

FACTORES SOCIO FAMILIARES FAVORECEDORES Y
OBSTACULIZADORES QUE INCIDEN EN LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE
NIÑOS CON TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA
OBANDO DE CORINTO CAUