de caso es uno de los métodos que el pedagogo puede emplear para realizar investigación en el ámbito de la inclusión educativa cuando su intencionalidad es indagar, descubrir, comprender y explicar los múltiples aspectos o factores que se conjugan en la intervención educativa que debe proponer la escuela y el docente como institución formativa cuando un alumno o alumna presenta necesidades básicas o bien específicas de apoyo educativo, considerando los preceptos de la equidad, igualdad, colaboración, participación plena, respeto y calidad en la enseñanza para todo el alumnado.

En este tercer capítulo se retomó el estudio de caso como herramienta metodológica para abordar el caso de Daniel, cuyo propósito fue indagar, descubrir y comprender si la escuela primaria a la que asistía, se interesó en proponer una intervención educativa inclusiva que detectara las BAP que enfrentaba, identificara sus necesidades básicas o específicas de aprendizaje, considerara las condiciones particulares de expresión y severidad de la sintomatología del TDAH y planteara como necesario el trabajo en colaboración con la familia, aspectos necesarios e importantes a tener en cuenta cuando la escuela asume los preceptos del modelo de Educación Inclusiva, modelo establecido por la SEP en nuestro país para responder a las necesidades de todo el alumnado.

Los apartados que conforman este capítulo son: 3.1. El método del estudio de caso, en que se explicará de manera breve la definición y caracterización; 3.2. Propuesta de cinco fases para realizar un estudio de caso, en la que se describe cada una de éstas y después se construye la explicación de la información relevante de cada una, estableciendo las relaciones con los contenidos de los capítulos 1 y 2 y su conexión con los documentos que conforman los anexos, con el propósito de brindar y pautar evidencias para el lector, 3.2.1. Selección y definición del caso; 3.2.2. La elaboración de una lista de preguntas; 3.2.3. Localización de las fuentes de datos;

3.2.4. Análisis e interpretación de los resultados y 3.2.5. La elaboración del informe final.

3.1. El método del estudio de caso

Este método se centra sobre todo en la dimensión cualitativa, por lo que su proceder sistemático se orienta "...a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, [con la intención de incidir en] la transformación de prácticas y escenarios, en la toma de decisiones y en el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimiento" (Sandín, *apud.*, Dorio Sabariego y Massot en: Bisquerra, 2004: 276).

En cuanto a su definición podemos señalar que es "...el estudio de la particularidad y complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas (Stake *apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 311). En este sentido, su propósito es "...comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan las partes que lo componen y las relaciones entre ellas para formar un todo" (Muñoz y Serván, *apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 311).

Sobre sus características, se puede indicar que es: *particularista o ideográfico* porque se enfoca a comprender de manera profunda la realidad singular de una persona, grupo, institución o comunidad; *descriptivo* porque elabora una rica narrativa y explicación a detalle del contexto; *heurístico* porque descubre significados, amplía la experiencia, confirma o refuta los supuestos, esclarece la comprensión y permite la toma de decisiones e *inductivo* porque a través de las observaciones es viable realizar el análisis de los múltiples aspectos, sus relaciones y su expresión en el contexto (Pérez, *apud.*, Dorio *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 312-313).

Las modalidades con las que se puede realizar y construir, son las siguientes:

- Considerando el objetivo, se posibilitan cinco tipos: *el estudio intrínseco de casos*, que pretende lograr mayor comprensión del caso en sí mismo, presentando al final un informe descriptivo; *el estudio instrumental de casos*, como medio para establecer cómo se implican o relacionan los casos y *el estudio colectivo de casos*, que indaga a una población o condición general, partiendo del estudio intensivo de varios casos (Stake, *apud.*, Álvarez y Álvarez, 2018: párr. 26); *el estudio de caso exploratorio*, en el que los resultados se emplean como base para formular preguntas de investigación o hipótesis a comprobar y *el estudio de caso explicativo*, que plantea la interpretación de las estrategias y procesos del evento específico (Yin *apud.*, Álvarez y Álvarez, 2018: párr. 28).

- De acuerdo a la naturaleza del informe, pueden ser tres: *el estudio de casos descriptivo*, cuyo informe tendrá que ser detallado ampliamente; *el estudio de casos interpretativo*, que comprenderá descripciones densas para interpretar y teorizar sobre el mismo y *el estudio de casos evaluativo*, que con base en la descripción y explicación, valorará y tomará decisiones (Merriam, *apud.*, Álvarez y Álvarez, 2018: párr. 27).

- En correspondencia con reporte de investigación, pueden ser cuatro: *el descriptivo-interpretativo*, que explica de manera detallada el proceso vivenciado y seleccionado del caso, según sea la delimitación e intencionalidad investigativa del proyecto; *el evaluativo-interpretativo*, orientado a recabar información para emitir valoraciones y tomar decisiones sobre los cambios que se requieran; *el de intervención-descriptivo*, que detalla el por qué y para qué intervenir en el caso, así como la organización y planeación a seguir, y finalmente *el de intervención-evaluativo*, que valora si el proceso de intervención fue el adecuado, estimando los alcances y

limitaciones de la propuesta (Álvarez, *apud.*, Álvarez y Álvarez, 2018: párr. 32).

Los requerimientos o condiciones que exige el estudio de caso son: tener certeza y condiciones para acceder al caso o casos seleccionados; contar con la disposición de los informantes clave; seleccionar las técnicas, procedimientos, instrumentos e insumos para acopiar y sistematizar la información y realizar el análisis y triangulación de la *data* conforme a las categorías establecidas y elaborar el informe o reporte final (Álvarez y Álvarez, 2018: párr. 68).

Entre las ventajas que reporta el uso de este método, según las referencias metodológicas consultadas son: profundizar en el proceso investigativo, considerando el descubrimiento y análisis de la información; por ser un método abierto, posibilita retomar tanto personas como instituciones diferentes; favorece el trabajo colaborativo entre diferentes profesionales, posibilitando un trabajo multidisciplinar; contribuye al desarrollo profesional porque implica la reflexión sobre la práctica y posibilita la comprensión del caso desde distintas perspectivas y finalmente evalúa diferentes aspectos para la toma de decisiones (Álvarez y Álvarez, 2018: párr. 69).

3.2. Propuesta de cinco fases para realizar el estudio de caso

Considerando el propósito de realizar un estudio de caso, la modalidad seleccionada fue el de intervención-evaluativo para valorar si el proceso de intervención por parte de la escuela para el caso de Daniel, fue o no el adecuado, estimando a su vez los alcances y limitaciones de la propuesta.

El procedimiento a seguir para explicar y reportar este estudio de caso, retomará la propuesta de Montero y León que consiste en cinco fases y que en conjunto posibilitan la centración y análisis de las descripciones e información acopiados,

permitiendo a su vez establecer coherencia en la comprensión de los aspectos y su relación para finalmente explicar el estudio de caso.

Las fases y su descripción son las siguientes:

- La selección y definición del caso, que consiste en identificar los ámbitos por los que resulta importante, la problemática y los objetivos propuestos.
- La elaboración de una lista de preguntas, con las que se determinan los aspectos del ámbito a explicar y que a su vez guiarán el proceso de acopio de información.
- La localización de las fuentes de datos, que podrán ser personas, documentos, situaciones y cualquier tipo de evidencia o reporte que brinden información sobre el contexto y el caso.
- El análisis e interpretación de los resultados, que consistirá en establecer las correspondencias entre las categorías establecidas y las particularidades del caso.
- La elaboración del informe final, que comprende la cronología y las descripciones de lugares y acciones con la finalidad de que el lector al leer éste, elabore reflexiones e ideas sobre el caso (Montero y León, *apud.*, Sabariego *et al.*, en: Bisquerra, 2004: 315).

3.2.1. Selección y definición del caso

Los estudiantes de la licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, durante los dos últimos semestres del programa de estudios deben elegir un campo formativo del grupo de Opciones de Campo que se ofertan y que manera particular responda a sus intereses y expectativas profesionales.

Una de esas opciones es Educación Inclusiva que permite el abordaje tanto conceptual, como metodológico y técnico-procedimental de lo que exige y significa llevar a cabo la inclusión educativa y social de alumnos que presentan alguna discapacidad en el nivel básico. En este sentido los diferentes seminarios que conforman esta opción, presentan contenidos especializados sobre este ámbito con la finalidad de analizar y reflexionar sobre el trabajo en colaboración que deben realizar: directivos, docentes de aula regular, profesionales de los servicios de apoyo y padres de familia para que de manera coordinada se sumen los esfuerzos y se encaucen con base en un programa o plan de intervención en el que se detecten las BAP que enfrentan los alumnos o alumnas y se identifiquen sus las necesidades básicas o específicas de aprendizaje.

Otro aspecto importante de esta Opción de Campo, es que al inicio del séptimo semestre, se pide a los estudiantes registrados, que ubiquen alguna escuela de nivel básico, sea oficial o privada o de educación especial, cercana al domicilio particular para visitarla y solicitar ante el directivo de esa institución, la posibilidad de ingresar y realizar prácticas académicas que consisten en colaborar con los profesores de la institución escolar para atender y proponer estrategias de intervención con alumnos que presenten alguna discapacidad o condición de vulnerabilidad, coadyuvando en su proceso de inclusión educativa. Este tipo de práctica también posibilita aprender y confirmar muchos de los planteamientos, conceptos y procedimientos del modelo y normativa de la Educación Inclusiva que se realiza en los contextos escolares del sector de educación básica.

Los trámites a realizar según sea el tipo de escuela en la que haga la solicitud, los realiza el estudiante con el apoyo y aval del docente responsable de la Opción de Campo y una vez que se cuenta con la aprobación para ingresar a la institución escolar sea por parte del director o instancia superior correspondiente, se da inicio formal a las prácticas académicas, que se realizan los días viernes en el horario con el que el centro escolar funcione, presentando a su vez un programa de actividades que comprenderá los dos periodos semestrales.

Para cumplir este requisito, me dirigí a una escuela oficial regular cercana a mi domicilio, al llegar ahí me percaté que ésta cuenta con dos turnos, por lo que pedí hablar con la directora del turno matutino y su respuesta fue negativa. Al ir hacia la puerta de salida, la persona de intendencia me informó que en el turno vespertino era más probable que me dieran oportunidad de asistir, porque la directora de ese turno era una persona más accesible. Ante este comentario, decidí regresar a esa escuela en el horario de la tarde y solicité a la secretaria que me atendió, si me podría recibir la directora del plantel. Ante este requerimiento, ella me explicó que la directora no se encontraba, pero que le informara el motivo de mi presencia. Una vez que le dí a conocer mi propósito, la secretaria me recomendó que regresara al día siguiente.

Pasado ese tiempo, me entrevisté con la directora del turno vespertino y le comenté sobre mi registro en la opción de campo, así como la finalidad de realizar prácticas académicas en ese centro escolar y colaborar con los docentes para la inclusión educativa de algún alumno que presentara discapacidad. Ante esta petición, la directora aceptó mi incorporación y asimismo me indicó que podía trabajar con un niño que presentaba Trastorno del Espectro Autista (TEA) que acababa de ser inscrito y lo podría hacer durante el ciclo escolar. A su vez me informó que era necesario pedir un permiso en la Dirección General de Servicios Educativos de Iztapalapa lo cual procedí a realizar de manera inmediata, explicando el motivo por el cual solicitaba el permiso, a esto me indicaron que el único permiso que se me podía proporcionar era para la realización del servicio social y que ellos me proporcionarían la escuela aun cuando ya tenía el visto bueno de la directora; además cuando expliqué que podría realizar prácticas académicas y no servicio social, me respondieron que no podían extenderme ningún permiso ya que de aceptarme en una escuela regular tendría que ir a la escuela que ellos me asignaran y realizar las labores que se me indicaran, por lo tanto realizar prácticas de inclusión educativa requeriría ir a un Centro de Atención Múltiple (CAM) pero no podría ingresar porque no cumplía con el perfil, lo que en ningún momento se me precisó.

Con esta respuesta me di a la tarea de buscar otras opciones y al platicar con una conocida sobre esta experiencia, ella me dijo que conocía una escuela particular en la que asistían niños con diferentes discapacidades integrados en los grupos regulares y que pediría una cita con la directora. Para el día lunes 29 de agosto del 2016 se programó la cita y la directora me recibió, pidiéndome le comentara sobre el propósito de las prácticas a realizar. Una vez terminada mi exposición, me dijo que no había ningún problema y que me podía presentar el próximo día viernes para ver con cuál caso trabajaría.

El día viernes me presenté a las 8 de la mañana y la directora me dio una lista de los niños que presentaban alguna discapacidad, señalando que podría pasar a todos los grupos para observar y posteriormente elegir el caso. Antes de iniciar estas observaciones, la directora me presentó con los profesores, informándoles de mi actividad. Determiné realizar una observación de 30 minutos en cada salón y a las 10:30 entré al grupo de tercer grado, que de acuerdo con la lista entregada, había un niño que presentaba Síndrome de Asperger y otro que presentaba Trastorno del Espectro Autista, sin embargo llamó mi atención una niña que era regañada constantemente por el profesor porque no realizaba los ejercicios que les había indicado. La observé y me percaté que ella presentaba dificultades para realizar mentalmente operaciones matemáticas de suma, recurría a contar con sus dedos o contaba los colores y resolvía las operaciones, pero anotaba los números al revés, razón por la que el profesor le indicaba que los corrigiera y ella parecía no darse cuenta de esto, a lo que el profesor se desesperaba y no le prestaba más atención.

Al terminar mi observación en cada grupo, me presenté con la directora y le pregunté sobre la niña del tercer grado, al respecto me comentó que no se contaba con algún diagnóstico, pero que era evidente que presentaba dificultades en su atención y su ritmo de aprendizaje era muy lento en comparación con el resto de sus compañeros, agregando que los padres eran muy problemáticos y que no la apoyaban en sus

tareas, por lo cual su desempeño académico era deficiente, presentando problemas en la relación con sus compañeros y baja autoestima.

Con base en este reporte decidí que tomaría este caso y que trabajaría con el profesor para determinar las estrategias con las que apoyaría a la alumna en sus actividades en el aula. Pasadas algunas semanas se terminó el ciclo escolar y me comunicaron que por decisión de los padres, la alumna ya no asistiría en el próximo ciclo escolar porque la habían cambiado a otra escuela.

Al inicio del ciclo escolar 2017-2018 se me invitó a incorporarme como docente del grupo integrado y a su vez ingresó a la escuela Alejandra como docente de preescolar, quien también era egresada de la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, unidad Ajusco.

Como docente del grupo integrado, debo señalar que mi función era atender a los 5 alumnos, 2 presentaban Dificultades en su aprendizaje, 1 Autismo, 1 Parálisis cerebral y 1 Discapacidad intelectual. Por parte de la dirección de la escuela se determinó conformar este grupo, propuesta que fue apoyada por los profesores de la escuela, argumentando que así se les ofrecería atención especial y que se les tendría que separar de los grupos regulares.

Ante esta determinación, debo señalar que lo consideré no conveniente pedagógicamente y contradictorio a lo que postula la educación inclusiva, pero como posibilidad laboral y profesional representaba una oportunidad que me ofrecería experiencia. El ciclo escolar transcurrió y con base en lo que había revisado y aprendido durante el último año del plan de estudios en la Opción de Campo de Educación Inclusiva, realicé una planeación grupal de conocimientos y actividades escolares y a su vez determiné los objetivos para cada alumno, considerando su nivel de desarrollo y los apoyos necesarios para su participación en clase, así como ejercicios diversos que con la colaboración de los padres de familia se realizaban como tareas para habilitar y reforzar lo revisado en la escuela.

Antes de iniciar el nuevo ciclo escolar 2018-2019 me informaron que la matrícula del grupo integrado había aumentado a 19 niños, 2 presentaban Síndrome de Down, 5 Autismo, 1 TDAH, 7 Discapacidad intelectual, 2 Parálisis cerebral y 2 Discapacidad auditiva, tendría una asistente que fue Alejandra. Durante la primera semana, conocimos a Daniel, alumno con diagnóstico de TDAH desde los 7 años, quien anteriormente había estado en grupo regular sin embargo al ver los continuos problemas de conducta así como las dificultades que presentaba para la adquisición de la lectoescritura la directora decidió pasarlo al grupo integrado.

Las primeras dos semanas de clases se tomaron como periodo de adaptación y observación de los 19 alumnos que conformaban el grupo. Durante ese tiempo pudimos observar la manera en que se relacionaban entre sí, sus comportamientos y su desempeño en las actividades escolares. Posteriormente programamos una reunión con los padres de familia y así conocimos a la madre de Daniel, con quien pudimos intercambiar algunas observaciones sobre el comportamiento de su hijo, mostrándose en todo momento atenta y dispuesta para colaborar, por lo que preguntamos si le habían realizado un diagnóstico a Daniel y ella nos indicó que nos lo proporcionaría y trabajaría con su hijo todo lo que nosotras le indicáramos. Al término de la reunión, comentamos que al tener la disposición de la madre de Daniel, podríamos tomarlo como caso para realizar el proyecto de titulación ya que presenta TDAH, cuenta con diagnóstico clínico y forma parte del grupo integrado que estuvo a nuestro cargo.

3.2.2. Elaboración de la lista de preguntas

Para esta fase se formulan algunas preguntas con la finalidad de precisar el ámbito a indagar y los aspectos que lo conforman, éstos servirán como líneas de análisis que en conjunto orientarán el acopio de la información. Para tal fin se formula la pregunta general que debe considerar el interés en términos del ámbito o del aspecto sustancial del caso que se pretende comprender y explicar. Una vez

formulada, se procede a realizar un desglose de preguntas, considerando que éstas se deriven de la lógica investigativa, es decir las preguntas que se formulen tendrán que presentar correspondencia con la general, porque cada una de las preguntas del desglose implicará aspectos necesarios a indagar y comprender para que en conjunto se formule la explicación que dará razón y cuenta del caso.

Las preguntas formuladas para el caso de Daniel, fueron las siguientes:

Pregunta general:

¿Cuál fue la propuesta de intervención educativa que la escuela planteó para el proceso de inclusión de Daniel, quien presenta diagnóstico de TDAH?

Desglose:

¿Cuándo y en qué institución médica se realizó el diagnóstico clínico de Daniel y qué es lo que reportó?

¿Cómo procedió la escuela para detectar las BAP que enfrentaba el alumno?

¿Cómo procedió la escuela para conocer las necesidades básicas del alumno?

¿Cuáles fueron las estrategias que la escuela planteó para que el alumno participara y conviviera con sus pares en diversas actividades?

¿La escuela consideró como necesario el trabajo en colaboración con la familia?

3.2.3. Localización de las fuentes de datos

Para dar respuesta a las preguntas establecidas, fue necesario contar con información suficiente, por lo que resultó importante detectar las fuentes que la proporcionarían, así como las técnicas a emplear para acopiarla y los instrumentos para sistematizarla.

Las fuentes de datos o información son los medios y recursos que proporcionan testimonios, reportes y datos diversos. Para este caso se determinaron que los informantes clave serían: Daniel, su madre, y dos profesoras del ciclo anterior. Con respecto a las técnicas para recabar información, Massot, Dorio y Sabariego

sugieren las técnicas de investigación directas e indirectas, las primeras permiten obtener información de primera mano y de forma directa con los informantes clave, como puede ser la entrevista estructurada y cerrada que por medio de un formato con preguntas preestablecidas, permite que el informante responda de manera concreta y exacta a lo requerido (en: Bisquerra, 2004: 337). Este tipo de entrevista se le aplicó a la madre de Daniel y a dos profesoras del ciclo escolar pasado.

Como técnica indirecta, se optó por el análisis de documentos que reportan la evolución histórica, la trayectoria del comportamiento y el funcionamiento en determinados contextos (en: Bisquerra, 2004: 331). Estos documentos proporcionan información fidedigna y verificable sobre la condición y situación del caso, los que en la mayoría de las ocasiones pueden ser constancias o reportes elaborados por diversas instituciones. Para el caso de Daniel, los documentos obtenidos para su análisis fueron: la escala para maestros que solicitó el Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil "Federico Gómez" realizada el 30 de junio de 2015; Evaluación diagnóstica realizada en la escuela preescolar al inicio del ciclo escolar 2015-2016; Carta dirigida a los padres de parte del colegio al que asistía Daniel con fecha del 9 de noviembre de 2016; Hoja de referencia del Hospital "Juan N. Navarro" con fecha del 1º de diciembre de 2016; Resumen de atención médica del Hospital infantil de México "Federico Gómez" emitido por médico residente de psiquiatría; Evaluación psicométrica del Hospital infantil de México "Federico Gómez" emitido por una psicóloga con fecha del 11 de mayo de 2017; Electroencefalograma e interpretación realizados en la Fundación para el desarrollo del cerebro IAP con fecha del 16 de mayo de 2017; Resumen de atención médica en el que se menciona el diagnóstico realizado en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" el 25 de febrero de 2019 y algunos trabajos realizados por Daniel durante el ciclo escolar 2018-2019.

3.2.4. Análisis e interpretación de los resultados

Para realizar esta fase, Massot *et. al.*, proponen tres operaciones: la reducción de la información, la categorización y la codificación; la primera refiere a seleccionar la información relevante y proceder a detectar aspectos comunes o agrupaciones conceptuales en los datos; la segunda implica en relación con el paso anterior, determinar las categorías, entendidas como las unidades de significado o de contenido de acuerdo con los criterios temáticos que implica la finalidad del estudio de caso y la tercera consistirá en asignar a cada categoría o unidad de contenido un código propio. Una vez realizadas estas operaciones, se divide el conjunto de información a partir de las categorías que permitirá una agrupación particular de datos, en cada una se revisará el contenido para analizarlo en términos de identificar regularidades, patrones y principios así como inconsistencias, discontinuidades e incoherencias (en: Bisquerra, 2004: 357-358).

La delimitación de categorías y sus respectivos códigos son las siguientes:

- **Realización del diagnóstico clínico (DC)**
- **Detección de las Barreras para el Aprendizaje y la Participación (DBAP)**
- **Identificación de las necesidades básicas de aprendizaje (INBA)**
- **Estrategias propuestas por la escuela para la participación y convivencia del alumno con sus pares en diversas actividades tanto del aula como de la escuela. (EPCPA)** □ **Trabajo en colaboración con la familia (TCF)**

Para la primera categoría **Realización del diagnóstico clínico, con código (DC)**, se revisaron los Anexos 4, 5, 6, 7 y 8 que son constancias de los hospitales en que Daniel fue evaluado clínicamente y tratado, por lo que podemos indicar que desde 2010 se le atendió en el Hospital Infantil de México Federico Gómez y en 2013 el Departamento de Psiquiatría Infantil, realizó el diagnóstico clínico, reportando que presentaba los diagnósticos: “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y

Trastorno del Lenguaje, prescribiéndole tratamiento farmacológico con: Metilfenidato tabletas de liberación prolongada Vía Oral 20 mg. 1-0-0, Fluoxetina 20 mg tableta vía oral 2-0-0 y Risperidona 1 mg tabletas vía oral 0-0-1/4, se hace mención que el niño presentó adecuado apego al tratamiento y mostró una evolución satisfactoria.” Esto se puede confirmar en el resumen de atención médica que firman tanto el médico residente de Psiquiatría como el médico jefe del Departamento de Psiquiatría Infantil y Medicina del Adolescente (Ver anexo 5).

De acuerdo con los datos del anexo referido, Daniel fue atendido en dicho hospital desde 2010 cuando tenía 1 año de edad, porque nació por cesárea a los 6 meses de gestación el 24 de octubre de 2009, dato que se corrobora con la información de la historia clínica que refiere el anexo 7 y asimismo con lo que reportó la madre del niño en entrevista, indicando que su embarazo fue de alto riesgo y que durante el primer trimestre presentó diferentes infecciones y desprendimientos e incluso durante el primer mes de gestación y antes de saber que estaba embarazada fue medicada por infección en la garganta. A los 6 meses tuvo contracciones y fue a un hospital privado en el que después de horas de inatención, la trasladaron al Hospital Adolfo López Mateos en el que se monitoreó su estado y se le canalizó al Hospital Belisario Domínguez para que le realizaran la cesárea y el bebé como prematuro estuviera en incubadora en el área de terapia intensiva. Después de 4 meses del nacimiento, Daniel salió del hospital con la prescripción de estar conectado a un tanque de oxígeno de manera constante, esta condición prevaleció hasta la edad de 2 años (Ver anexo 11).

Con respecto al diagnóstico que emitió Psiquiatría Infantil del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” sobre Daniel, no existe el reporte por escrito ni se sabe la fecha exacta de realización, sólo se parte de la información de los anexos señalados que indican que presenta TDAH y Trastorno del Lenguaje, con prescripción de tratamiento farmacológico desde 2013, lo que lleva a deducir que Daniel tenía 4 años de edad y una vez realizado el diagnóstico clínico empezó a ser medicado con los fármacos antes referidos (Ver anexo 5). Esta información coincide

con lo que reportó su madre en entrevista, pero en ésta agregó datos que los anexos referidos no señalan, relatando que al ser atendido en Neumología, los médicos observaron su hiperactividad y lo remitieron a Neurología. En ese entonces Daniel tenía 2 años de edad y el neurólogo indicó que presentaba sintomatología de hiperactividad pero no de déficit de atención, prescribiéndole tratamiento farmacológico que consistió en valproato de magnesio y nootropil. Posteriormente lo remitieron a Psicología y al observar la sintomatología del TDAH, lo enviaron a Psiquiatría cuando tenía 4 años 6 meses de edad y le diagnostican que presentaba TDAH (ver anexo 11).

La confirmación de que Daniel presenta TDAH y continuaba con tratamiento farmacológico se indica en el anexo 4 que es una hoja de referencia del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con fecha 1º de diciembre del 2016. En este documento se indica que el niño (con 7 años, 1 mes de edad) fue remitido a dicho hospital por presentar rabietas en su unidad y que los Servicios de Atención Psiquiátrica, sugieren continuar con la atención y tratamiento prescrito por el Hospital Infantil de México Federico Gómez porque el niño ha tenido buen apego al tratamiento farmacológico de metilfenidato 20 mg/día y fluoxetina 20 mg/día. En el documento emitido no se precisa si le realizaron una nueva evaluación clínica, pero en rubro IV.

Impresión diagnóstica CIE-10 (Clave y nombre completo) se escribe: “1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad F90.0” y firman el documento tanto el médico que atendió como el médico que supervisó (ver anexo 4).

En el anexo 7 que es la interpretación de un electroencefalograma realizado el 16 de mayo del 2017, Daniel tenía 7 años, 7 meses de edad y se indica que el psicólogo le requirió el estudio. En el rubro de Historia, se enlistan lo que parecen ser los síntomas que presentaba, algunos aspectos del desarrollo y la medicación prescrita: “nació por cesárea a los 6 meses, muy inquieto, muy distraído, muy irritable, muy nervioso, muy ansioso, muy impulsivo, no mide riesgos, agresivo, sueño muy

intranquilo, se mueve mucho, pateo, habla dormido, ocasionalmente se sienta dormido, bajo rendimiento escolar, aún no lee ni escribe, empezó a caminar al año y un mes, inicio la emisión de algunos vocablos al año y dos meses pero su madre hizo la observación de que se le dificultaba pronunciar algunas palabras y que es poco sociable. Medicación: Tradea de 20 mg. 1 tableta por día, Fluoxetina 1 tableta de 20 mg por la mañana. Risperidona ¼ de tableta por la noche.” Posterior a esto se presenta la interpretación del estudio, en que se escribe:

“Paciente: espigas agudas de bajo y mediano voltaje en las diversas áreas de registro de predominio fronto-parietales en el lóbulo temporal derecho, con cambios de frecuencia y voltaje durante el estudio, excitabilidad neuronal focalizada, labilidad del lóbulo temporal derecho. Se sugiere que su médico correlacione el estudio con los datos cíclicos del paciente y se propone evaluar el tratamiento instituido”. Al final del documento aparece la firma del médico que elaboró (ver anexo 7).

Sobre la evaluación psicométrica se presentan dos anexos, en el primero que es el anexo 6, con fecha del 11 de mayo del 2017, se reporta que Daniel tenía 7 años (cuando se en realidad tenía 6 años, 6 meses) y asistía a esa institución (Hospital Infantil de México Federico Gómez) por presentar TDAH y Trastorno de Lenguaje. Se indican los instrumentos empleados: Escala de Inteligencia Weschler para niños Revisada WISC-R, Test de Dibujo de la figura Humana y Test Gestáltico visomotor [sic] De Bender y la conclusión es que Daniel: “posee desarrolladas sus habilidades y percepción visual y auditiva. Sin embargo el nivel de desarrollo motor del paciente es bajo a lo esperado para su edad-4 años-, lo cual afecta directamente a la escritura, lectura y con ello a la escolaridad. El nivel de aprendizaje esta [sic] debajo del promedio, al igual que sus [sic] comprensión y capacidad de planeación, esto es parte del diagnóstico de nuestro paciente. Todo ello afecta la manera en la que él se relaciona con el entorno, pues le es más complicado realizar actividades complejas y abstractas. La memoria de trabajo se encuentra afectada y se encuentran datos en los resultados que sugieren daño a nivel orgánico. Es de suma importancia recalcar que la información obtenida en la evaluación psicométrica no presenta una alta

confiabilidad debido a factores externos que afectaron el rendimiento por lo cual es preferible realizar una nueva evaluación.” Este documento lo firmó una psicóloga adscrita al Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente.

En el Anexo 8 que es el segundo documento en que se reporta otra evaluación psicométrica con fecha 25 de febrero del 2019, también indica que Daniel era atendido en el Servicio de Psicología por el diagnóstico de: CI Limítrofe y Trastorno por Déficit de Atención. En la fecha en que se emite éste, Daniel tenía 9 años, 4 meses y se escribe: “A petición de la madre del menor, se realizó una evaluación con el fin de actualizar y confirmar el diagnóstico por lo que se aplicaron pruebas psicométricas y se obtuvieron los siguientes resultados: EDAD PERCEPTOMOTORA 5 años 0 meses a 5 años 1 mes, se ubica muy por debajo de su edad cronológica y se refiere a la madurez asociada a los procesos de lecto-escritura. COEFICIENTE INTELECTUAL 70, equivalente a Limítrofe. Por los resultados obtenidos se sugiere apoyo psicopedagógico adecuado a sus capacidades y logros”. El documento lo firma otra psicóloga, también adscrita al Departamento de Psiquiatría.

Lo importante a señalar de estas evaluaciones psicométricas es que la primera emitió el reporte con fecha del 11 de mayo de 2017 y la segunda, con fecha 25 de febrero de 2019, el lapso de tiempo entre ambas es de 1 año, 9 meses, dado que la madre de Daniel solicitó actualizar el diagnóstico, mismo que en la segunda evaluación supuestamente se realizó y se confirmó, pero consideramos que esto no es así, porque en ambos anexos las psicólogas coinciden en referir que Daniel presenta TDAH pero discrepan en el segundo trastorno o comorbilidad, aunque ninguna lo explica como tal; para esto hay que recordar el diagnóstico clínico realizado por Psiquiatría en 2013 y con prescripción de tratamiento farmacológico, determinó que Daniel presentaba TDAH y Trastorno de Lenguaje (ver anexo 5), esto mismo se reporta en la primera evaluación psicométrica, pero en la segunda, cambia el diagnóstico porque la psicóloga que firma la actualización del diagnóstico comete un error al escribir: “...CI Limítrofe...” (ver anexo 8), observación que

sustentamos no es un trastorno como tal, es un indicador del coeficiente intelectual arrojado por la aplicación de un instrumento estandarizado, pero no se indica que el paciente presente Discapacidad intelectual.

Otro señalamiento importante de las diferencias entre ambos reportes de estas evaluaciones, es que en el anexo 5 se detallan los puntajes tanto parciales como totales, así como los nombres de los tres instrumentos empleados, las conclusiones presentadas con base en los resultados obtenidos, las áreas y algunas habilidades afectadas y las sugerencias de apoyo psicopedagógico para su aprendizaje, terapia cognitivo-conductual para moldear su comportamiento y algunas indicaciones para su plan de actividades diarias en la escuela. No obstante de estos señalamientos, lo que llama la atención son dos alertas que la profesional que realizó y firmó dicha evaluación psicométrica escribió: la primera refiere: “La memoria de trabajo se encuentra afectada y se encuentran datos en los resultados que sugieren daño a nivel orgánico.” Y la segunda indica: “Es de suma importancia recalcar que la información obtenida en la evaluación psicométrica no presenta una alta confiabilidad debido a factores externos que afectaron el rendimiento por lo cual es preferible realizar una nueva evaluación.” En esta evaluación psicométrica, la profesional no precisa ni el daño orgánico en sospecha, ni los factores externos que incidieron en el rendimiento de Daniel, procediendo a redactar el reporte. Estos aspectos no se retomaron en la segunda evaluación realizada, que es por demás escueta porque no informa sobre los instrumentos aplicados, los puntajes obtenidos y el análisis de los resultados totales, indicando un diagnóstico diferente al realizado en 2013.

Considerando lo explicado en el capítulo 2, del presente trabajo y en particular en el apartado 2.3 Diagnóstico, es necesario indicar que las referencias especializadas señalan que para realizar un diagnóstico clínico en niños que presentan sintomatología del TDAH se debe recurrir a médicos especializados como los neurólogos, psiquiatras o paidopsiquiatras quienes con base en su experiencia clínica, su actualización en el conocimiento de las dos clasificaciones

internacionales sobre los criterios diagnósticos, sea DSM-5 o CIE-10 o CIE-11 (versión actual) y el protocolo a seguir o procedimiento para realizar un diagnóstico integral o multimodal o multiaxial que considere las diferentes áreas a explorar y el uso de diferentes instrumentos, técnicas y recursos para ampliar la detección de la sintomatología y factores que inciden en la expresión de otros trastornos o comorbilidad.

Con base en la información señalada, es que se puede emitir un diagnóstico lo más completo posible para que el médico especialista prescriba si es necesario un tratamiento farmacológico, la dosis y el tiempo para evaluar la respuesta del paciente, así como sugerir el tratamiento psicosocial que apoyará tanto al paciente como a su familia para conocer y comprender lo que implica el trastorno y asimismo las técnicas y estrategias terapéuticas necesarias para modificar y reorientar el comportamiento disruptivo, la interacción social, los hábitos de trabajo y la resolución de problemas. En el tratamiento psicosocial, se considera como necesario la participación del personal directivo y docente de la escuela a la que asista el paciente, porque es un contexto social importante y cuya colaboración en términos de las observaciones del comportamiento previamente a la medicación, como posteriormente, retroalimentarán a la familia y sobre todo al especialista para determinar cambios en la prescripción farmacológica y también en la aplicación de estrategias de modificación conductual y cognitiva que se hayan sugerido como parte del tratamiento.

En este sentido, hacemos la observación que a la madre de Daniel tanto el Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez” que es donde se le diagnosticó en 2013, se le prescribió tratamiento farmacológico y se confirmó el diagnóstico en 2019, así como los Servicios de Atención Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro” que en 2016 emitieron su impresión diagnóstica con únicamente escribir con base en CIE-10 del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad F90.0, sin entregar por escrito y de manera formal un documento en el que informaran el protocolo

seguido para emitir el diagnóstico del niño, así como el predominio de síntomas o tipo y si presentaba o no comorbilidad.

Recordemos que en el apartado 2.4 Predominio de síntomas y Comorbilidad del presente trabajo, la clasificación del DSM-5 comprende 18 síntomas para el TDAH, 9 son para inatención, 6 para hiperactividad y 3 para impulsividad; especifica 3 tipos de presentación: combinada, predominante con falta de atención y predominante hiperactividad/impulsividad y 3 tipos de gravedad: leve, moderada y grave. En la CIE-10 se plantean los Trastornos hipercinéticos y esta clasificación comprende el Trastorno de la actividad y de la atención (F90.0) categoría que a su vez incluye: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno por hiperactividad con déficit de atención y Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. La CIE-11 presenta 3 predomios: déficit de atención (F90.0), hiperactividad-impulsividad (F90.1) y el combinado (F90.2) con 3 intensidades: leve, moderado y grave.

En este mismo apartado, se explica lo que implica la comorbilidad que son la expresión de síntomas de otros trastornos psiquiátricos o incluso de aprendizaje, que coexisten con la condición diagnóstica del TDAH, lo que lleva a que la persona tenga una condición compleja porque se presentan otras alteraciones que impactan su funcionamiento cognitivo y social. En la p. 81 del presente trabajo se expone una tabla de la comorbilidad con el TDAH, en la que se enuncian varios trastornos y la tasa aproximada de presentación en niños. En el caso particular de Daniel, el diagnóstico emitido por el Hospital Infantil de México Federico Gómez fue:

“Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y Trastorno del Lenguaje” (ver anexo 5) sin especificar que este último refiere a comorbilidad, este supuesto se puede apoyar en el contenido de la tabla referida porque indica: “Trastornos del desarrollo del habla, Trastornos expresivos (pragmáticos). Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10-54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas”(CADDRA, *apud.*, SS-CENETEC, 20020:19). Asimismo en la p. 80 de este trabajo se indica que los Trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje se presentan como dificultades que enfrenta un niño que presenta TDAH en el área

académica por lo que su rendimiento es bajo, "...sus adquisiciones evolutivas (lenguaje, lectura, escritura, desarrollo psicomotor) tienen un desarrollo más lento e inadecuado que lo que correspondería con la edad cronológica y mental del niño" (Parellada, 2009: 156).

Con base en lo expuesto es que se hace la observación que el Trastorno de lenguaje y el de CI limítrofe, no fueron realmente detectados y comprobados como comorbilidad para el caso de Daniel (Ver anexo 5, 6 y 8).

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, Daniel ha sido medicado con los siguientes fármacos:

Neurología le prescribió: valproato de magnesio y piracetam (nootropil) cuando él tenía 2 años de edad por presentar sintomatología de hiperactividad. El primer medicamento se emplea para tratar la epilepsia y en menores de 3 años se recomienda en monoterapia, sugiriendo realizar previamente pruebas hematológicas. Entre sus reacciones adversas se pueden citar: anemia, trombocitopenia, somnolencia, convulsiones, fallo de la memoria, sordera, lesión hepática, estado de confusión, agresividad, agitación y trastornos de la atención (Vademecum, 2024). El segundo medicamento es un psicoestimulante que se emplea para tratar el TDAH, Trastornos de memoria y estados de deterioro mental debidos a patología cerebral degenerativa. Entre las contraindicaciones se indica la hipersensibilidad al medicamento y hemorragia cerebral, por lo que su uso como tratamiento no se debe suspender bruscamente porque puede causar crisis y recaída (Vademecum, 2024).

El Departamento de Psiquiatría Infantil en 2013 prescribió tratamiento farmacológico para Daniel cuando tenía 4 años de edad y consistió en: Metilfenidato tabletas de liberación prolongada Vía Oral 20 mg. 1-0-0, Fluoxetina 20 mg tableta vía oral 2-0-0 y Risperidona 1 mg tabletas vía oral 0-0-1/4. En 2016 el Hospital Psiquiátrico

Infantil “Dr. Juan N. Navarro” confirmó el diagnóstico e indicó que Daniel continuara con el tratamiento prescrito en 2013.

En 2017 a Daniel se le realizó un electroencefalograma y el médico que emitió y firmó la interpretación del estudio, señaló como sugerencia que el médico tratante evaluara el tratamiento. En ese año, Daniel tenía 7 años, 7 meses de edad, lo que lleva a deducir que el niño tomaba el mismo tratamiento farmacológico por más de 4 años, situación que al médico que interpretó el electroencefalograma le resultó importante o preocupante, sugiriendo la evaluación del tratamiento.

Esta sugerencia resulta pertinente si recordamos que en el apartado 2.5 Tratamiento farmacológico del presente trabajo, se explica con base en referencias especializadas que el tratamiento con metilfenidato es el más frecuente para el TDAH, pero algunos autores como Castells hacen la advertencia de no prescribir tratamiento farmacológico a niños menores de los 6 años de edad por los efectos secundarios (2006: 96). Similar prevención se señala en la tabla que se expone en la p. 87 en la que se presenta el tratamiento específico por grupo de edad de pacientes y que en el caso de niños y niñas de 3 a 5/6 años que asisten a nivel preescolar, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” tampoco recomienda el tratamiento farmacológico como primera opción, pero como excepción, señala que en los casos en que las intervenciones psicoeducativas no hayan reportado beneficios sustantivos, entonces se evaluará el riesgo-beneficio de la medicación.

En las 3 tablas que se presentan en el apartado sobre tratamiento farmacológico, se coincide en señalar que la 1ª línea o etapa de tratamiento son los estimulantes y que existen otros fármacos para su prescripción, ubicándolos en la secuencia de 2ª, 3ª y hasta 4ª línea o etapa de tratamiento, según sea el diagnóstico clínico y la sintomatología del paciente, así como la respuesta a la medicación, por lo que el médico tratante durante el periodo de tratamiento deberá evaluar clínicamente este

proceso para determinar cualquier cambio en el esquema de medicación y reportarlo a la familia.

Asimismo el médico debe explicar a la familia sobre los cambios esperados en la sintomatología del trastorno una vez que se inicie el tratamiento farmacológico, el tipo de fármaco (s), el periodo de ingesta, el horario, dosis, recomendaciones y efectos adversos porque son medicamentos que impactan tanto orgánica, como psicológicamente en el niño, niña o adolescente, siendo importante las observaciones por parte de la familia y de la escuela para retroalimentar al médico tratante sobre estos aspectos.

En el caso de Daniel, no se tiene información por escrito de algún cambio en la medicación, así como de como de los efectos benéficos en la sintomatología que ha reportado este esquema, sólo se indica en el anexo 4 que el niño ha tenido buen apego al tratamiento farmacológico.

Una observación más sobre por el diagnóstico clínico y tratamiento prescrito por el Hospital de México “Dr. Federico Gómez” para Daniel, es que sólo se indicó el tratamiento farmacológico, sin referir el tratamiento psicosocial. Este señalamiento se hace una vez que se explicaron en el presente trabajo, los apartados 2.5 Tratamiento farmacológico y 2.6 Tratamiento psicosocial del capítulo 2 en los que se fundamenta que ambos tratamientos se prescriben con base en el diagnóstico clínico realizado, en este sentido no sólo se determina el esquema de medicamentos para incidir en la sintomatológica del trastorno, sino que para coadyuvar en la afectación cognitiva y social que puede expresar el paciente, se sugiere el tratamiento psicosocial que en términos de las buenas prácticas clínicas, las tres guías presentadas lo recomiendan.

En la Guía Clínica del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” este tratamiento consiste en 5 estrategias una vez que se ha realizado el diagnóstico: 1. Psicoeducación cuya finalidad es incrementar el conocimiento sobre el trastorno de

parte del paciente y de la familia para mejorar la aceptación y seguimiento de la intervención terapéutica, ofrecer herramientas para enfrentarlo y prevenir posibles comorbilidades. 2. Intervenciones conductuales, a través del manejo de técnicas para incrementar o decrementar conductas, establecer hábitos diversos para la casa y escuela. 3. Intervenciones sociales, que comprenderán el entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ira, recreación supervisada y entrenamiento para padres. 4. Psicoterapia que consiste en el empleo de diferentes tipos de terapia (relajación, reestructuración cognitiva, para la ansiedad, depresión, lenguaje, apoyo psicopedagógico, física entre otras) según sea el predominio de los síntomas, edad y comorbilidades. 5. Intervenciones escolares, que orienta el trabajo con la escuela y profesores para propiciar un ambiente que favorezca el aprendizaje y evite la estigmatización. Finalmente la monitorización sobre el medicamento y tratamiento integral será a través de cuestionarios, agendas y reportes que ayudarán al paciente y a la familia a darse cuenta del progreso y al clínico para valorar el tratamiento.

En la Guía Clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, Ciudad de México, se señalan 4 etapas en las que se tendrán que evaluar las respuestas después de un periodo de 8 a 12 semanas : Etapa 1 A. La psicoeducación ampliada, permite una comprensión sobre la patología para incentivar el tratamiento por parte del paciente y la familia hacia el autocontrol, control en horarios de sueño, rutinas para organización y planificación de actividades, reforzar la autoestima, realizar ejercicio físico y de relajación y seguir una dieta saludable que en conjunto propiciarán mayores logros en el control de la sintomatología del trastorno. Se recomienda que el clínico tratante tenga contacto con la escuela y docentes, para explicar los síntomas, el plan de cuidado y las medidas educativas necesarias. Etapa 2 A. Entrenamiento conductual para padres, utilizando técnicas de aprendizaje activo para estimular la parentalidad sensible, positiva y de apoyo. Etapa 3 A. Terapia Cognitivo Conductual, en las que a través de diversas técnicas se modificarán pensamientos no adaptativos y falsas creencias, así como estimular las habilidades aprendidas. Etapa 4 A. Terapia familiar, que consiste en la intervención terapéutica para mejorar las relaciones familiares.

En la tercera Guía Clínica que suscribe CENETEC, sugieren al igual que las anteriores, el Tratamiento Conductual mediante el uso de técnicas para modificar conductas porque es eficaz y mejora el pronóstico, siendo más eficiente en niños que en adolescentes. Se recomienda que antes de iniciar la aplicación de estas técnicas, se realice un registro de las conductas o comportamientos en los que se expresen los síntomas principales del trastorno (inatención e impulsividad-hiperactividad), su descripción y particularidades, frecuencia e intensidad. La Intervención Psicoeducativa y Psicosocial, consistirá en ofrecer estrategias de autoayuda, técnicas para favorecer habilidades sociales y la resolución de problemas. La intervención escolar se debe orientar al refuerzo académico y la adaptación escolar por medio de actividades para mejorar el rendimiento y comportamiento. La Psicoterapia Conductual comprenderá como se indicó anteriormente, la aplicación de técnicas de modificación conductual tanto en el entorno familiar como social.

Considerando las recomendaciones de las tres guías, podemos indicar que el tratamiento psicosocial debe ser parte del tratamiento que prescriben los hospitales que diagnostican y tratan a niños, niñas y adolescentes en este país, incorporando tanto a la familia como al personal docente de las escuelas porque son parte fundamental de la vida diaria del paciente, además de ser agentes que con su intervención pueden propiciar cambios benéficos en sus rutinas, hábitos, acciones, pensamientos, resolución de problemas y manejo de la frustración, ira, autocontrol, autoestima e interacción social con los otros, lo que representa colaboración y suma de esfuerzos para mejorar la atención y pronóstico de un paciente que presenta este tipo de trastorno.

En el caso de Daniel este tipo de tratamiento psicosocial no se le ofreció por parte del hospital que le realizó el diagnóstico clínico y prescribió el tratamiento farmacológico, pero el Departamento de Psiquiatría en enero del 2015 envió a la escuela de nivel preescolar a la que asistía el niño, una Escala para Maestros (ver anexo 1) misma que contestó la educadora responsable del 2º grado y al final de la

hoja 3 aparece una indicación: “Maestro (a) Si usted requiere de información sobre el paciente, comuníquese por favor con nosotros, tendremos gusto en atenderle”. Posterior a ésta, no aparece algún número telefónico o dirección electrónica para establecer contacto, por lo que este tipo de indicación no es lo que sugieren las Guías Clínicas revisadas, porque el hospital debe iniciar y establecer contacto con el directivo y personal de la escuela para informar sobre la sintomatología del trastorno que presenta el alumno, los cuidados que requiere y las sugerencias en términos de la intervención para el tratamiento psicosocial. Esto se reitera con las sugerencias que hicieron las psicólogas adscritas al mismo hospital, cuando en los reportes de las evaluaciones psicométricas indican: “Se sugiere que el paciente reciba el apoyo psicopedagógico especializado para que su aprendizaje sea acorde a las habilidades y capacidades del menor [...] Conjuntamente requiere psicoterapia de corte Cognitivo Conductual para moldear sus comportamientos” (ver anexo 5). “Por los resultados obtenidos se sugiere apoyo psicopedagógico adecuado a sus capacidades y logros.” (Ver anexo 8).

A manera de cierre sobre la explicación y observaciones a la realización del diagnóstico clínico realizado a Daniel, podemos señalar con base en las referencias especializadas y explicación de los apartados referidos del capítulo 2 del presente trabajo, que los anexos 4, 5, 6, 7 y 8 son evidencia de lo impreciso del diagnóstico clínico, de la prescripción y falta de valoración del esquema de tratamiento farmacológico y de las contradicciones en las dos evaluaciones psicométricas realizadas, por lo que este proceder resulta muy distante de lo que se propone como buenas prácticas clínicas para emitir el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes, base para especificar y plantear un tratamiento integral que considere tanto el esquema farmacológico como el psicosocial o terapéutico y así brindar al paciente mejor atención en las áreas: biológica, neurológica, psicológica, cognitiva y social, incidiendo en un mejor pronóstico y funcionamiento en las diversas actividades de su vida diaria e interacción social.

En cuanto a la segunda categoría **Detección de las Barreras para el Aprendizaje y la Participación**, con **código (DBAP)** señalamos en el tercer apartado del capítulo 1 del trabajo en cuestión, que es uno de los conceptos importantes que pauta la IE, porque estas barreras producen exclusión tanto en las aulas como en las escuelas y “son los obstáculos que dificultan o limitan el aprendizaje, la participación y convivencia en condiciones de equidad” (López, 2011: 42). Los alumnos las experimentan y enfrentan, no porque sean consustanciales a ellos, sino porque remiten a condiciones, situaciones y actitudes de las personas del entorno escolar, familiar y social que se interponen en su derecho de recibir una educación de calidad, que únicamente se logrará en la convivencia, colaboración e intercambios de experiencias con los otros de manera cotidiana.

Para aclarar el concepto de barreras, Ainscow afirma que “...hace referencia a cómo, [...] la falta de recursos o de experiencia o la existencia de un programa, de métodos de enseñanza y de actitudes inadecuadas pueden limitar la presencia, la participación y el aprendizaje de determinados alumnos y alumnas” (*apud.*, López, 2011: 42). Esta precisión en el concepto, lleva a reflexionar que en todas las escuelas existen estas barreras y que es posible que el personal docente no las conozca o no las comprende y por tanto no oriente esfuerzo alguno en detectarlas y tratar de eliminarlas. Para aportar información sobre lo que implican estas barreras u obstáculos, López presenta las siguientes:

- a) Barreras Políticas: *Leyes y normativas contradictorias.*
- b) Barreras Culturales: *La permanente actitud de clasificar y establecer normas discriminatorias entre el alumnado (etiquetaje).*
- c) Barreras Didácticas: *Procesos de enseñanza-aprendizaje.*
 - Primera:** *La competitividad en las aulas frente al trabajo cooperativo y solidario.*
 - Segunda:** *El currículum estructurado en disciplinas y en el libro de texto, no basado en un aprendizaje para resolver situaciones problemáticas. Ruptura con las adaptaciones curriculares.*
 - Tercera:** *La organización espacio-temporal: lo que quiere la escuela sin exclusiones es una organización de acuerdo a la actividad a realizar. Una organización ad-hoc.*
 - Cuarta:** *La necesaria re-profesionalización del profesorado para la comprensión de la diversidad. Del profesor como técnico-racional al profesor como investigador.*
 - Quinta:** *La escuela pública y el aprender participando entre familias y profesorado. De las escuelas antidemocráticas a las escuelas democráticas (2011: 42-47).*

Como el lector podrá percatarse, el autor refiere a las diversas barreras que la institución educativa, docentes y sobre todo alumnos, enfrentan tanto a nivel de contradicción en la política educativa, cultura social no correspondiente a los preceptos de la inclusión educativa, estructura, leyes, normativa, organización, proyecto curricular y planeación didáctica, así como la actualización del personal docente y la participación de la familia que son aspectos importantes para posibilitar la solución a diversos problemas escolares y que en la medida en que la comunidad escolar colabore y participe en la detección de estos obstáculos, estará en la posibilidad de planear diversas estrategias para solucionarlas y de esta manera posibilitar un cambio y mejora en la organización y función educativa.

Consideramos que esta tipología o propuesta, comparte aspectos con la “Estrategia de equidad e inclusión en la educación básica: para alumnos con discapacidad, aptitudes sobresalientes y dificultades severas de aprendizaje, conducta o comunicación” que tuvo como marco el planteamiento pedagógico del Modelo Educativo de la IE durante el sexenio anterior (2012-2019), periodo en el que Daniel cursaba educación primaria.

Esta estrategia “[buscaba] conformar una educación inclusiva sustentada en la equidad, la justicia y la igualdad como elementos indispensables para asegurar la calidad en los servicios educativos [...] hacia la consolidación de una educación para todas y todos los mexicanos” (SEP, 2018: párr: 9), por lo que en su publicación se señala que “las BAP surgen de la interacción entre los estudiantes y los contextos; las personas, las políticas, las instituciones, las culturas y las circunstancias sociales y económicas que afectan sus vidas” (Ainscow y Booth, *apud*, SEP, 2018: 25). Dichas barreras pueden encontrarse tanto en el contexto escolar como en el familiar y el social, señalando las siguientes:

- Actitudinales: Aquellas relacionadas con la actitud de rechazo, la segregación, la exclusión o las actitudes sobreprotectoras de los actores que interactúan con el alumno (maestros de educación regular o especial, compañeros de

grupo, madres y padres de familia, entre otros). Estas BAP comprenden acciones como la negación de inscripción o la falta de inclusión en las actividades debido a que no se plantean teniendo en cuenta las características y necesidades del alumnado. Asimismo, cuando las familias o los compañeros asumen conductas de sobreprotección, agresión o rechazo, se limita la participación de los alumnos en el aula o en la escuela.

- Pedagógicas: Tienen en común que la concepción que tienen los educadores sobre sus acciones de enseñanza y prácticas de aprendizaje no corresponden al ritmo ni al estilo de aprendizaje del alumnado. Por ejemplo, cuando la enseñanza es homogénea o cuando el docente no ofrece los apoyos requeridos para los alumnos pensando que, si lo hace, el resto del grupo se retrasará y no cubrirá el programa [o cuando] el docente planea para [los alumnos con discapacidad] actividades de grado inferiores argumentando que "no tienen la capacidad" o que las actividades son muy complicadas para el alumno.
- De organización: Las barreras hacen referencia al orden y estabilidad en las rutinas de trabajo, la aplicación de las normas y la distribución del espacio y mobiliario. Por ejemplo, cambios en los salones, espacios o en actividades sin previa planeación; cuando los materiales no son accesibles al alumnado; así como ambientes de desorden dentro del aula, son factores que afectan negativamente el aprendizaje de cualquier alumno y, en el caso de los alumnos con discapacidad, se tornan más graves debido a que muchos de ellos necesitan estructura, estabilidad y rutinas para alcanzar el aprendizaje (SEP, 2018: 26).

Para dar cuenta de las barreras que enfrentaba el caso, es importante recordarle al lector que cuando Daniel ingresó a segundo grado de primaria, por disposición de la directora de la escuela y de algunos docentes, dejó de formar parte del grupo regular y pasó al "grupo integrado", que se conformó por 19 alumnos de diferentes grados escolares: 2 presentaban Síndrome Down, 2 Parálisis Cerebral, 7 Discapacidad intelectual, 2 Discapacidad auditiva, 5 Autismo y Daniel con diagnóstico de TDAH. Esto lleva a suponer que los alumnos referidos, por presentar alguna discapacidad (física, sensorial, psicológica o mental) o algún trastorno del neurodesarrollo, fueron condiciones suficientes para que la escuela los excluyera de sus grupos regulares y los reuniera en un grupo especial, denominado grupo integrado para ser atendidos por quienes suscriben el presente trabajo.

Para esta escuela no resulta importante detectar las BAP que enfrenta el alumnado, ya que en realidad la práctica educativa no es inclusiva y por tanto podemos señalar que desconocen lo que implica la IE y a su vez lo que refiere el concepto de BAP y su importancia en detectarlas. No obstante de este señalamiento, abordaremos la

explicación con las barreras que propone López, relacionándolas con las que propuso la SEP en la Estrategia de equidad e inclusión en la educación básica, con la intención de exponer el por qué resultaron un obstáculo para la inclusión educativa tanto de Daniel como de sus compañeros del grupo especial, indicando al lector el anexo que constituye la evidencia de lo planteado.

En lo referente a las Barreras Políticas: *Leyes y normativas contradictorias*, podemos señalar que la SEP desde 2011 retomó como política educativa el modelo de la IE, propuesta que tiene como marco de acción la participación de nuestro país en los diferentes foros y reuniones que a nivel internacional se han propuesto desde las dos últimas décadas del siglo pasado, para abordar la problemática de la exclusión de diferentes sectores de la población a nivel mundial de su derecho a recibir educación, proponiendo como estrategia de solución la IE que implica afrontar estos desequilibrios con acciones de cambio en las escuelas de todos los niveles educativos, para atender a todo el alumnado con igualdad de oportunidades, respetar la diversidad de cada uno y ofrecer educación de calidad en función de lo que necesita cada uno con los apoyos necesarios. Esto lleva a que toda escuela de educación básica en México, sea oficial o particular debe asumir este modelo educativo y en este sentido, su organización como institución formativa y su personal docente deben responder al compromiso ético de ofrecer educación sin exclusión, brindando las mismas oportunidades y apoyos a todos los alumnos para así garantizar que ejerzan su derecho a la educación básica, participando en las diversas actividades tanto del aula como de escuela, conviviendo y formando parte de la comunidad escolar.

Por ningún motivo las escuelas y su personal directivo, docente y administrativo deben segregar a ningún alumno o alumna que presente alguna discapacidad o condición de vulnerabilidad, de los grupos regulares para formar grupos especiales porque al hacerlo profundizan en las desigualdades políticas, educativas y sociales. Al contrario deben respetar las diferencias del alumnado y proceder con equidad educativa, es decir deben ofrecer las mismas oportunidades a cada uno de los

alumnos para desarrollar sus competencias cognitivas, motrices, lingüísticas, comunicativas, sociales y culturales.

Si el personal directivo, docente y administrativo de una escuela no hace conciencia de este tipo de predisposición y segregación hacia los alumnos que presentan discapacidad y condiciones de vulnerabilidad, continuarán en la inercia de una enseñanza no equitativa y mecánica, refrendando el mensaje hacia los alumnos y padres de familia, que los alumnos que presentan alguna condición diferente no merecen estar con aquellos que son supuestamente normales, porque retrasarían su aprendizaje. Este tipo de supuestos y falacias resultan ser base para la discriminación, predisposición e inequidad, que tanto daño propicia en los alumnos porque les coarta su iniciativa para la convivencia, colaboración, solidaridad y empatía con sus compañeros, negando así la riqueza del intercambio de vivencias, experiencias, saberes y conocimientos que en la interacción diaria en la escuela se puede realizar y que ayudará para la mejora personal, social e institucional.

Con base en lo expuesto podemos referir que tanto Daniel como sus compañeros que formaron el grupo integrado o especial, enfrentaron este tipo de barrera porque la práctica educativa de esta institución no participaba realmente de la educación para todos y por tanto su proceder lleva a inferir que desconocían o simplemente no compartían con los preceptos de la IE.

En cuanto a las Barreras Culturales: *La permanente actitud de clasificar y establecer normas discriminatorias entre el alumnado (etiquetaje)*, podemos reiterar que la acción de la escuela de clasificar a los alumnos de los diferentes grupos regulares y conformar un grupo especial se sustentó en la concepción de considerar esta condición como deficitaria, forma de pensar anquilosada y correspondiente con el modelo o enfoque del déficit en que se sustentó la EE por muchos años, pensando que la persona era la única causa de sus problemas orgánicos, cognitivos y de aprendizaje, por lo que tendría que rehabilitarse primero y después educarse.

En el primer capítulo del presente trabajo, se revisaron los modelos en que se basó la EE, mismos que datan de finales del s. XIX y principios del XX, por lo que podemos señalar que sustentar hoy en día esta concepción de educación, resulta impertinente y éticamente reprobable, sobre todo en alguien que es un directivo y personal docente de una escuela de nivel básico, porque pensar y actuar así, lleva a inferir que estos profesionales no se actualizan, además de no ser críticos de su propia práctica educativa y social, constituyéndose en un obstáculo para la formación e inclusión educativa como entorno pedagógico que favorezca a todo el alumnado y en especial de quienes fueron segregados, clasificados y pensados como alumnos que no deberían convivir e interactuar con sus pares en el aula regular dadas sus condiciones, lo que seguramente les llevó a tener bajas expectativas sobre sus aprendizajes. En este sentido se puede afirmar que Daniel y sus compañeros del grupo integrado enfrentaron también este tipo de barreras. (Ver anexos 9 y 10).

Retomando estos tres tipos de BAP, podemos reiterar que Daniel y sus compañeros fueron seleccionados y agrupados en un grupo especial, por lo que enfrentaron BAP actitudinales de parte de la directora de la escuela y de los profesores que apoyaron su propuesta, impidiéndoles de la convivencia e intercambio de experiencias con los compañeros de los grupos regulares de los que formaban parte. Como evidencia de la segregación de Daniel, en la entrevista realizada a dos profesoras que lo tuvieron como alumno, reportaron ante la pregunta *¿Sabe cuál fue el motivo por el cual cambiaron a Daniel al grupo integrado?* La profesora 1 señaló: *Sí, ya que todo indicaba que no podría autorregular su comportamiento y eso le impedía poner atención en clases además de que molestaba mucho a sus compañeros* (Véase anexo 9). La profesora 2, comentó: *Porque en su grupo no lo podía controlar a consecuencia del TDAH* (Véase anexo 10). Como segunda pregunta, se les formuló la siguiente: *¿Considera que el niño presenta problemas de aprendizaje?* La profesora 1 reportó: *Sí porque se distrae con facilidad ya que se le dificulta concentrarse en la realización de sus actividades*. La segunda profesora comentó:

Sí, ya que debido al déficit de atención le constaba mucho trabajo concentrarse en la realización de actividades (Véase anexos 9 y 10).

En cuanto a las Barreras Didácticas: *Procesos de enseñanza-aprendizaje.*

Primera: *La competitividad en las aulas frente al trabajo cooperativo y solidario.*

Ante la idea y hecho de la dirección de la escuela de formar un grupo especial con alumnos que presentaban discapacidad y diversos problemas de aprendizaje y comportamiento, como fue el caso de Daniel, se negó la posibilidad a todo el alumnado de la escuela y a los profesores en general de formar una comunidad de convivencia y aprendizaje en la que existieran oportunidades para el intercambio de experiencias, así como realizar actividades y tareas de manera cooperativa y solidaria. En este sentido, el grupo integrado o especial es una evidencia de no reflexionar por parte de la dirección y del personal docente, sobre el tipo de práctica educativa que en realidad realizan, es decir es sectaria, limitada, individual y no favorecedora para compartir saberes, experiencias y conocimientos entre el alumnado y los profesores. Por tanto podemos señalar que Daniel enfrentó este tipo de barrera.

Segunda: *El currículum estructurado en disciplinas y en el libro de texto, no basado en un aprendizaje para resolver situaciones problemáticas. Ruptura con las adaptaciones curriculares.*

Determinar y conformar un grupo integrado o especial y grupos regulares, propició una propuesta curricular de desigualdad porque se concibieron dos tipos de educación, una regular y común y la otra de menor calidad, negando la posibilidad a Daniel y a todo el alumnado de la escuela a vivir una práctica educativa simultánea y diversa, es decir de aprender los mismo pero con experiencias diferentes (currículum diversificado), de compartir aprendizajes y a la vez dificultades o situaciones problemáticas que lejos de dividir, posibilitan un entorno de interés, de empatía y búsqueda de solución a los problemas de manera colaborativa, fomentando la cooperación y la indagación permanente. En este sentido es como

López señala, la construcción del conocimiento social es “favorecer el aprendizaje autónomo de todo el alumnado, mediante la toma de decisiones reales y el desarrollo de estrategias para aprender a aprender” (2011, p. 46).

Tercera: *La organización espacio-temporal: lo que requiere la escuela sin exclusiones es una organización de acuerdo a la actividad a realizar. Una organización ad-hoc.*

Este tipo de organización demanda que tanto la dirección como el personal docente, administrativo y alumnado, participen de un proyecto de escuela para todos, en el que cada uno de sus miembros colabore, participe y juntos resuelvan las dificultades que implica educar a todos, según sean sus necesidades y requerimientos. En este sentido, la organización de la escuela no es democrática, ni incluyente, ni participativa y mucho menos es flexible, sino excluyente y jerárquica. En este sentido, se reitera que tanto Daniel como el grupo integrado o especial enfrentó este tipo de BAP.

Cuarta: *La necesaria re-profesionalización del profesorado para la comprensión de la diversidad. Del profesor como técnico-racional al profesor como investigador.*

Se ha reiterado que la escuela no era, ni se pensaba como inclusiva, por lo que es factible que la dirección y los dueños de la escuela no participaban de este modelo educativo, así como de la necesidad de la actualización de todo su personal docente para mejorar su enseñanza y enfrentar con mejor actitud, procedimientos y conocimientos, así como las diversas demandas que exige reconocer la diversidad de alumnos, en términos de sus necesidades, condiciones particulares, intereses, habilidades y capacidades. El no considerar este aspecto tan importante para la preparación de los docentes, se puede señalar que el alumnado en su totalidad, enfrentan este tipo de BAP.

Quinta: *La escuela pública y el aprender participando entre familias y profesorado. De las escuelas antidemocráticas a las escuelas democráticas.*

Independientemente que la escuela no es pública, sino particular, su trabajo con las familias no existe, ni tampoco es importante, ya que sólo se cita a las familias cuando hay entrega de calificaciones o cuando hay un reporte sobre el comportamiento inadecuado de algún alumno. Esta escuela no tiene un proyecto educativo inclusivo y por tanto los docentes y los padres de familia no participan, ni tampoco existe un espacio y oportunidad para el intercambio de conocimientos y experiencias que propicien la suma de esfuerzos para la mejora educativa del alumnado. En este sentido, tanto alumnos, como padres de familia y docentes enfrentan este tipo de BAP.

Estas cinco BAP planteadas por López, coinciden con las de tipo pedagógico y de organización que en el documento “Estrategia de equidad e inclusión en la educación básica: para alumnos con discapacidad, aptitudes sobresalientes y dificultades severas de aprendizaje, conducta o comunicación” (SEP, 2018) se señalan, ya que las primeras aluden a la falta de correspondencia entre las acciones de los docentes para la enseñanza y aprendizaje del alumnado, porque no consideran los ritmos de aprendizaje y desconocen las habilidades, capacidades y dificultades del grupo de alumnos, por lo tanto no consideran la diversidad y presuponen que su enseñanza debe ser homogénea y quienes no sigan el ritmo de aprendizaje es porque no tienen las capacidades requeridas y son un riesgo de retraso para los demás. En cuanto a las segundas, la escuela puede establecer un orden y rutinas de trabajo, así como una distribución de los espacios, mobiliario y normativas, que tampoco correspondan a las necesidades del alumnado, en este sentido los alumnos que requieran de mejores condiciones de accesibilidad dadas sus condiciones particulares, se verán frecuentemente limitados porque la organización escolar representa un obstáculo para su desplazamiento y además por la inflexibilidad para considerar cambios que beneficien a todo el alumnado. Una escuela inclusiva debe considerar las particularidades de los alumnos y propiciar tanto la accesibilidad a los espacios, al currículo y a la participación de todo el alumnado, no debe restringir ni limitar a quienes por alguna razón o condición no pueden adaptarse a la estricta e inflexible organización de la escuela.

Como síntesis para esta segunda categoría, la escuela en términos de plantear una educación para todos e inclusiva, no consideró la detección de las BAP que enfrentaba Daniel.

En lo referente a la tercera categoría **Identificación de las necesidades básicas de aprendizaje (INBA)**, es importante señalar que este concepto fue expuesto en la *Conferencia Mundial sobre la Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje*, realizada en marzo de 1990 en Jomtien, Tailandia y convocada por el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la UNICEF (Tiana, 2008: 84).

En dicha conferencia se abordaron tres problemas principales: 1) la necesidad de impartir en la población de todos los países, una educación básica más amplia, es decir no sólo la formación de lo que se conocía como educación primaria, sino que incluyera “una formación permanente para los jóvenes, mayor desarrollo de la educación no formal, la extensión de la educación inicial o infantil y la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación” (Tiana, 2008: 84); 2) la educación para las mujeres porque este sector en algunos países no gozaba de este derecho, presentando graves desigualdades e injusticia social y 3) la necesidad de avanzar en la mejora de la calidad de la educación.

En el artículo 1. Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje, de la Declaración Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las necesidades Básicas de Aprendizaje Educación para Todos: Objetivos, se refiere lo siguiente:

1. Cada persona-niño, joven o adulto- deberá estar en condiciones de aprovechar las oportunidades educativas ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje. Estas necesidades abarcan tanto las herramientas esenciales para el aprendizaje (como la lectura y la escritura, la expresión oral, el cálculo, la solución de problemas) como los contenidos básicos del aprendizaje (conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes) necesarios para que los seres humanos puedan sobrevivir, desarrollar plenamente sus capacidades, vivir y trabajar con dignidad, participar plenamente en el desarrollo, mejorar la calidad de su vida, tomar decisiones fundamentales y continuar aprendiendo. La amplitud de las necesidades básicas de

aprendizaje y la manera de satisfacerlas varían según cada país y cada cultura y cambian inevitablemente con el transcurso del tiempo (Tiana, 2008: 86).

Como bien indica este artículo, los contenidos que refieren al concepto de necesidades básicas de aprendizaje remiten a aquellas capacidades que con base en los conocimientos teóricos, sociales y los procedimientos para llevarlos a la práctica y así enfrentar muchas de las actividades y relaciones de la vida diaria, posibilitan a cualquier persona participar, trabajar e interactuar con otros en el desarrollo de prácticas escolares, laborales y sociales.

Las condiciones necesarias para garantizar la satisfacción de tales necesidades, se relacionan con el artículo 3. Universalizar el acceso a la educación y fomentar la equidad, que de manera particular planteó 5 acciones:

1. La educación básica debe proporcionarse a todos los niños, jóvenes y adultos. Con tal fin habría que aumentar los servicios educativos de calidad y tomar medidas coherentes para reducir las desigualdades.
2. Para que la educación básica resulte equitativa, debe ofrecerse a todos los niños, jóvenes y adultos la oportunidad de alcanzar y mantener un nivel aceptable de aprendizaje.
3. La prioridad más urgente es garantizar el acceso y mejorar la calidad de la educación para niños y mujeres y suprimir cuantos obstáculos se opongan a su participación activa.
4. Hay que empeñarse activamente en modificar las desigualdades en materia de educación y suprimir las discriminaciones en las posibilidades de aprendizaje [...].
5. Las necesidades básicas de aprendizaje de las personas impedidas precisan especial atención. Es necesario tomar medidas para garantizar a esas personas, en sus diversas categorías, la igualdad de acceso a la educación como parte integrante del sistema educativo (Tiana, 2008: 87).

Las necesidades básicas de aprendizaje requieren para su satisfacción de una formación escolar de calidad, que ofrezca una enseñanza pertinente, equitativa y sin actitudes y acciones que discriminen para posibilitar una participación plena de todo el alumnado.

En este sentido, Luque indica que la educación es una de las necesidades básicas porque sin ella, no hay crecimiento humano y progreso social. Estas necesidades “se sitúan entre dos extremos: uno individual o de carácter psicológico, [...] y otro

contextual o político-social, [y se consideran] como algo común a todas las personas, constituyéndose en un principio o derecho humano” (2009: 201).

Asimismo este autor advierte que existen personas y grupos en condición de desventaja, es decir que son discriminadas y no cuentan con la atención adecuada para satisfacer esta necesidad, sobre todo en los contextos educativos, en donde no se procede con igualdad y equidad, dificultando su satisfacción. De manera particular se refiere a los niños, niñas y jóvenes que presentan alguna condición particular y diferente al resto de sus compañeros y como tal son un grupo en riesgo de exclusión, a quienes se les deben brindar las condiciones necesarias para que cuenten con:

a) satisfactores específicos que eviten situaciones o circunstancias de desarrollo de discapacidad o limitación, b) herramientas, recursos o servicios que superen o compensen las discapacidades existentes, y c) satisfactores susceptibles de generar y desarrollar habilidades para que se alcancen niveles óptimos de salud y autonomía. Para todos ellos, la educación va a suponer la respuesta apropiada al desarrollo individual y social, ajustándose a las particulares realidades de cada uno [...] es una condición necesaria tanto para obtener niveles de autonomía y desarrollo personal, como para comprender y participar activamente en la sociedad y en el cultura (2009: 205-206).

La formación escolar que niños y jóvenes reciben en las instituciones educativas, debe corresponder a sus necesidades básicas y de aprendizaje, por lo que exigen un esfuerzo de sensibilización, de conocimiento y comprensión de parte de los docentes para saber realmente cuáles son.

La capacidad de un sistema educativo para satisfacer las necesidades educativas y de aprendizaje de todo el alumnado, piedra de toque de una educación inclusiva (Gine, 2009), está directamente relacionada con su capacidad para diversificar las ofertas y las ayudas educativas, y ésta última, a su vez, es tanto más limitada cuanto mayor es el nivel de homogeneidad impuesto a la organización y el funcionamiento del sistema educativo. Urge, en consecuencia, profundizar en los procesos de descentralización con el fin de avanzar hacia la implementación de sistemas educativos capaces de ofrecer *respuestas diversificadas* a necesidades educativas y de aprendizaje diversas (Coll, 2010: 15-16).

Con base en lo expuesto, indicaremos que por parte de la escuela primaria a la que asistía Daniel, no procedieron para identificar este tipo de necesidades, ya que en

ningún momento abordaron el concepto, ni lo trataron tanto la directora como los profesores. Como evidencia de esto, en el anexo 3 se presenta una carta dirigida a los padres del alumno con fecha 9 de noviembre de 2016 y en ésta aparece como Asunto: Calificaciones, posteriormente se inscribe:

“A quien corresponda: Por medio de la presente se informa que el alumno [...] está inscrito en el Colegio [...] en primer grado, observándose las siguientes dinámicas dentro de las actividades académicas:

No sigue indicaciones

No sabe números y letras

No sabe unir sílabas

Tiene atención muy dispersa

Molesta a sus compañeros de trabajo

Ha llegado a golpear a varios compañeros

No se entienden sus dibujos

Ha llegado a patear a sus compañeros

Ha roto materiales de sus compañeros

Desde el ingreso del alumno al Colegio se ha avanzado en el trazo de la letra, ahora es más legible

Visualmente copia las líneas [sic] que se le trazan en el pizarrón sin saber que [sic] son y significan.

Algunas veces es compartido con sus compañeros.

Atentamente

Colegio...”

A esta carta, se puede señalar que si estaba dirigida a los padres del alumno, debió presentar sus nombres y no a quien corresponda, el asunto indica calificaciones y en el párrafo que antecede a la lista de dificultades del alumno, se anota que “se ha observado las siguientes dinámicas”, que no corresponden con el listado de dificultades y que además no se explica cómo se detectaron. Asimismo el asunto no son las calificaciones porque no se presentan y finalmente no lleva ninguna firma, sólo se presenta el sello del colegio.

En cuanto a las dificultades del alumno que se enlistan, posibilitan pensar que Daniel durante el trayecto del 1º grado, no había logrado la competencia de la lectura y escritura, ya que se indica que no sabía las letras y que el trazo de éstas había presentado avance porque eran más legibles; en cuanto a los números, se

reporta que no los sabía, por lo tanto no tenía el concepto de número. En términos de señalar las necesidades básicas de aprendizaje, la o los responsables de dicha carta, no parten de entender este concepto, razón por la que el listado que aparece es una mezcla de dificultades tanto en el orden de conocimientos previos referidos a la lecto-escritura y el concepto de número, así como problemas de atención, impulsividad y conductas disruptivas, que son la sintomatología del TDAH.

La falta de conocimiento sobre la condición del TDAH como trastorno y en particular cómo se manifestaba en Daniel, así como el no saber lo que implican las necesidades básicas de aprendizaje y no identificarlas, propiciaron en el personal directivo y docente de la escuela, confusiones para entender y atender de manera adecuada a Daniel, porque al no tener en claro cuáles eran sus necesidades básicas de aprendizaje no podrían proponer las estrategias idóneas para que él pudiera prestar atención y controlar sus comportamientos agresivos y disruptivos con sus compañeros, así como el brindarle los recursos para satisfacer tales necesidades.

Esto a su vez se confirma al leer las entrevistas realizadas a dos docentes, anexos 9 y 10, porque al preguntarles: *¿Considera que el niño presenta problemas de aprendizaje?*, la profesora 1, respondió: *Sí, porque se distrae con facilidad ya que se le dificulta concentrarse en la realización de sus actividades.* La profesora 2, contestó: *Sí, ya que debido al déficit de atención, le cuesta mucho trabajo concentrarse en la realización de actividades.* Y ante la pregunta: *¿Cree que necesita algún tipo de apoyo? Y ¿por qué?*, la profesora 1, indicó: *Sí, pero solamente un apoyo por parte de padres de familia al establecer límites, pues también no es como que necesite un apoyo personalizado (maestra sombra) pues sabe trabajar solo.* La profesora 2, respondió: *Se necesita mayor colaboración de parte de los padres ya que no se ponen de acuerdo entre ellos.*

Como el lector podrá recordar en el capítulo 2 se abordan diferentes apartados sobre el TDAH, como la sintomatología, cómo realizar el diagnóstico, la tipología y

la comorbilidad, así como el tratamiento farmacológico y psicosocial, presentando finalmente estrategias para el manejo docente. Con base en la información que se organiza, presenta y explica, podemos señalar que el personal directivo y docente de la escuela no tenían conocimiento alguno de lo que implica este trastorno y a su vez tampoco conocían lo que implica la inclusión educativa, de tal manera que no sorprende que no hayan propuesto alguna estrategia para que Daniel participara y conviviera en las diversas actividades escolares junto con sus compañeros del grupo al que pertenecía, es decir antes de que se le segregara de éste y conformara el grupo integrado. En este sentido, como ya se ha indicado, tanto la dirección como el grupo de docentes de esa escuela, no procedieron conforme a los preceptos de la Inclusión Educativa de atender a la diversidad con equidad e igualdad, por tanto nunca propusieron lo relativo a la cuarta categoría: **Estrategias propuestas por la escuela para la participación y convivencia del alumno con sus pares en diversas actividades tanto del aula como de la escuela. (EPCPA)** y tampoco consideraron importante la participación de la familia en la propuesta educativa para responder a sus necesidades básicas de aprendizaje y de esta manera iniciar el proceso de inclusión de Daniel, de ahí que se indique que con respecto a la última categoría: **Trabajo en colaboración con la familia (TCF)** no hubo ningún acercamiento y como prueba de esto, están los anexos 3, 9, 10 y 11 porque no señalan alguna actividad que los docentes de la escuela hayan propuesto para explicarle a su mamá sobre las dificultades propias del trastorno, las barreras para el aprendizaje que enfrentaba Daniel y cuál sería el plan de intervención para responder a sus necesidades básicas de aprendizaje y posibilitar una participación tanto social como escolar de Daniel en el contexto escolar, de tal manera que la madre del alumno participara en este plan con estrategias específicas que le ayudaran a entender su comportamiento inatento e impulsivo y sobre todo habilitarle gradualmente su autorregulación para mejorar su participación en actividades de la vida diaria y así mismo en las escolares y de interacción social.

En cuanto a la intervención que pudimos tener en el caso de Daniel y con pleno desconocimiento de las estrategias que en el último apartado del capítulo 2 se

señalaron, debemos indicar que consideramos estar al pendiente de su comportamiento para sobre corregir cualquier acto de agresión a sus compañeros, así como apoyarle en las actividades que se pautan en las 11 planeaciones que se presentan en el anexo 12. Estas planeaciones tuvieron como finalidad que Daniel iniciara el proceso de la lecto-escritura y consolidara el concepto de número, brindándole en todo momento apoyos para fortalecer el conocimiento en estas materias, así como retroalimentarle positivamente en los momentos en que realizaba adecuadamente los ejercicios y atendía a las instrucciones.

En términos de haber realizado esta tesis y los procesos de acopio, comprensión y explicación de las diferentes referencias, podemos valorar que nuestra intervención careció de fundamentación y conocimiento sobre las diferentes estrategias para el trabajo educativo con un alumno que presenta TDAH, así como el saber aplicar de manera correcta las diversas técnicas cognitivas y de modificación conductual para reorientar las acciones, pensamientos y actitudes de Daniel cuando manifestaba agresión, frustración y ansiedad.

Es importante recordar que los diversos autores que se emplearon para explicar lo relativo al TDAH, señalan que se deben sumar esfuerzos de atención a un alumno o alumna que presenta este trastorno, en el que participen los profesionales que le atienden médica y psicológicamente, así como la familia y el personal docente de la escuela a la que asista, sólo de esta manera multimodal o integral podrán detectarse las dificultades en el tratamiento farmacológico y psicosocial, para realizar los ajustes necesarios y de esta manera observar tanto en casa como en la escuela, los efectos y así mismo intervenir en la reorientación de comportamientos y empleo de estrategias para que el niño, niña o adolescente logre detectar sus errores, solucione diversos problemas y logre consciencia de los factores o aspectos a los que no puso atención y de esta manera aprenda a autorregularse cognitiva, emocional y socialmente en su interacción con los demás.

En cuanto a la experiencia de esta corta intervención, podemos señalar que como egresadas de la Licenciatura en Pedagogía, debemos defender y fundamentar nuestras posturas sobre la Inclusión Educativa, porque permiten reflexionar sobre nuestra propia práctica profesional, sobre la mejora de nuestras propuestas para la enseñanza para la diversidad, sobre la correspondencia de la detección de las BAP que enfrenten los alumnos y las estrategias y apoyos que se les deben brindar para minimizarlas y erradicarlas, así como fomentar la participación y solidaridad entre los alumnos para lograr aprendizajes significativos y que les sean útiles para solucionar diversos problema en la vida diaria y en la escuela.

La intervención en el ámbito de la Inclusión Educativa, exigen una constante documentación y actualización constante para saber cómo trabajar en colaboración con otros profesionales y de esta manera sumar esfuerzos para responder de manera adecuada y pertinente a las necesidades básicas de aprendizaje de los alumnos.

3.2.5. Informe final

Daniel es un niño que nació a los 6 meses de gestación por cesárea el 24 de octubre del 2009 en el Hospital Belisario Domínguez.

El embarazo de su madre fue de alto riesgo, presentando desde el primer mes de gravidez infección vaginal y urinaria, así como amenaza de aborto. Se le prescribió

reposo absoluto y al cuarto mes, se repitió esta amenaza, por lo que al sexto mes tuvo contracciones y fue cuando Daniel nació prematuramente.

Desde el nacimiento hasta al cuarto mes de vida, el niño estuvo en terapia intensiva y una vez que se le dio de alta, se le prescribió estar conectado a un tanque de oxígeno todo el día. Frecuentemente se enfermaba de las vías respiratorias y hasta los dos años estuvo conectado a un tanque de oxígeno.

Desde 2010 hasta 2019 se le atendió a Daniel en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Durante sus dos primeros años fue atendido en Neumología y precisamente en una de estas revisiones, el médico que le atendía lo canalizó al Neurología por presentar excesiva actividad. En esta área de especialidad, le prescribieron valproato de magnesio y nootropil, advirtiéndole que no presentaba síntomas de inatención, pero sí de hiperactividad. Continuó en revisión por parte de Neurología y se le envió al área de Psicología, reportándole a la madre de Daniel, que no presentaba algún trastorno y que sólo era problema de establecimiento de límites. Se recomendó a su familia que asistieran a terapias familiares y al cabo de un tiempo, el psicólogo indicó que Daniel sí presentaba sintomatología de TDAH. En 2013 se le remitió a Psiquiatría y es ahí en donde se le diagnosticó que presentaba TDAH con hiperactividad-impulsividad y ansiedad, Daniel tenía 4 años, 6 meses. No se entregó por escrito el diagnóstico, sin embargo algunos datos sobre el mismo se reportan en algunas de las constancias y referencias médicas. En ese año se le prescribió el tratamiento farmacológico: Metilfenidato tabletas de liberación prolongada Vía Oral 20 mg. 1-0-0, Fluoxetina 20 mg tableta vía oral 2-0-0 y Risperidona 1 mg tabletas vía oral 0-0-1/4. En 2016 el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” confirmó el diagnóstico e indicó que Daniel continuara con el tratamiento prescrito en 2013.

En 2017 a Daniel se le realizó un electroencefalograma y el médico que emitió y firmó la interpretación del estudio, señaló que sugería que el médico tratante correlacionara el estudio con los datos clínicos del paciente y evaluara el tratamiento. En ese año, Daniel tenía 7 años, 7 meses de edad, lo que lleva a señalar que por más de 4 años tomaba el mismo tratamiento farmacológico, situación que algunos especialistas advierten que es recomendable evaluar periódicamente la ingesta en términos del riesgo-beneficio de la medicación, considerando el diagnóstico clínico y la sintomatología del paciente, así

como las observaciones que reporte la familia y la escuela para retroalimentar al médico tratante sobre la prescripción y los posibles ajustes.

Sobre la evaluación psicométrica, se realizaron dos evaluaciones por parte del Servicio de Psicología del mismo hospital, la primera con fecha del 11 de mayo del 2017 en la que se reportó que Daniel tenía 7 años, cuando en realidad tenía 6 años, 6 meses y presentaba TDAH y Trastorno de Lenguaje. Asimismo se indicó que el desarrollo motor del niño era bajo a lo esperado para su edad, afectando directamente en la escritura, lectura y en su escolaridad, el nivel de aprendizaje estaba debajo del promedio, al igual que su comprensión y capacidad para la planeación y realización de actividades abstractas. Su memoria de trabajo también se encontraba afectada y se sugirió realizar una nueva evaluación. La segunda evaluación se realizó el 25 de febrero del 2019 y Daniel tenía 9 años, 4 meses. Esta evaluación la pidió la madre del niño para actualizar y confirmar el diagnóstico, reportándose que la edad perceptomotora de Daniel se ubicaba por debajo de su edad cronológica, que el CI era de 70 equivalente a límite, por lo que se sugería apoyo psicopedagógico adecuado a las capacidades y logros del paciente. Ambas evaluaciones coincidieron en señalar que Daniel presenta TDAH, pero discreparon en el segundo trastorno, ya que la primera evaluación indicó que el niño presenta además Trastorno de Lenguaje y en la segunda evaluación se reportó: “ CI Límite” lo que es un indicador de Discapacidad intelectual, aunque no se señaló así. Sobre el diagnóstico clínico y tratamiento prescrito por el Hospital de México “Dr.

Federico Gómez” para Daniel, sólo se concretó en el tratamiento farmacológico para incidir en la sintomatología del trastorno, sin indicar el tratamiento psicosocial, que en términos de las buenas prácticas clínicas por parte de instituciones de salud como los hospitales que atienden este tipo de trastornos, deben considerar como parte del tratamiento integral para coadyuvar en lo cognitivo, emocional y social del paciente; incorporando a la familia y al personal docente de las escuelas a las que asisten niños, niñas y adolescente que presentan este trastorno porque son parte fundamental de su vida diaria, además de ser agentes de cambio en sus rutinas, hábitos, acciones, pensamientos, resolución de problemas y manejo de la ira, frustración y autocontrol en la interacción con otras personas.

En cuanto a la trayectoria escolar de Daniel, se puede indicar que en preescolar, se reportó que era muy intranquilo, que se movía mucho en el asiento, que su atención era

débil, impulsivo y no medía las consecuencias, que su rendimiento era deficiente en el lenguaje y comunicación, así como su memoria para aprender canciones y que su inteligencia era abajo del promedio.

En el 1º grado de primaria, se reportó que no seguía instrucciones, que su atención era dispersa, no sabe números y letras, no se entienden sus dibujos, molesta y agrede a sus compañeros e incluso ha roto sus materiales, copia frases del pizarrón pero no sabe lo que significan.

Para el 2º grado, debido a sus problemas de aprendizaje, inatención e hiperactividad, así como su comportamiento agresivo para sus compañeros, se le pasó al grupo integrado o especial por disposición de la directora de la escuela.

En ningún momento, el personal médico especializado del hospital que diagnóstico y atendía a Daniel, sugirió una plática con el personal docente y la familia para explicar la sintomatología que presentaba el niño, así como el tratamiento farmacológico prescrito y los beneficios en términos de la regulación de su hiperactividad y control de su atención, además de las posibles técnicas terapéuticas y estrategias que se podrían emplear para habilitar comportamientos adecuados y disminuir las conductas disruptivas y agresivas que pudiera presentar Daniel.

En este sentido, la escuela tampoco tuvo la iniciativa de requerir o solicitar al hospital de la participación de algún médico especialista o psicólogo que pudiera orientarles en cómo tratar a Daniel y cuáles serían las estrategias y recomendaciones para su intervención educativa.

El desconocer lo que implica este trastorno y las dificultades que se pueden enfrentar cuando el paciente no lleva un adecuado tratamiento multimodal o integral, además de no conocer los preceptos de la inclusión educativa, las acciones emprendidas para la convivencia y aprendizaje de Daniel por parte de la escuela no fueron las adecuadas porque de antemano la concepción con la que se determinó pasarlo de un grupo regular a uno especial o integrado, fue pensar que presentaba un déficit y por tanto, en ningún momento se pensó que el alumno, al igual que sus compañeros del grupo integrado enfrentaban barreras para el aprendizaje y participación, que en sí esta manera de proceder con estos alumnos evidencia que la propia dirección y práctica educativa de la escuela no es inclusiva, sino al contrario, representa uno más de los obstáculos para su participación escolar y relación social con el resto de la comunidad educativa. Asimismo

se puede indicar que el desconocer cuáles eran sus necesidades básicas de aprendizaje, no permitiría plantear una intervención que respondiera a sus requerimientos, ni tampoco los recursos que se le podrían brindar para reorientar su atención y regular su hiperactividad a través del manejo de diversas estrategias; que los especialistas sugieren para que los niños, niñas y jóvenes que presentan este trastorno aprendan a emplearlas y así regular su ansiedad y frustración, logrando mejorar su interacción y realización de diversas actividades tanto de la vida diaria como escolares.

La experiencia de la interacción con Daniel, lleva a la reflexión sobre la necesidad de los profesionales que trabajamos en las escuelas, de documentarnos sobre este tipo de trastornos y de propiciar entre el intercambio de experiencias y sugerencias para intervenir educativamente y brindar una mejor atención a los alumnos, presenten o no algún trastorno o problemas de aprendizaje.

El sumar esfuerzos con las familias y los especialistas que tratan a los alumnos, posibilitará un trabajo colaborativo que impacte en la comprensión de sus condiciones, requerimientos y necesidades tanto cognitivas como sociales en aras de contribuir para que ellos y ellas puedan autorregular muchas de las dificultades, resolver diversos problemas de la vida diaria tanto en casa como en la escuela y sobre todo que logren autonomía en saber decidir y emprender diversas actividades a mediano plazo.

En términos de nuestra intervención como pedagogas, podemos señalar una vez que hemos realizado esta tesis, que nos faltó revisión sobre las diferentes dimensiones que se ven afectadas al presentar este trastorno, así como las diversas estrategias de manejo docente que pudieron haberle sido útiles y adecuadas, tanto a Daniel como al resto de sus compañeros, sin embargo el trato amable de parte de nosotras hacia todos los alumnos del grupo integrado, estar al pendiente de apoyarles en sus actividades escolares cuando presentaban alguna dificultad, de incorporar a las familias con actividades de refuerzo en casa y de propiciar un trabajo en colaboración en el salón de clases, llevó a logros importantes en cada uno.

En lo que respecta a Daniel, sus periodos de atención aumentaron, controlaba más sus impulsos, seguía más las instrucciones y permanecía más tiempo en su lugar, pero todo esto debe reforzarse día a día, así como habilitarle su memoria, una vez que se determinen sus necesidades básicas de aprendizaje, su nivel de desarrollo evolutivo y las BAP que enfrenta, para diseñar un plan de intervención que contemple las áreas que

deberán trabajarse, así como las estrategias más adecuadas. En cuanto a la revisión de su tratamiento farmacológico, aunque no fuimos formadas en medicina, con la revisión y explicación sobre el tratamiento farmacológico y la sugerencia del médico que realizó el último electroencefalograma, nos permitimos indicar que el o los médicos que lo tratan deberían poner atención en este señalamiento porque es importante la revisión de su esquema de medicación y también sugerir que la escuela pida una plática o asesoría del personal médico de este hospital para aclarar muchas de las dudas y supuestos con los que la mayoría de docentes actúan ante alumnos y alumnas que presentan diversos trastornos del neurodesarrollo y de esta manera trabajar en conjunto para lograr su bienestar.

CONCLUSIONES

El haber realizado la presente tesis nos permitió varias experiencias altamente formativas y significativas, porque nos exigió la revisión sistemática de diversas referencias, muchas de ellas difíciles de entender porque los autores e investigadores abordaban contenidos históricos, pedagógicos y psicológicos sobre el devenir histórico de los modelos con los que la Educación Especial por más de un siglo sustentó sus concepciones de la discapacidad, pasando posteriormente a un modelo en el que ya no se pensaba a la discapacidad como un déficit o incompletud de lo orgánico y cognitivo de las personas, para concebirlo como aquella condición humana que debería compensarse para lograr su normalización como el resto de las personas que no presentaban tal condición. En este sentido el pasaje no fue arbitrario, sino que obedeció a múltiples factores tanto culturales como sociales que posibilitaron que el descontento de las familias de quienes presentaban alguna discapacidad durante los finales del siglo XIX se les considerara como ciudadanos con el derecho de recibir educación, formación que para el siguiente siglo se consideró como la necesidad de que se les brindara la oportunidad de no estar en recintos especiales y que tuvieran igualdad de circunstancias como los demás. En este sentido, tales movimientos sociales llevaron a que algunos de los modelos con los que se practicaba la Educación Especial posibilitaran cambiar de manera de pensar a la discapacidad.

En este continuo histórico se gesta el principio de la normalización y las garantías para este sector de la población en países como Suecia, Dinamarca, Inglaterra, Francia y posteriormente Estados Unidos de Norteamérica y Canadá para que se dieran los inicios de la Integración Educativa, modelo que se consolidó con el tiempo y que en nuestro país se inicia en 1992 con la política educativa de la modernización. Innegablemente esta experiencia posibilitó que parte del sector magisterial fuera capacitado y actualizado para emprender el reto de la integración educativa de niños, niñas y jóvenes que presentaban alguna discapacidad y

tuvieran ingreso en las escuelas regulares tanto oficiales como en las particulares. Las experiencias de esta actualización se retomaron con entusiasmo y en los siguientes sexenios se continuó con la política educativa que sustentara el modelo educativo de la integración educativa para posibilitar el acceso a este sector de la población a la propuesta curricular.

Las experiencias concretas de integrar a los alumnos que presentaban alguna discapacidad, dependían de múltiples factores y recursos con los que contaran las escuelas y los docentes, esto llevó a que no todas las experiencias fueran exitosas, ya que exigía el trabajo en colaboración tanto de los docentes de aula regular como de los profesionales o docentes de los servicios de apoyo de Educación Especial, además del trabajo de la familia. Como el lector recordará del abordaje del capítulo 1, hubo críticas y descontentos sobre este modelo educativo porque partía de la compensación del alumno, dependiendo de sus necesidades educativas especiales, concepto por demás polémico y no del todo comprendido, además del acuerdo de ambos profesionales para determinar en qué tiempo y cómo se intervendría y apoyaría a los alumnos que presentaban tales necesidades, los que tendrían que apartarse del grupo regular para recibir la atención especializada y así no detener al resto del grupo en la revisión de los contenidos curriculares.

Este tipo de práctica educativa no fue del todo aceptada por las escuelas, propiciando prácticas muy cuestionadas sobre si realmente se atendían las necesidades educativas de los alumnos que presentaban discapacidad. De nueva cuenta en el continuo de este tipo de prácticas, en algunos otros países se partía de un nuevo concepto que era pensar la educación para todos, el aprendizaje durante toda la vida y la respuesta que la escuela debería brindar para la diversidad del alumnado. Esto llevaría a ya no pensar en sacar a los alumnos que presentaran necesidades educativas de aprendizaje del salón de clases y también a considerar la condición de vulnerabilidad que muchos alumnos que no presentaban discapacidad, la vivían y experimentaban desventajas sociales y educativas.

Este nuevo reto es el que la mayoría de profesionales que podemos trabajar en el ámbito de la formación escolar, sobre todo en la educación básica, enfrentamos y al que hay que encontrar solución para responder ética, moral y profesionalmente a los diversos requerimientos de los alumnos, presenten o no discapacidad, porque se les debe dar respuesta a sus requerimientos, brindándoles apoyos y recursos específicos para lograr su inclusión y participación en las diversas actividades escolares, sin discriminarlos o excluirlos, sino haciéndoles partícipes del trabajo en colaboración y del intercambio de experiencias e ideas con el resto de sus compañeros. Este tipo de prácticas inclusivas permite tanto a los niños, niñas y jóvenes que presentan alguna condición de vulnerabilidad, como a los que no la presentan, la convivencia y poder desarrollar proyectos de manera colaborativa, aportando cada uno según sean sus habilidades, superando así la individualidad y la falta de solidaridad, posibilitando la ayuda, el apoyo y la construcción común, acciones que posibilitarán la mejora del aprendizaje y la comprensión del otro.

El tener en claro lo que es realizar una práctica educativa inclusiva, permite al profesional de la pedagogía, comprender el trabajo de asesoría, orientación y de participación con otros profesionales en el ámbito escolar, para hacer posible que alumnos y alumnas que no son incluidos en estos contextos, tengan la posibilidad de compartir entornos que favorezcan consolidar sus habilidades y superar las dificultades. Lógicamente esto exige la constante documentación y actualización del profesional para compartir ideas, planteamientos y estrategias tanto con los docentes como las familias, para que puedan comprender muchas de las condiciones de los alumnos que presentan problemas de aprendizaje y condiciones que comprometen tanto su desarrollo, cognición e interacción con sus pares como puede ser el que presenten alguno trastorno. En estos casos se debe conocer la historia del alumno y si cuenta o no con un diagnóstico, así como la atención médica por parte de algún hospital, condiciones necesarias para saber a través de los padres que tanto esta atención ha disminuido la sintomatología y posibilita que el niño o niña esté en mejores condiciones para aprender, compartir y convivir con sus

compañeros. En este sentido, es importante conocer lo relativo a la sintomatología, diagnóstico, tipología y tratamiento tanto farmacológico como psicosocial que puede brindar el hospital y que puede ser una posibilidad de asesoría y orientación para el personal de la escuela porque puede asegurar información y explicación sobre estos factores para poder comprender el por qué el alumno o alumna presenta diversos problemas en el aula. Sólo de esta manera se podrá conocer si evolutivamente se ha logrado controlar la sintomatología del trastorno y si se está en la posibilidad de intervenir con algunas estrategias para el manejo docente y de la familia.

La inclusión educativa de niños que en lo particular presentan TDAH, es importante como se indicó, que exista en la medida de lo posible un trabajo en equipo por parte del médico tratante o equipo de profesionales del área de la salud del hospital al que asista el alumno o alumna para recibir tratamiento y seguimiento, porque permitirá sumar esfuerzos de atención por parte de la escuela, así como de la familia, una vez que en conjunto se tenga la comprensión de lo que implica la condición de trastorno y las posibilidades del manejo terapéutico de las estrategias que se puedan conocer y aplicar por parte del docente de la escuela y la familia para que de esta manera se garantice que en los diferentes contextos de convivencia del alumno se le apoye para controlar la sintomatología que le ocasiona diferentes problemas tanto en su vida diaria como en la escuela.

El acopio de la documentación y experiencias del trato con Daniel, nos permitió percatarnos que es muy posible que el tratamiento farmacológico no esté siendo el adecuado, porque con base en la fundamentación que se realizó en el capítulo 2, nos da la posibilidad de considerar que no se ha evaluado este tratamiento porque lleva más de cuatro años con esta prescripción, señalamiento que el médico que realizó el electroencefalograma hace en la interpretación del estudio, que el médico tratante debe considerar los resultados y evaluar el tratamiento farmacológico.

Consideramos que es importante que médicamente se evalúe el tratamiento porque es factible que muchas de las dificultades de Daniel para poner atención, concentrarse en sus trabajos escolares y el control de su agresión para sus compañeros, se deba a que el medicamento no esté incidiendo en disminuir estos síntomas. En cuanto al manejo de las estrategias para el trabajo docente, al estar en constante observación por parte de la escuela no pudimos proponer una planeación didáctica acorde a los requerimientos del niño y en términos de ser honestas, por desconocimiento nuestro, no empleamos muchas de las que sugieren las especialistas que se señalan en el último apartado del capítulo 2. No obstante de esta situación, el haber estado pendiente de las actividades de Daniel durante el año escolar que comprendió el 2º grado, así como el apoyarlo en sus actividades escolares y reforzarle su trabajo y comportamiento adecuado para sus compañeros, logró avances en su relación social y en sus procesos de adquisición de la lecto-escritura y realización de operaciones básicas de aritmética.

Nuestras expectativas para el logro escolar de Daniel nunca fueron menores, al contrario, siempre establecimos que presentaba suficientes habilidades tanto motrices como cognitivas, lo que hacía falta era trabajar su memoria, así como atención para optimizar el desarrollo de funciones ejecutivas y autocontrol de sus emociones. Para esto, es importante contar con la asesoría de personal especializado en esta área para aprender la aplicación de cuáles estrategias serían las adecuadas, una vez que se detecten las BAP que enfrenta y cuáles son sus necesidades básicas de aprendizaje. Asimismo, se le tendría que cambiar de escuela a Daniel, porque en ésta se desconoce lo que exige la práctica educativa inclusiva y no se tiene apertura para pensar en otra forma de trabajo pedagógico, así como el no mostrar sensibilidad y comprensión sobre la historia y condición del alumno.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Álvarez, Arturo y Álvarez, Virginia (2018 enero-junio). Cómo organizar un estudio de caso. En: *Revista electrónica educ@upn*, México: Universidad Pedagógica Nacional, unidad Ajusco, (23) [Recuperado de:
<http://educa.upnvirtual.edu.mx/index.php/expediente/16-expediente/301-como-organizar-un-estudioi-de-caso>]. (Consultado: 13-12-2023).
- Amstrong, Thomas (2008). *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad ADD/ADHD Estrategias en el aula*. Argentina: Paidós.
- Barkley, Rusell (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barragán, Eduardo et. al. (2007). Tema Pediátrico. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En: *Boletín Médico Hospital Infantil de México*. México: (64), 326-343.
- Barrio de la Puente, José (2009). Hacia una Educación Inclusiva para todos. En: *Revista Complutense de Educación*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid, vol. 20, (1) 13-31.
- Benito, Rafael (2008). *Evaluación en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Infancia-adolescencia- madurez*. Madrid: Draft [Disponible en página web:
http://www.postersessiononline.com/doi/10_3252-TDAH_es2008115.pdf]. (Consultado: 15-04-2022).

- Bermeosolo, Jaime (2010). *Psicopedagogía de la diversidad en el aula. Desafío a las barreras en el aprendizaje y la participación*. México: Alfaomega.
- Brogna, Patricia (2009). Las representaciones de la discapacidad: la vigencia del pasado en las estructuras sociales presentes. En: Brogna, Patricia (compiladora). *Visiones y Revisiones de la Discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cardona, Angélica; Arambula, Lourdes y Vallarta, Gabriela (2011). *Estrategias de Atención para las Diferentes Discapacidades. Manual para padres y maestros*. México: Trillas.
- Castells, Paulino (2006). *Nunca quieto, siempre distraído ¿Tendrá TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)?*. Madrid: Espasa Calpe.
- Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) (2018). Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): actualización. En: *Boletín Terapéutico Andaluz*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública, 33 (4), 28-36.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de Salud (CENETEC) (2022). *Guía de Práctica Clínica. Evidencias y Recomendaciones. Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (tdah) en pediatría en primer nivel de atención*. México: CENETEC- Secretaría de Salud.
- CIE-10 (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10: CDI-10*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Coll, César (2010). Enseñar y aprender en el mundo actual: desafíos y encrucijadas. En: *Pensamiento Iberoamericano*. España: Universidad de Barcelona, (7), 47-66.

- De la Peña, Francisco; Galicia, Frinne; Aguerre, Romina y Palacios, Lino (2017). *Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales. Guía clínica para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Dorio, Inma; Sabariego, Marta y Massot, Inés (2004). Características Generales de la Metodología Cualitativa. En: Bisquerra, Rafael (coord.). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid, España: La Muralla, 275-292.
- Elías, Yolanda (2005). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. México: Trillas.
- Faraone, Stephen; Cruz, Lino y De la Peña, Francisco (2019). Conceptos esenciales de la Etiología del TDAH. En: Rohde, Luis *et al.* *La Federación Mundial de TDAH Guía*. Sao Paulo: Federación Mundial de TDAH-Artmed Editora LTDA, 1-18.
- Fernández, Alberto (*n.d.*). Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) Aspectos Históricos. En: Fernández, Alberto y Calleja, Beatriz. *Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) . Abordaje multidisciplinar*. Fundación CADAH [Recuperado de: https://fundacioncadah.org/j289eqhfd7511986_uploads/20120611_v9gKcRs0FbMVMnwhvHFt_0.pdf] (Consultado: 11-11-2023).
- Frade, Laura (2010). *Déficit de Atención e Hiperactividad. Fundamentos y estrategias para el manejo docente en el salón de clases*. México: Fundación Federico Hoth A.C-Proyectodah.
- Gobierno de la República (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Gobierno de la República. [Recuperado de: https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf]. (Consultado: 19/01/22).

Gobierno de México (2019) *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Apartado Derecho a la Educación. [Recuperado de: <https://www.comexef.org/post/plan-nacional-de-desarrollo-2019-2024>] (Consultado: 13-08-2021).

González, Eugenio (coord.) (1995). *Necesidades Educativas Especiales. Intervención psicoeducativa*. Madrid: Editorial CCS.

Hallowell, Edward y Ratey, John (2001). *TDAH: controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. España: Paidós.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (2009). *Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. México: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

INECO (2023). Más del 4% de la población mundial tiene TDAH. [Recuperado de: <https://www.fundacionineco.org/mas-del-4-de-la-poblacion-mundial-tiene-tdah/>] (Consulta: 12-11-2023).

Jané, Clautre; Bellespí, Sergi y Dorado, Montse (2005). La evaluación psicopedagógica del alumnado con problemas y trastornos emocionales y conductuales. En: Bonals, Joan y Sánchez-Cano, Manuel. *La evaluación psicopedagógica*. España: Graó, 293-323.

Joselevich, Estrella (compiladora) (2006). *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. A.D./H.D. en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

López, Miguel (1997) La educación (especial): ¿Hija de un dios menor en el mundo de la ciencia de la educación? En: *Educar*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona, (21) 7-17.

- López, Miguel (2011). Barreras que impiden la escuela inclusiva y algunas estrategias para construir una escuela sin exclusiones. En: *Innovación Educativa*. México: Instituto Politécnico Nacional, 21, 31-54.
- Luque, Diego (2009) Las necesidades educativas especiales como necesidades básicas. Una reflexión sobre la inclusión educativa. En: *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México, XXXIX (3-4), 201-223.
- Llanos, Leónidas *et. al.* (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. En: *Revista Pediatría Atención Primaria*. España: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, XXI (83), 101-108.
- Lledó, Asunción (2012). *Luces y sombra en la Educación Especial. Hacia una Educación Inclusiva*. Madrid, España: CCS.
- Massot, Inés; Dorio, Inma y Sabariego, Marta (2004). Estrategias de recogida y análisis de la información. En: Bisquerra, Rafael (coord.). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid, España: La Muralla, pp. 329-365.
- Mendoza, María (2005). *¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros*. México: Graó.
- Moreno, Inmaculada (1998). *Hiperactividad Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, Dolores (2009). Tratamiento Psicofarmacológico. En: Parellada. *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de la infancia a la edad adulta*. España: Alianza, 177-240.
- Morrison, James (2015) *DSM-5 Guía para el DIAGNÓSTICO CLÍNICO*. México: Editorial El Manual Moderno.

- Parellada, Mara (2009). Concepto y Antecedentes Históricos. En: Parellada. *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de la infancia a la edad adulta*. España: Alianza, 17-44.
- Parellada, Mara (2009). Diagnóstico. Clínica. En: Parellada. *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de la infancia a la edad adulta*. España: Alianza, 45-88.
- Parellada, Mara (2009). Síntomas Asociados y Complicaciones. Comorbilidad. En: Parellada. *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de la infancia a la edad adulta*. España: Alianza, 131- 176.
- Parilla, Ángeles (2002) Acerca del origen y sentido de la Educación Inclusiva. En: *Revista de Educación*. España: Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, 327, 11-29.
- Perote, Alfonso y Serrano, Rosario (coord.) (2012). *TDAH: origen y desarrollo*. Madrid: Instituto Tomás Pascual.
- Peisekovicius, Raquel (2003). *Rápido, rápido... ¡rápido! el niño hiperactivo*. México: American Book Store.
- Quintero, Javier y Miernau, Isabel (2012). Neurobiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y su implicación en Educación. En: *Participación Educativa*. España: Consejo Escolar del Estado. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, Segunda Época No. 1 (1) 61-73.
- Ramos, Carlos (2016). La cara oculta del TDAH. En: *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Ecuador: Facultad de Psicología. Universidad de la República de Uruguay, 6 (1), 226-253.
- Rickel, Annette y Brown, Ronald (2008) *Trastorno por deficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Editorial El Manual Moderno.

- Rusca, Fiorella y Cortez, Carla (2020) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. En: *Revista Neuro-psiquiatría*. Perú: Facultad de Medicina Alberto Hurtado (FMAH) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 83 (3), 148-156.
- Sabariego, Marta; Massot, Inés y Dorio, Inma (2004) Capítulo 10 Métodos de Investigación Cualitativa. En: Bisquerra, Rafael (coord.) *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid, España: La Muralla, 293-328.
- Sánchez, Esteban (2001). *Principios de Educación Especial*. Madrid, España: CCS.
- SEP-BM (2010). *Programa Escuelas de Calidad. Guía para facilitar la inclusión de alumnos y alumnas con discapacidad en escuelas que participan en el PEC*. México: SEP.
- SEP-DEE (2010). *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México. Una visión histórica de sus Modelos de Atención*. México: SEP-DEE.
- SEP (2018) *Aprendizajes Clave para la Educación Integral. Estrategia de equidad e inclusión en la educación básica: para alumnos con discapacidad, aptitudes sobresalientes y dificultades severas de aprendizaje, conducta o comunicación*. México: SEP.
- Simón, Cecilia y Molina, Pamela (2022). Haciendo realidad la inclusión en la escuela: condiciones, desafíos y prácticas inspiradoras. En: *Revista Iberoamericana de Educación (RIE)*. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), 1, (89) 9-14.
- Sipos, Lourdes (2009). Tratamiento Psicológico. Individual. Familiar. En: Parellada. *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de la infancia a la edad adulta*. España: Alianza, 241-278.

- Tiana, Alejandro (2008). Declaración Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje (Jomtien, 1990) y Marco de Acción de Dakar (2000). En: *Trasatlántica de Educación*. México: Consejería de Educación-Embajada de España, año III, V, 83-94.
- Tomás, Josep y Casas, Miquel (coord.) (2004). *TDAH: Hiperactividad, Niños movidos e inquietos*. España: Laertes Editorial.
- Vademecum (2024). Valproato de magnesio. [Recuperado de: <https://www.vademecum.es/mexico/medicamento/1277488/valproato-de-magnesio-solucion-oral-200-mg-ml>] (Consultado: 10-01-2024).
- Vademecum (2024). Piracetam (N06Bx03). [Recuperado de: <https://www.vademecum.es/principios-activos-piracetam-N06BX03-mx>] (Consultado: 10-01-2024).
- Valadez, Blanca (2022). Un millón 600 mil niños y niñas en México sufren TDAH. México: Milenio. [Recuperado de: <https://www.milenio.com/politica/mas-de-un-millon-de-ninos-y-ninas-en-mexico-sufren-tdah>] (Consultado: 12-07-2022).
- Vallés, Antonio (2006). *Alumnos con Inatención, Impulsividad e Hiperactividad. Intervención Multimodal*. Madrid: Editorial EOS.
- Vergara, Javier (2002). Marco histórico de la Educación Especial. En: *Revista Estudios sobre Educación*. España: Universidad de Navarra, (2), 129-144.
- Van-Wielink, Guillermo (2004). *Déficit de Atención con Hiperactividad*. México: Trillas.
- Warren, Howard (1984). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS

Anexo 1
Escuela primaria, maestro

LA ...MHA ESTROS

Nombre del alumno

Escuela Escuela Instituto Pedagógico Dirección _____
Nuevo Armero Teléfono _____
 Fecha 30- Junio 2015 Año Académico 2^{da} de Kinder Edad 5 años 8 meses
 Expediente Hospital _____

Indicaciones:

Marque con 0 si el alumno **na** **pni:RMlb** .. **sintoma; 1, si** llo
DC4SIIIIIMI1na,1h **b!J'** b **hace muy frecuente**

- 1.- Es muy inquieto, intranquilo, **en el asiento** mueve mucho manos y pies. _____
- 2.- Su atención es lábil, como que piensa mucho, concentra bien. 3
- 3.- En clase es agresivo, golpea a los demás, es busca pleitos, riñe con facilidad, molesta a otros niños. _____
- 4.- Se duerme en clase, se le ve somnoliento. 0
- 5.- es destructivo, rompe cosas, útiles, paredes, etc. 0
- 6.- Hace las cosas como sin pensarlas. Es impulsivo si se enoja no se controla, no mide la consecuencia de sus actos. _____
- 7.- Es mentiroso, aún, cuando no existe propósito definido para ello. 0
- 8.- Es rechazado por otros niños, no les cae bien, no los invitan a jugar. e,



	Bien	Regular	Mal
Deporte	()	(✓)	()
Coordinación motora gruesa	()	(✓)	()
Coordinación motora fina	()	(✓)	()

Materias en las cuales el niño presenta un buen rendimiento.

Computación

Materias en las cuales el niño presenta un rendimiento deficiente

Lenguaje y comunicación, Lenguaje Escrito

Mencione algunas habilidades que considere usted, tiene el niño.

Durante este mes observe que su perseverancia y compromiso aumenta ya que al realizar ejercicios que mantienen requiere mantener el control de movimientos que implican fuerza, velocidad y flexibilidad en juegos. mejoró mucho.

Le cuesta trabajo escuchar la lectura de fragmentos de un cuento y le cuesta trabajo decir que cree que sucederá en el resto del texto.

	Nunca	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
La escuela tiene comunicación con padres.	()	()	(✓)	()
Los padres denotan interés en la escuela y el niño	()	()	()	(✓)
Falta a clases	(✓)	()	()	()
Llega tarde	()	()	(✓)	()

	Nunca	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
No hace tareas	()	(✓)	()	()
Hace mal tarea	(✓)	()	()	()
Habla usted a solas con el niño	()	()	()	(✓)
Nivel económico promedio del salón	()	()	()	()
Número de alumnos en el salón	<u>9</u>			
Cuántos niños con el mismo Problema tiene usted en clase	<u>1</u>			
	()	Promedio		
	(✓)	Abajo del promedio		
La Inteligencia del niño es	()	Arriba del promedio		
	()	Muy superior al promedio		
	()	Muy inferior al promedio		

La memoria del niño es mala para aprender poesías y canciones
bueno para juegos, ó cosas que le llaman la atención INB

¿Cómo contesta al hacerle preguntas en clase? con otra pregunta ¿que dijo? INB

Observaciones: Este mes Kamel comenzó a expresar lo que le agrada y desagrada y pocas veces manifiesta sus ideas.
Siempre percibe que sus derechos no son respetados.

Maestro (a) _____

Si usted requiere de información sobre el paciente, comuníquese por favor con nosotros, tendremos gusto en atenderle.

/Intav *

Anexo 2
Evaluación diagnóstica de la escuela de nivel preescolar



KINDER NUEVO AMANECER

NOMBRE DEL ALUMNO(A):

CICLO ESCOLAR: 2015-2016

GRUPO: 3^{er} "A"

CAMPO FORMATIVO ASPECTOS	COMPETENCIAS	(CONOCIMIENTOS, DESTREZAS, ACTITUDES) SE DESARROLLAN CUANDO	HABILIDAD QUE SE FAVORECE		
			1	2	3
CF: LENGUAJE Y COMUNICACIÓN ASP: LENGUAJE ORAL ASP: LENGUAJE ESCRITO CF: DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL ASP: IDENTIDAD PERSONAL Y AUTONOMÍA ASP: RELACIONES INTERPERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Obedece y comparte información a través de diversas formas de expresión oral. • Identifica algunas características del sistema de escritura. • Comprende que hay orden, reglas y convenciones externas que regulan su conducta en los diferentes ámbitos en que participa. • Internaliza gradualmente las normas de relación y comportamiento basadas en la equidad y el respeto. • Aprende sobre la importancia de la amistad y comprende el valor que tiene la confianza, la honestidad y el apoyo mutuo. • Utiliza los números en situaciones variadas que implican poner en juego los principios del conteo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica su núcleo escolar. Se reconoce como parte de él. • Sigue pautados. • Se responsabiliza del material escolar. • Cuida de su persona y se respeta así mismo. • Trabajo en equipo y en pares. • Convivencia. 			// //
CF: PENSAMIENTO MATEMÁTICO ASP: NÚMERO ASP: FORMA ESPACIO, MEDIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce y nombra características de objetos, figuras, y cuerpos geométricos. • Construye sistemas de referencia en relación con la ubicación espacial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica los números y su significado. • Conoce algunos usos de los números en la vida cotidiana. • Ordena colecciones en orden asc. y descendente. • Asigna el número 1 y 2 a colecciones de objetos. • Forma conjunto de 2 objetos. • Realiza el conocimiento del círculo, cuadrado y triángulo. • Identifica la direccionalidad de un reconocido trayecto y establece puntos de referencia. • Se ubica en el espacio (laberintos). 			// // // //
CF: EDUCACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL MUNDO ASP: CULTURA Y VIDA SOCIAL CF: DESARROLLO FÍSICO Y SALUD ASP: COORDINACIÓN, FUERZA Y EQUILIBRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce y comprende la importancia de la acción humana en el mejoramiento de la escuela. • Describe y explica algunas causas de su núcleo en. • Mantiene el equilibrio y control del movimiento que implican fuerza, resistencia, flexibilidad e impulso. • Participa en juegos y actividades de ejercicio físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencia actividades dentro del entorno escolar. • Identifica su núcleo escolar. Se reconoce como parte de él. • Sigue trayectos en el patio y en el pabellón manteniendo el equilibrio. • Recorre laberintos en varias direcciones. • Realiza trayectos más complejos en el ámbito escolar siguiendo pautados. • Recuerda las tarjetas. • Colorea y pinta. 			// //
CF: EXPRESIÓN Y APROPECIACIÓN ARTÍSTICA ASP: EXPRESIÓN Y APROPECIACIÓN VISUAL ASP: EXPRESIÓN DRAMÁTICA Y APROPECIACIÓN TEATRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica y expresa creativamente sus ideas, sentimientos y fantasías mediante representaciones plásticas, utilizando técnicas y materiales variados. • Representa personajes y situaciones reales e imaginarias mediante el juego y la expresión dramática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego con sus compañeros a representar los diferentes roles que se desarrollan en la escuela. Utiliza disfraces. 			// //

INDICADORES: 1 = NO LO HACE SI NO SE LE AYUDA 2 = LO HACE CON UN POCO DE AYUDA 3 = LO HACE SOLO

Anexo 3

Observación del comportamiento y dificultades de Daniel en actividades académicas de 1° grado de educación primaria

Carta dirigida a los padres



COLEGIO TEOTIHUACAN

Lugar de los Dioses, donde se forjan seres humanos

ASUNTO: Calificaciones.

Ciudad de México, a 9 de noviembre de 2016.

A quien corresponda.

Por medio de la presente se informa que el alumno _____ está inscrito en el Colegio Teotihuacán Primaria con clave 41-1985-425-00-Pa-017, en primer grado, observándose las siguientes dinámicas dentro de las actividades académicas:

No sigue indicaciones.

No sabe números y letras.

No sabe unir sílabas.

Tiene atención muy dispersa.

Molesta a sus compañeros de trabajo.

Ha llegado a golpear a varios compañeros.

No se entienden sus dibujos.

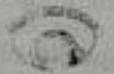
Ha llegado a patear a sus compañeros.

Ha roto materiales de sus compañeros.

Desde el ingreso del alumno al Colegio se ha avanzado en el trazo de la letra, ahora es más legible.

Visualmente copia las líneas que se le trazan en el pizarrón sin saber que son o significan.

Algunas veces es compartido con sus compañeros.



COLEGIO TEOTIHUACAN
PRIMARIA
CALLE DE LOS DIOS
CALLE DE LOS DIOS
CALLE DE LOS DIOS
CALLE DE LOS DIOS

Atentamente,

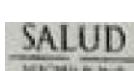
Colegio Teotihuacan.

ORIENTE 251-B No. 223, COL. A. ORIENTAL, C.P. 08500, IZTACALCO
CIUDAD DE MEXICO 57 58 55 88 57 16 22 73

AReICO4

a de,ri f rencia d

hat ,;o Juan N. N ,;a u



SECRETARÍA DE SALUD
PSIQUIATRÍA
TRICENTRO INFANTIL
"Dr. Juan N. Nájera"



HOJADEREFERENCIA

FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA: 1 | 12 | 2016 HORA: 10:10 hrs

FECHA DE NACIMIENTO: 24 | octubre | 2009
 EDAD: 7 | años | 2 | meses | 27 | días
 SEXO: M (X) / F () RELIGIÓN: Católica
 REGULARIDAD: 1ro. primaria OCUPACIÓN: estudiante
 NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL O TUTOR: _____
 PARENTESCO: MADRE
 DIRECCIÓN: SUR 20 No. 455 Edificio K Depto 10 Col: Agrícola Oriental Deleg. Iztapalapa
 TELÉFONO DIRECTO: 55 1198 1468 TELÉFONO ADICIONAL: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____
 DERECHO A BIENESTAR: SI () NO (X) INSTITUCIÓN QUE REFIERE: C. S. "Dr. Manuel Pascoueta"

Nombre del Médico que refiere: Carmen Torres Mata / Dr. Víctor Manuel Ávila
 Motivo de envío: No requiere atención en nuestra institución
 Unidad receptora: C. S. "DR. MANUEL PASCOUETA"
 Domicilio de la unidad receptora: _____
 Nombre del Médico que recibe: _____
 Tipo de atención: Manejo médico quirúrgico Interconsulta Especialidad: Psiquiatría
 c) Auxiliares de diagnóstico y tratamiento: _____
 c) Otro: _____
 TA: mmHg FC: x FR: x Temp: °C Peso: Kg Talla: cm Glasgow: _____
 Resumen clínico:
 Paciente masculino que acude con hoja de referencia de su institución, como antecedente es paciente del Hospital Psiquiátrico Infantil de México Federico Gómez en servicio de psiquiatría y terapia familiar con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en tratamiento con metilfenidato 20 mg/día y fluoxetina 20 mg/día, con buen apego a tratamiento y respuesta al mismo.
 Fue canalizado por una carta presentada en su unidad a decir de la madre, sin embargo refiere la madre evento único, sin otras condiciones que ameriten atención por nuestra unidad.
 Se considera continue seguimiento en HIMP, en caso de requerir una valoración psiquiátrica canalizar al servicio donde se atienda al menor. Gracias.
 IV. Impresión diagnóstica CIE-10 (Clave y nombre completo)
 1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad P90.0

Dra. Carmen Torres Mata
Médica Psiquiatra
Céd. Prof. 6383175
Céd. Esp. 9181392

Dr. Víctor Manuel Ávila
C. S. "DR. MANUEL PASCOUETA"

Av. San Buenaventura 88, Colonia Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México
Teléfono: 5573-2855, 5573-4856 y 5573-4844. www.ssp.gob.mx/unidades/navarro/tp_juan_najarro.html

Anexo 5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

D.F., a 20 de Febrero de 2017

Atención por el Dr. [Redacted]

Por este conducto con fundamento a lo dispuesto por los artículos 29 y 30 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como, en el numeral 5.5 de la Norma Oficial Mexicana Nom-1685SA1-1998, tomando en cuenta su solicitud se hace constar que el Niño:

Se atiende en nuestra [Redacted] de registro 813527. Fecha de [Redacted] de Octubre 2009.

Valorado por el Departamento de [Redacted] e Psiquiatría Infantil.

Cuenta con los siguientes diagnósticos reportados en el expediente:

Dx. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

[Redacted] asio, rna del t. u •

[Redacted] n tratamiento farmacológico indicado en esta institución indicado desde

OJ. ;

[Redacted] tlfollcl; alo1: bl tu el 11 [Redacted] pmi.; da Vi.a Oral 20 m.t- 1..0

Fluoxetina .mm, t [Redacted] :Z.'IH'.J

Risperidona In,s t-blrt.H [Redacted] 0-0-1/4

[Redacted] 1 pac'.!!!1:t. pr!!H:11t .ad'ecuado .■peto_ .tnrraml [Redacted] y - masradai **una evolución satisfactoria**

se r.rtlfdl! el [Redacted] del IntB.esalll). I; d nlo H Olllal.-.jftf'ltl
In'o'iaillll1_ y **carece de validez legal.**

Elaboró Resumen Clínico:

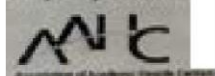
Dr. David Díaz Jiménez. Ced. Prof. 7956195

[Redacted] N,ktlc,o... ao. Nillo ■AaNII

Dr. Jesús María delBQlquaG.-u

O.p.■rum.nw.; et.Psiquiat.ruí mi **El y Medicina del Adolescente**

C.c.p. Expediente CIII1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE SERVICIO MÉDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, AFILIADA A LA UNAM
Dr. Márquez 162 Col. Doctores C.P. 06730, México, D.F.
Teléfono: 52 20 98 17 www.himfg.edu.mx

Anexo 6

Evaluación psicométrica

Ciudad de México a 11 de mayo del 2017

A quien correspond:

Por este medio se informa que el niño de 7 años de edad, asiste a esta institución con el número de registro #13521 por presentar los diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno del Lenguaje.

Se realiza evaluación psicométrica obteniendo los siguientes resultados:

Escala de Inteligencia Wechsler para niños Revisada WISC-B
CI Verbal: 64 retraso superficial
CI Ejecución: 75 límite
CI TOTAL: 70 LÍMITROFE

Test de Dibujo de la Figura Humana
Koppitz: - CI TOTAL: 80 NORMAL BAJO
Goodenough: - CI TOTAL: 75 LÍMITROFE

Test Guestricovomotor De Bender:
EDAD VISOMOTRIZ: 4 años

Debido a los resultados obtenidos en las diversas evaluaciones realizadas podemos concluir que posee desarrolladas sus habilidades y percepción visual y auditiva. Sin embargo el nivel de desarrollo motor del paciente es bajo a lo esperado para su edad -4 años-, lo cual afecta directamente a la escritura, lectura y con ello a la escolaridad. El nivel de aprendizaje de esta debajo del promedio, al igual que sus comprensión y capacidad de planeación, esto es parte del diagnóstico de nuestro paciente. Todo ello afecta la manera en la que él se relaciona con el entorno, pues le es más complicado realizar actividades complejas y abstractas. La memoria de trabajo se encuentra afectada y se encuentran datos en los resultados que sugieren daño a nivel orgánico.

Es de suma importancia recalcar que la información obtenida en la evaluación psicométrica no presenta una alta confiabilidad debido a factores externos que afectaron el rendimiento de por lo cual es preferible realizar una nueva evaluación.

Se sugiere que el paciente reciba el apoyo psicopedagógico especializado para que su aprendizaje sea acorde a las habilidades y capacidades del menor pues lo que se busca evitar es que el rezago intelectual sea mayor. Conjuntamente requiere psicoterapia de corte Cognitivo Conductual para moldear sus comportamientos.

Para apoyar al paciente es importante utilizar frases cortas, instrucciones claras, trabajar en la tolerancia a la frustración, pedirle que repita lo que escuchó para conocer si

comprendió lo indicado y realizar mediante autoinstrucciones un plan de lo que él tiene que ir realizando en la escuela y en la vida cotidiana.

Sin más por el momento, agradezco su atención.

ATENTAMENTE:

Psic. Morales Hernández Ana del Carmen
Adscrita al Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente.

Dr. Márquez 162, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06720 México D.F.



INSTITUCIÓN DE SERVICIO MÉDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, AFILIADO

Anexo 7
Electroencefalograma

Datos clínicos

Estado: Q050341

TrackWalker 5.1

SSNEURONIC

Centro: FUNDACION PARA EL DESARROLLO DEL CEREBRO, IAP
Nombre:
Fecha de nacimiento: 24/10/2009 Edad: 7.56 Sexo: Masculino
Fecha del registro: 16/05/2017 Hora del registro: 10:44:28
Técnico:
Origen del paciente: JAVIER ORTIGOSA Médico residente: PSIC. DAVID
Historia:

DC
MUY INQUIETO, MUY DISTRAIDO, MUY IRRITABLE, MUY NERVIOSO, MUY ANSIOSO, MUY IMPULSIVO, NO TIENE MIEDOS, AGRESIVO, SUENA MUY INTRANQUILLO, SE MUEVE MUCHO, PATEA, HABLA DORMIDO, OCASIONALMENTE SE SIENTA DORMIDO, BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, AUN NO LEE NI INI ESQUIBE, NACIO POR CESARIA A LOS 6 MESES, EMPEZO A CAMINAR AL AÑO Y UN MES, EMPEZO AL AÑO Y DOS MESES, SE LE DIFICULTA PRONUNCIAR ALGUNAS PALABRAS, POCO SOCIABLE.

Diagnóstico inicial:

Diagnóstico final:

Medicación:

TRAZEDA DE 20 MG, 1 TAB. POR DÍA, FLUOXETINA 2 TAB. DE 20 MG. POR LA MAÑANA, ELSPERIDONA 1/4 DE TAB. POR LA NOCHE.

Paciente:

espigas agudas de bajo y mediano voltaje en las diversas áreas de registro de predominio fronto-parietales en el lóbulo temporal derecho, con cambios de frecuencia y voltaje durante el estudio

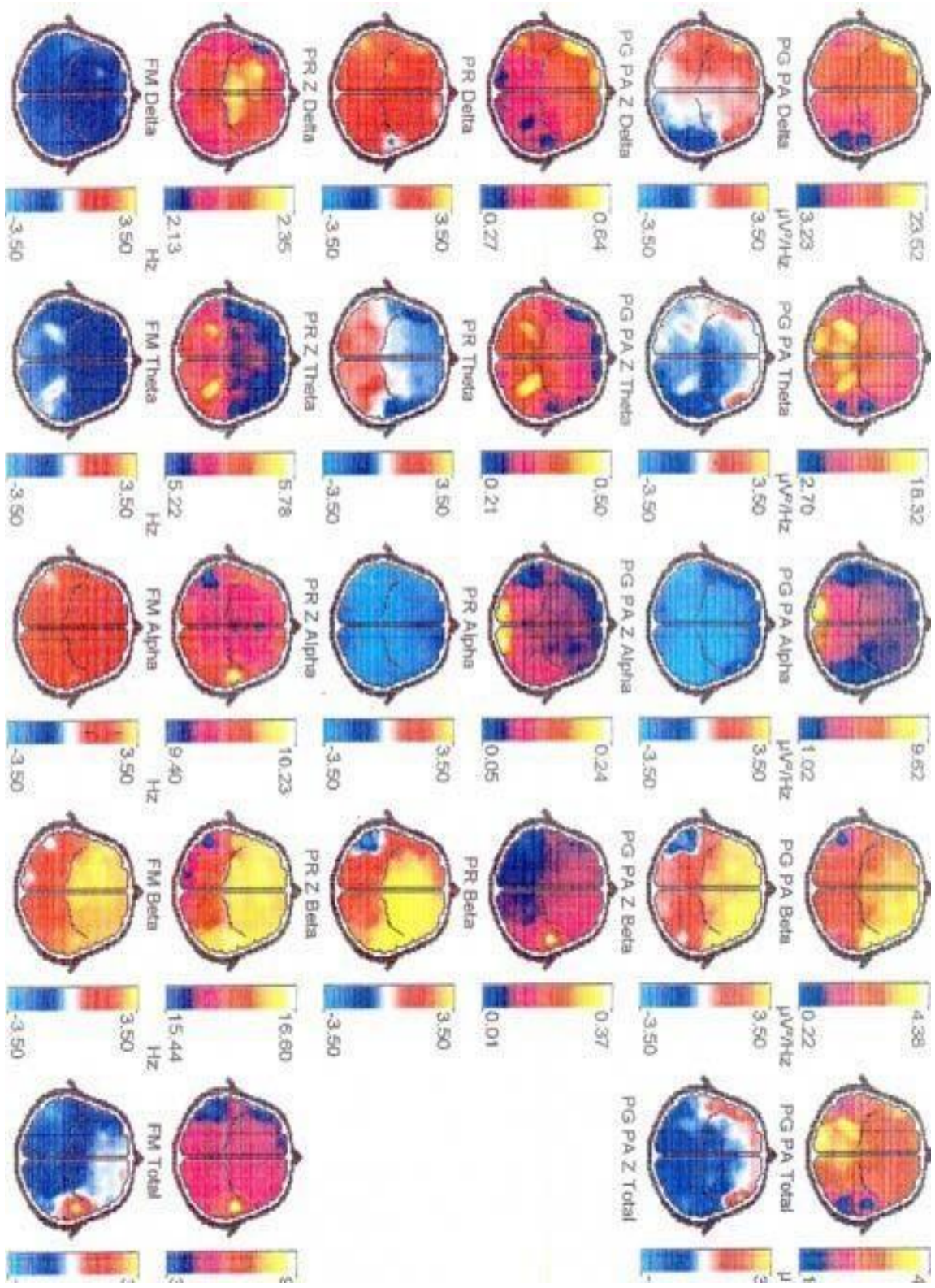
excitabilidad neuronal focalizada, labilidad del lóbulo temporal derecho

Se sugiere que su médico correlacione el estudio con los datos clínicos del paciente y se propone tratamiento evaluar el tratamiento instituido.

Atentamente,

Dr. Joaquín Reyes Velázquez Giron





Anexo 8
Evaluación y Actualización del Diagnóstico

¿Sabe cuál fue el motivo por el cual cambiaron a Daniel al grupo integrado?	<i>Sí, ya que todo indicaba que no podía autorregular su comportamiento y eso le impedía poner atención en clases además de que molestaba mucho a sus compañeros.</i>
¿Considera que el niño presenta problemas de aprendizaje?	<i>Sí, porque se distrae con facilidad ya que se le dificulta concentrarse en la realización de sus actividades.</i>
¿Cómo es su comportamiento en la escuela?	<i>Es inquieto, pero a comparación de cómo estaba en un principio se ve un cambio, pues anteriormente no escuchaba indicaciones simples.</i>
¿Cómo es su relación con sus compañeros?	<i>Es difícil ya que los molesta regularmente, pues aun no controla su impulsividad.</i>
¿Cree que necesita algún tipo de apoyo? Y ¿Por qué?	<i>Sí, pero solamente un apoyo por parte de padres de familia al establecer límites, pues también no es como que necesite un apoyo personalizado (maestra sombra) pues sabe trabajar solo.</i>
¿Cuáles son sus recomendaciones para que Daniel mejore su conducta y aprendizaje en el aula, la escuela y con su familia?	<i>Remarcar las reglas para que con ello queden más claros los límites, así mismo sugerirlos en casa para triangularlos de manera adecuada.</i>
¿Cómo es su relación con el alumno?	<i>Buena</i>
¿Cuáles estrategias ha llevado a cabo para apoyar al alumno?	<i>Ayudarlo a entender su impulsividad explicándole los límites que se han establecido así como explicar a sus compañeros su condición para que logren comprenderlo.</i>
¿Qué problemáticas ha presentado el alumno?	<i>Se arrastraba por el salón como una aspiradora robot, desafiaba la autoridad, utilizaba lenguaje altisonante.</i>
¿Ha recibido alguna recomendación de parte de los especialistas para la atención de Daniel?	<i>No</i>

Anexo 10

Entrevista a profesora 2

Fecha: 2 de agosto de 2018

Pregunta	Respuesta
¿Sabe cuál fue el motivo por el cual cambiaron a Daniel al grupo integrado? (DBAP)	<i>Porque en el grupo no lo podía controlar a consecuencia del TDAH.</i>
¿Considera que el niño presenta problemas de aprendizaje?	<i>Sí, ya que debido al déficit de atención le cuesta mucho trabajo concentrarse en la realización de actividades.</i>
¿Cómo es su comportamiento en la escuela?	<i>Es sumamente inquieto, al principio del ciclo escolar no respetaba a las figuras de autoridad.</i>
¿Cómo es su relación con sus compañeros?	<i>Es complicada ya que, en el afán de querer jugar con ellos los molesta constantemente. No hace caso cuando le dicen que no quieren jugar con él.</i>
¿Cree que necesita algún tipo de apoyo? Y ¿Por qué?	<i>Se necesita mayor colaboración de parte de los padres ya que no se ponen de acuerdo entre ellos.</i>

¿Cuáles son sus recomendaciones para que Daniel mejore su conducta y aprendizaje en el aula, la escuela y con su familia? (IPGI)	<i>Establecer límites claros de lo que está permitido y lo que no, así como las consecuencias que pueden llegar a tener sus actos.</i>
¿Cómo es su relación con el alumno?	<i>Buena.</i>
¿Cuáles estrategias ha llevado a cabo para apoyar al alumno?	<i>Explicar a sus compañeros su diagnóstico para que entiendan por qué es tan inquieto y se puedan relacionar de una mejor manera. Pláticas con la mamá para trabajar colaborativamente siguiendo las mismas pautas tanto en la escuela como en su casa.</i>
¿Qué problemáticas ha presentado el alumno?	<i>Debido a su impulsividad no mide riesgos y ha ocasionado accidentes en la clase de educación física.</i>
¿Ha recibido alguna recomendación de parte de los especialistas para la atención de Daniel?	<i>Ninguna.</i>

Anexo 11

Entrevista a mamá de Daniel

Fecha: 3 de agosto de 2018

Pregunta	Respuesta
1.-¿Cómo fue su proceso de	<i>Mi embarazo fue de alto riesgo desde el primer mes,</i>

embarazo?

antes de saber que estaba embarazada yo estaba tomando medicamento para la tos entonces dicen que eso tuvo que ver. El primer mes donde yo me puse muy mal y sospechaba que estaba embarazada, traía infecciones tanto vaginal como urinaria y no me pudieron dar antibiótico solo me lo controlaron y además traía un desprendimiento por eso me estaba poniendo mal, ya me mandaron medicamento y reposo para que se fuera desarrollando bien el embarazo.

Desde el primer mes y también dicen que tiene mucho que ver los pleitos que se tienen durante el embarazo, aunque eso no sé si sea real por los corajes que hace uno por eso dicen que se vino prematuro de seis meses por todo lo que ocurrió durante el embarazo, ya que a los cuatro tuve otro desprendimiento, tuve sangrado, me mandaron medicamentos y reposo absoluto , no podía pararme para nada hasta me mandaron comprar cómodo para nada más levantarme lo indispensable al baño, cuando ya tenía los 6 meses completitos las veintisiete semanas tres días más o menos me dieron las contracciones, me puse una ampolleta que me habían dicho que me pusiera en caso de dolor pero no, no se pararon ni nada entonces tuve que irme a hospitalizar y en el momento del hospital que era un particular no me atendieron muy bien que digamos, estaban esperando al doctor que me veía, el chiste es que como no me hacían nada me trasladan al hospital López Mateos que esta allá en Churubusco de avenida universidad y ahí lo están monitoreando y dicen que si son contracciones y que ya el bebé quería nacer, que intentaban detenerlo pero en la madrugada me trasladan al Belisario Domínguez que es donde tenían una cunita porque en los demás hospitales según no había y ese sábado como a las tres de la tarde me hacen la cesárea porque no podía detenerlo y se podía hacer más por el bebé afuera que dentro de mi vientre.

2.-¿Daniel durante sus primeros años de vida tuvo algún accidente

Pues él salió del hospital después de casi cuatro meses de estar en terapia intensiva, él estuvo ahí con oxígeno

o enfermedad?	<p><i>con tratamientos que le daban a veces, él sale del hospital con el oxígeno mismo que usaba diario a todas horas, se me enfermaba pero se trataba y seguía con su oxígeno, después del año solo se le empezó a poner ya por lapsos que él aguantaba un poco más, casi cumpliendo los dos años lo dejó definitivamente cuando lo sacamos a zona de playa que ahí no lo requirió y una vez que regresamos a la Ciudad de México y fue del modo que gracias a Dios lo dejó, aun así se siguió enfermado mucho de vías respiratorias y siempre se veía su hiperactividad de Daniel que se movía muchísimo y se trepaba en todas las cosas.</i></p>
---------------	---

3.-¿Quiénes son los integrantes de su familia y a qué se dedican usted y su esposo?	<p><i>Pues principalmente los integrantes de nuestra familia es Daniel, su papá y yo, su papá se dedica a ser secretario oficial del ministerio público y yo me dedico al hogar, pues cuidando de Daniel principalmente.</i></p>
¿Describa cómo es su casa e indique cómo es la relación familiar?	<p><i>Pues un domicilio como tal no podría decirte pues Daniel y yo estamos más en la casa de sus abuelitos paternos, que vienen siendo dos cuartos en donde uno se ocupa de recamará que tiene un baño integrado y el otro pues prácticamente se ocupa de todo y pues en lo que cabe si tenemos los servicios y es donde ahorita Daniel está viviendo más.</i> <i>La situación familiar pues es un poco se podría decir que disfuncional ya que el papá trabaja veinticuatro por cuarenta y ocho horas y casi no está con Daniel y pues actualmente hay varios problemitas entre nosotros dos como padres y pues si pasan a afectar a Daniel.</i></p>
¿Cómo es su relación con su esposo?	<p><i>Pues la relación del papá con Daniel dentro de lo que cabe es buena, le da lo que necesita, lo que requiere, el problema es cuando la relación de él y yo está mal y empezamos a pelear o discutir pues Daniel está presente y escucha aunque él quiere cambiar la plática para que no sigamos discutiendo, el papá de Daniel algunas veces es muy aferrado y sigue la pelea y así, entonces en ese aspecto la relación se pone más tensa y en su forma de pedir y exigir las cosas pues Daniel si pone muy ansioso y ha comentado que hasta le tiene miedo al papá.</i></p>
¿Han habido eventos o acciones que afecten el desarrollo emocional de Daniel?	<p><i>Poco antes de los dos años Daniel presencié un problema muy fuerte entre nosotros que hubo una separación que me lo llevé a vivir a casa de mis papás y pues su papá solo lo veía cada que salía de sus guardias cada tercer día y ni siquiera era en algún domicilio sino en una plaza o en algún lugar al que íbamos yo siento que eso también le afectó mucho a Daniel por no tener una estabilidad y de que él veía que solo se hacía lo que su papá quería.</i></p>

7-¿A qué edad ingresó a la escuela?	<i>Daniel ingresó casi a los cuatro años al kínder puesto que por lo mismo que se enfermaba mucho no lo aceptaban mucho en las guarderías o en el kínder con medicamento y aun cuando entró a la escuela no dejaba el pañal y en el kínder donde lo apunté me ayudaron muchísimo para que lo dejará y de ahí fue avanzando mucho y ahí transcurrió tres años en el kínder y salió del kínder casi a los 7 años para ingresar a primero de primaria.</i>
8- ¿Durante la asistencia de su hijo a la escuela preescolar, se le notificó si presentaba problemas de conducta, dificultades en su lenguaje y aprendizaje?	<i>Durante el preescolar Daniel no tuvo problemas de conducta sino que obvio se veía su hiperactividad de hecho él quería jugar solo sin los demás niños y pues si tenía problemas de lenguaje y para esto yo ya lo llevaba a lo que le llaman desde chiquito a estimulación temprana y lo que era rehabilitación en el hospital de México y ya le empezaban a dar esas terapias porque allí mismo me habían mandado a que se las diera y principalmente a lo de la hiperactividad de que si era muy inquieto y así no ponía un poquito de atención pero así que tuviera un problema de que no podía aprender no me dijeron que tuviera ese problema y además de que me dijeron que</i>

	<i>quería estar solo de hecho ahí en el kínder lo ayudaron a que pudiera socializar con los demás niños.</i>
9.- A qué edad su hijo presentó dificultades en la escuela y por qué? (DC)	Cuando estaba en preescolar, cuando a él le diagnostican que tiene hiperactividad, porque de hecho más chico lo habían mandado ahí mismo en el hospital infantil lo veían principalmente por lo de sus pulmones en neumología, ahí vieron los mismos doctores la hiperactividad y principalmente me lo mandaron con el neurólogo lo estaban viendo en neurología y ahí le mandaron el medicamento que es valproato de magnesio y el nootropil y se lo dio despuesito de los dos años y el neurólogo que lo vio decía que él no notaba datos de déficit pero si de hiperactividad y por eso él le mando esos medicamentos, lo que trató el neurólogo mencionó que él no tenía ningún trastorno, pero ya después ahí mismo en el hospital que lo estaban viendo en otras áreas lo mandaron a psicología, y el psicólogo también dijo que él no le veía ningún trastorno que eran más límites y reglas, pero conforme fuimos viendo más al psicólogo y fuimos a terapias familiares dijeron que si tenía muchos datos de TDAH y entonces me lo mandan a psiquiatría y ahí en psiquiatría despuesito de los cuatro años y medio casi cinco fue cuando le diagnostican que si tiene TDAH, súper hiperactivo, ansiedad e impulsividad.

<p>10- ¿Podría precisar el tipo de dificultades académicas y/o conductuales que presenta su hijo?</p>	<p><i>Pues tipo de dificultades académicas a mí no me habían reportado y como tal cuando él sale del kínder me reportan que había tenido muchísimo avance, él empieza a tener un retroceso, creo que me lo bloquearon cuando entró a primero de primaria, hasta los mismos psiquiatras me recomendaron que lo cambiará de escuela y de hecho ya lo había hecho entonces ahí es cuando él empieza a tener ciertas dificultades académicas en donde él decía que ya no sabía nada y que se le había olvidado todo, a pesar de que había tenido mucho avance él decía que ya no sabía nada, cuando cursa el primer año ahí en la escuela sí sabía algo pero ya en el segundo año cuando lo bajan también tiene un retroceso y empezaron prácticamente desde cero con él.</i></p> <p><i>Conforme a la pregunta anterior de los problemas de conducta eran más que nada que no se quería quedar en el salón, se quería salir a pesar de que él ya estaba medicado y tenía un control médico, aun así no le gustaba estar dentro de los salones y lo tenían que volver a meter y se quería hasta salir de la escuela, los maestros lo controlaban poco a poco a grado de que se fue dando la aceptación de él en todos los sentidos.</i></p>
<p>11- ¿Podría indicar cuales son las actividades que a Daniel le agrada realizar en la escuela y cuáles son las que se le dificultan realizar?</p>	<p><i>Pues cuando él comenzó a aprender las cosas pues sí se le dificultan mucho pero ya poco a poco cuándo las va asimilando y las hace constantemente yo veo que como que se le facilitan más y lo que veo que hay un poco es que cuando las cosas se le dificultan es porque no le llaman la atención porque cuando hay una actividad que le llama la atención hasta las acaba rápido como la tareas que tiene que hacer.</i></p>
<p>12-¿Qué tipo de actividades escolares se le facilitan?</p>	<p><i>Pues yo veo que a pesar de que les dificultan las tablas de multiplicar y todo eso, todavía le gusta más el área de matemáticas, de números que de español, aunque los temas que tratan son de su agrado que hablan mucho de animales se les facilitan más esos temas de matemáticas.</i></p>
<p>13- ¿Acudió con algún médico especialista para que le realizara alguna evaluación?</p>	<p><i>Sí desde los cuatros años, bueno desde antes de los dos que lo vió el neurólogo, fue a apartir de los cuatros años y medio ha sido tratado con especialistas que lo han estado valorando tanto psicólogos como psiquiatras en su evolución que ha tenido en todos estos años él está medicado precisamente porque lo vieron los especialistas le hicieron estudios y lo diagnosticaron con TDAH.</i></p>

<p>14-¿Quién solicitó el diagnóstico clínico y por qué?</p>	<p><i>Pues alguien que lo haya solicitado como tal pues no, simplemente como yo lo llevaba constantemente al médico en cuestión de sus pulmones y eso, ahí se fueron dando cuenta los doctores de su hiperactividad y me mandaban a las diferentes áreas como a neurología cuando lo llevé a gastro, el doctor vio su hiperactividad como era y él mismo me dio un pase para que lo lleváramos a psicología, en cuestión escolar nadie pidió la valoración, cuando yo lo inscribo al kínder y después a la primaria él ya iba con esas valoraciones que los médicos ya le habían diagnosticado y con los tratamientos que ya tenía, lo que me pedían en la escuela es que él siguiera con su tratamiento y sus terapias como actualmente que va a equinoterapia y a natación como terapia.</i></p>
<p>15- ¿Qué es lo que usted conoce sobre la condición actual de su hijo?</p>	<p><i>La situación actual de Daniel es que sigue diagnosticado con TDAH y la ansiedad con hiperactividad, en su condición, es esa ya que en cuanto a lo físico está bien ya que de sus pulmones ya no se enferma tanto, principalmente yo considero que a lo mejor si hay algo en su cuestión emocional por la situación familiar que se vive constantemente.</i></p>
<p>16-¿Cuál es el tratamiento que ha recibido su hijo?</p>	<p><i>El tratamiento que recibió y sigue llevando pues es el tomar el metilfenidato que es lo que me dicen los doctores para bajar la hiperactividad y que él ponga atención en la escuela y en donde acuda y que él esté atento a lo que se le está diciendo, está tomando el escitalopran para la ansiedad y en la noches toma risperidona para que descansa su cuerpo porque aún estando acostado tiene mucho movimiento.</i></p>
<p>17- ¿Le ofrecieron alternativas de tratamiento?</p>	<p><i>Pues no, no me han dado otras alternativas de otros tratamientos, o sea me decían cual era el tratamiento y que lo llevará a otras terapias como el ejercicio, la equino terapia, la natación o cualquier otro deporte.</i></p>
<p>18- ¿Considera que su hijo necesita la medicación? (DC)</p>	<p><i>Sí el fármaco que toma es el metilfenidato, el escitalopran, la risperidona, yo considero que sí lo necesita porque está más tranquilo y pone más atención.</i></p>

**Anexo 12
Planeación 1**

Semana del 28 de agosto al 1 de septiembre	
ASIGNATURA	ESPAÑOL
APRENDIZAJE ESPERADO	Identifica el grafema y fonema de las vocales.
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> • Pega papel boleado sobre las letras O o • Colorea el oso y remarca las O o • Busca todas las O o que encuentres y ponlas dentro de la canasta
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> • Observa la imagen y encierra todas las letras O o que encuentres • Di en voz alta el nombre de las cosas que inicien con o □ Renglones O/ o
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Dobra las hojas, forma la letra E pegalas y coloréala • Colorea la estrella y remarca las E e • Busca las cosas que inicien con e y pegalas dentro del círculo
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> • Une las letras mayúsculas con las minúsculas (o/e) • Colorea las letras E y e que encuentres para descubrir la figura
VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Forma las l/i con plastilina • Renglones l/i • Encierra en un círculo la o, tacha las e que encuentres y subraya las i
Material de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Duendecillo de lectura • Imágenes de cosas que inician con las vocales • Papel crepe, tijeras, hojas, colores

2

Semana del 11 al 15 de septiembre	
--	--

Planeación

ASIGNATURA	ESPAÑOL
APRENDIZAJE ESPERADO	Identifica los fonemas de la m y escribe sus grafemas.
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> • Se contará el cuento de la m • Pega calcomanías sobre la M y m • Renglones Mm
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> • Colorea la vaca y repite el sonido que hace • Di el nombre de cada objeto y pégalo donde corresponda (tabla con mo,me,mi,mu,ma) □ Renglones silabas mo, me, mi, mu, ma
MIÉRCOLES	<p>□ Renglones silabas mo, me, mi, mu, ma □ Dictado de palabras: mamá miao mima amo ama mía Memo</p>
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> • Busca las silabas de la m y enciérralas • Dictado y lectura de oraciones: Mi mamá me ama Mi mamá me mima Amo a mi mamá
VIERNES	Mañanita mexicana
Material de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Duendecillo de lectura • cuaderno • Calcomanías , tijeras, hojas, colores

3

Semana del 11 al 15 de diciembre	
ASIGNATURA	ESPAÑOL

Planeación

APRENDIZAJE ESPERADO	Identifica los fonemas de la l y escribe sus grafemas.
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> • Memorama silabas l • Dictado y lectura de oraciones Lalo lee mal La lima mala Lola muele el mole
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> □ Dictado y lectura de oraciones Mi mula ama la loma Memo lame la lima La mula lame el lomo
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Loteria silabas l • Dictado y lectura de oraciones Mi mamá olía el ala La loma malea mi mula Lilia lame la muela mala
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> □ Dictado y lectura de oraciones Lulú leía mal el lema Lalo lame la miel Lilia mima Lola
VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Rompecabezas silabas l • Dictado y lectura de oraciones Mimí lame la lima Lola mima a la momia Lulú ama la miel
Material de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Duendecillo de lectura • Cuaderno • Memorama, loteria y rompecabezas de silabas de la l

4

Semana del 12 al 16 de febrero	
ASIGNATURA	ESPAÑOL
APRENDIZAJE ESPERADO	Identifica los fonemas de la s/n y escribe sus grafemas.
Actividades	

Planeación

LUNES	<ul style="list-style-type: none"> □ Dictado y lectura de oraciones El sol sale a la loma Salió la mamá al asilo Asa esa ala sola
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> □ Dictado y lectura de oraciones Somos más malos así Suma solo seis meses Susa alisa la masa
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> □ Dictado y lectura de oraciones Usa más los sellos Lola si es melosa Salimos los seis solos
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> • Recorta y pega todas las palabras que inician con n • Renglones silabas de la n
VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Dictado y lectura de palabras nene limón mano molino lana luna sano • Ilustra las palabras anteriores
Material de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Duendecillo de lectura • Cuaderno • Revistas • Colores, tijeras

Planeación 5

Semana del 16 al 20 de abril	
ASIGNATURA	ESPAÑOL
APRENDIZAJE ESPERADO	Identifica los fonemas de la p y escribe sus grafemas.
Actividades	
LUNES	<input type="checkbox"/> Busca y colorea todas las cosas que empiecen con p <input type="checkbox"/> Dictado de palabras Pepe <div style="text-align: center;"> pipa pinos lupa apio púa pelo mapa </div>
MARTES	<input type="checkbox"/> Dictado y lectura de oraciones Una paloma pía Pepe pasa una semana en el Popo Papá, pon la paloma en el pino
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Memorama silabas p • Dictado y lectura de oraciones Lupe, pásame mi sopa Pesa más la pala ploma Písale un pie al sapo
JUEVES	<input type="checkbox"/> Dictado y lectura de oraciones Pina no puso sal a la sopa Pon el nopal en el piano Lola si piensa en su papá
VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Rompecabezas silabas p • Dictado y lectura de oraciones La pelea es mama Memo Se pasó la mula Amapola Paloma sale sin sus papás

	<ul style="list-style-type: none"> □ Memorama y rompecabezas de silabas p
Material de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Duendecillo de lectura • Cuaderno • Imágenes de cosas que inician con p

Planeación 6

Semana del 11 al 15 de junio	
ASIGNATURA	ESPAÑOL
APRENDIZAJE ESPERADO	Identifica los fonemas de la j y escribe sus grafemas.
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> • lotería de silabas de la j • Dictado y lectura de oraciones Deja la jaula en la mesa Moja un manojo de tejamaniles Juan, e lujo es malo
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> □ Dictado y lectura de oraciones Deja la paja en las tejas Juanita deajo el jade Me duele este ojo
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Memorama silabas de la j • Dictado y lectura de oraciones Jaime puso los ajos en la jaula Jala ese eje, tú puedes En junio todo está mojado
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> □ Dictado y lectura de oraciones Mi tía está junto a mi mamá A mi me gusta el jamón Juanito junta estampas

VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Recorta las piezas del rompecabezas y arma las letras F f • Renglones silabas f • Dictado y lectura de palabras fusil fajo feo fiesta fama
Materiales de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Duendecillo de lectura • Cuaderno • Memorama y lotería silabas j

	<ul style="list-style-type: none"> □ Rompecabezas F f
--	--

Planeación 7

Semana del 28 de agosto al 1 de septiembre	
ASIGNATURA	MATEMÁTICAS
APRENDIZAJE ESPERADO	Identificar y escribir números del 1 al 10
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> • Busca en el salón números del 1 al 5, ordénalos y pégalos en el cuaderno • Une el número con la cantidad correspondiente • Dictado de números hasta el 5
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> • Arma el rompecabezas siguiendo el orden de los números • Dictado con material de selva matemática • Sumas con material de selva matemática
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Dictado de números hasta el 10 • Colorea la cantidad de cosas que se indica • Sumas con unidades
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> • Pega el número de calcomanías que se indica • Une los puntos siguiendo el orden correcto y descubre la figura que se forma □ Sumas con unidades

VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Completa la serie numérica • Escribe el nombre de cada número • Sumas con unidades
Materiales de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Material de selva matemática • Cuaderno • rompecabezas

Planeación 8

Semana del 11 al 15 de septiembre	
ASIGNATURA	MATEMÁTICAS
APRENDIZAJE ESPERADO	Identificar y escribir números del 1 al 10 Realizar sumas y restas Conocer familia del 10
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> • Colorea la cantidad de unidades que se indica • Sumas con unidades • Dictado
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> • Colorea el dibujo siguiendo el código de colores • Restas con unidades • Serie numérica
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Sucesor • Cuenta las unidades y escribe cuantas hay • Observa los números de la familia del 10 y ordenalos
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> • Dictado • Sumas con unidades • Recorta y arma el rompecabezas siguiendo la secuencia
VIERNES	Mañanita mexicana
Materiales de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Material de selva matemática • Cuaderno • Rompecabezas

Planeación 9

Semana del 28 de agosto al 1 de septiembre	
ASIGNATURA	MATEMÁTICAS
APRENDIZAJE ESPERADO	Identificar y escribir números del 1 al 10
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> • Busca en el salón números del 1 al 5, ordénalos y pégalos en el cuaderno • Une el número con la cantidad correspondiente • Dictado de números hasta el 5
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> • Arma el rompecabezas siguiendo el orden de los números • Dictado con material de selva matemática • Sumas con material de selva matemática
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Dictado de números hasta el 10 • Colorea la cantidad de cosas que se indica • Sumas con unidades
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> • Pega el número de calcomanías que se indica • Une los puntos siguiendo el orden correcto y descubre la figura que se forma □ Sumas con unidades
VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Completa la serie numérica • Escribe el nombre de cada número • Sumas con unidades
Materiales de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Material de selva matemática • Cuaderno • Rompecabezas

Planeacion 10

Semana del 27 de noviembre al 1 de diciembre	
ASIGNATURA	MATEMÁTICAS

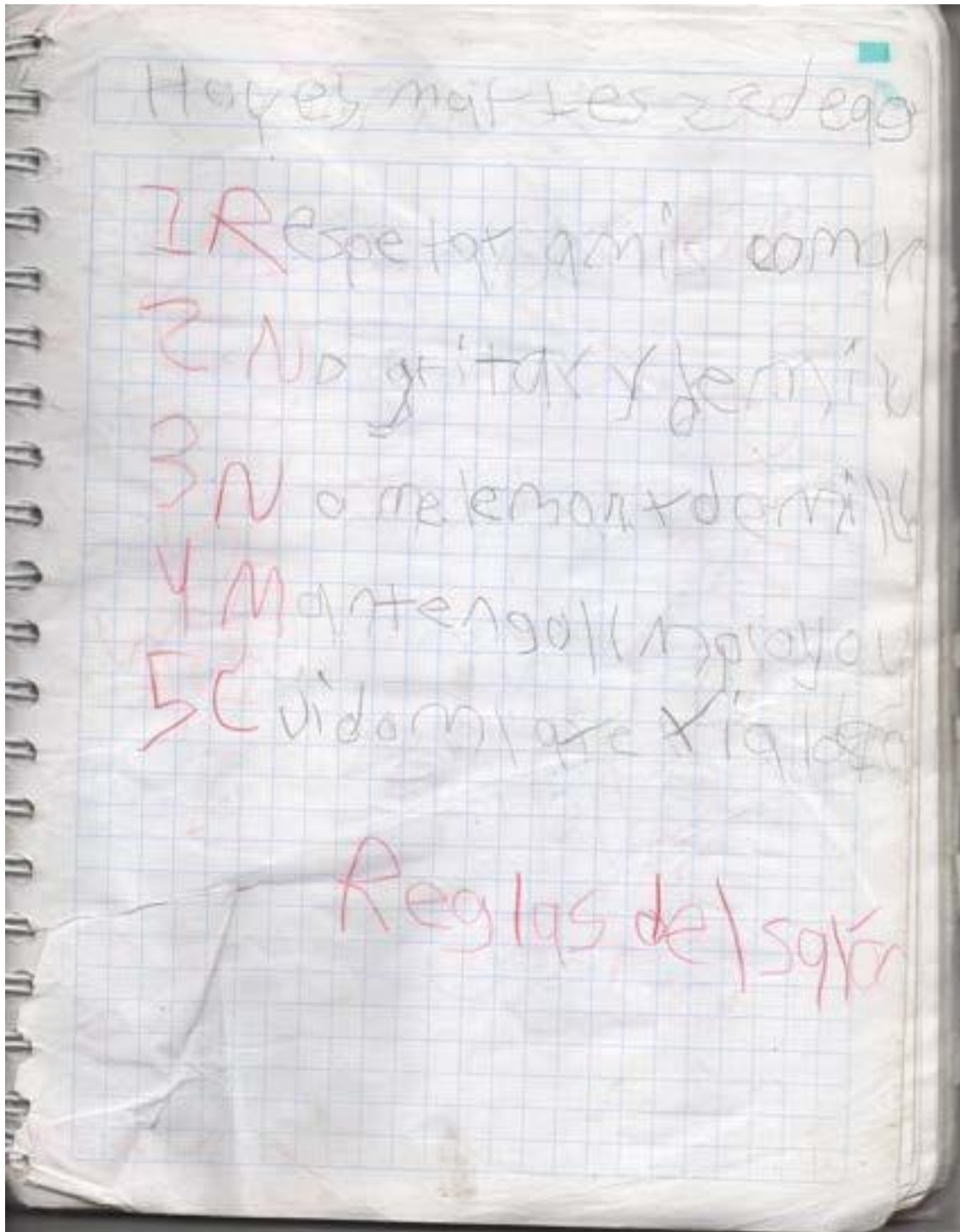
APRENDIZAJE ESPERADO	Identificar y escribir familia del 20 Realizar sumas y restas
Actividades	
LUNES	<input type="checkbox"/> Colorea la cantidad de unidades y decenas que se indica <input type="checkbox"/> Sumas de dos dígitos <input type="checkbox"/> Dictado
MARTES	<input type="checkbox"/> Dictado hasta el 20 <input type="checkbox"/> Restas de dos dígitos <input type="checkbox"/> Serie numérica
MIÉRCOLES	<input type="checkbox"/> Sucesor <input type="checkbox"/> Ordena los números de la familia del 20 y pegalos dentro de la casa <input type="checkbox"/> Sumas de dos dígitos
JUEVES	<input type="checkbox"/> Dictado <input type="checkbox"/> Restas de dos dígitos <input type="checkbox"/> Relaciona los números con la cantidad correcta de unidades y decenas.
VIERNES	CTE
Materiales de apoyo	<input type="checkbox"/> Material de selva matemática <input type="checkbox"/> Cuaderno

Planeación 11

Semana del 30 de abril al 4 de mayo	
ASIGNATURA	MATEMÁTICAS

APRENDIZAJE ESPERADO	Identificar y escribir números de la familia del 30 Reconocer el antecesor y sucesor de los números conocidos
Actividades	
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> □ Día del niño
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> □ Suspensión de labores
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> • Dictado • Restas • Ordena las tarjetas formando una serie numérica
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> • Sucesor • Sumas • Dictado con material de selva
VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • Escribe una serie numérica de la familia del 30 • Sumas • antecesor
Materiales de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Material de selva matemática • Cuaderno • Tarjetas familia del 30

Anexo 13
Ejercicios de contenidos escolares





Vieriges 100-Gezählblatt



Handwritten practice on a four-line red grid. The first row contains four vertical strokes with a small circle at the top and a dot at the bottom. The second and third rows contain similar strokes, with some circled in red. The fourth row contains four vertical strokes, with the first three circled in red. A large red scribble is present on the right side of the grid.

VIEFAS de septiembre

Encierra en un círculo la @, tacha la & y subraya la i

Patricia

@ia

K&ori

mole

Livis

ella&

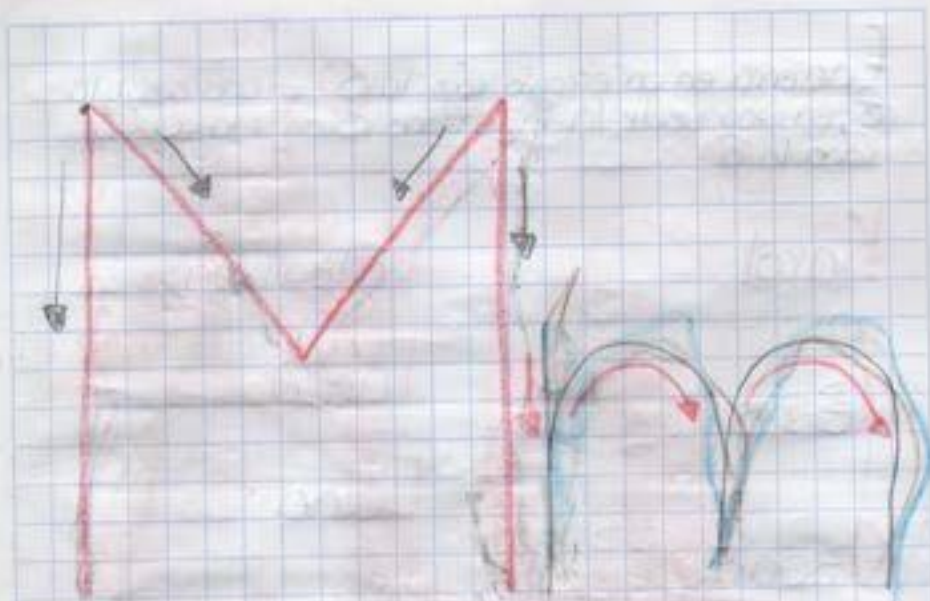
Jesús

mios

Javier

este

20 Aves 7 uds epx



* M m . . M m . . M m . . M m

* M m . . M m . . M m . . M m

* M m . . M m . . M m . . M m

Las sílabas

me • ne • me • me • me • me

mi • ni • mi • ni • mi • ni

mu • nu • mu • nu • mu • nu

Encierra en un círculo las sílabas me mi
y mo

mueble

miau

mimo

moche

Rev

Profa: Alicia Campos Tafuya

27-09-17

LUNES 11 de DICIEMBRE 2017

Oraciones

La a lee mal

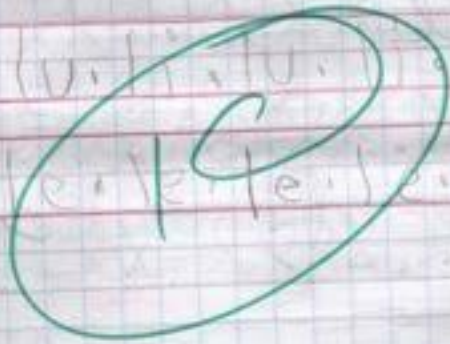
La lima ma la to

La muele el mote

la. lo. la. lo. la. lo. la. lo.

lo. li. lu. li. lu. li. lu.

le. le. le. le. le. le.



viernes 7 de febrero

Oraciones

Así es a la
sombra más mi los
así

Lunes 14 de febrero



LUNA QUINTA DE FEBRERO

Oraciones: nooooo

 El sol sale a la
luna

Mi mamá sale sola

MARTES: 20 de FEBRERO

VIERNES de MARZO

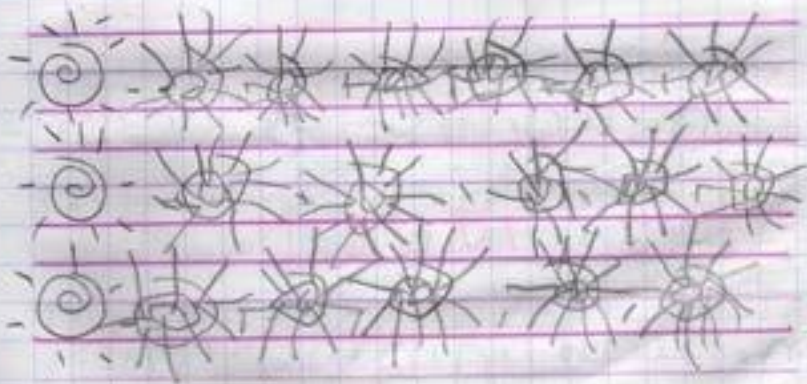
Oraciones.

Yo la es melosa

lilissateo la sala

lulu usa la mesa

LUNES de MARZO



Martes 27 de Abril

Oraciones

- una paloma pía ✓
- pepe de la papa ✓
- lupe pasame la sopa ✓
- pesa más la papa p lo.
- ma

may
bien

Jueves 24 de Junio

Opciones

Mi tía está junto a

mi mamá

A mi me gusta el da-
mbo

10 4

Vie x A 2025 Sept 18

Completa la serie:

* 1 .. 2 .. 3 .. 4 .. 5 ..

* 6 .. 7 .. 8 .. 9 .. 10

Escribe el nombre del número.

* 1

* uno

* 2

* dos

* 3

* tres

* 4

* cuatro

VIERNES 2 de septiembre

* 5 * cinco

* 6 * seis


* 7 * siete

* 8 * ocho


* 9 * nueve


o


Miércoles 13.09.20


 = 1 unidad

¿Cuántas unidades hay?

 = 1 unidad

 = 2 unidades

 = 3 unidades

 = 4 unidades

martes 22 de noviembre

Dictado.

9 ✓

23 ✓

16 ✓

88 x 18

72 ←

Serie numérica.

20. 21. 22. 23. 24. 25. 26.

~~27. 28. 29.~~

Sumas

$$\begin{array}{r} 12 \\ + 11 \\ \hline 23 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 11 \\ + 13 \\ \hline 24 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 14 \\ + 12 \\ \hline 26 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 13 \\ + 12 \\ \hline 25 \end{array}$$

26

25

✓ Viernes y de Mayo de 20

Familia del 30.

.30.31.32.33.34.35.36.
.37.38.39.

Sumas.

$$\begin{array}{r} 17 \\ 27 \\ + 13 \\ \hline 57 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 14 \\ + 12 \\ \hline 26 \end{array}$$

Vieques y de Mayodezo

$$\begin{array}{r} 32 \\ + 7 \\ \hline 39 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 29 \\ + 12 \\ \hline 41 \end{array}$$

Restas

$$\begin{array}{r} 32 \\ - 2 \\ \hline 30 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 27 \\ - 15 \\ \hline 12 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 18 \\ - 6 \\ \hline 12 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 13 \\ - 3 \\ \hline 10 \end{array}$$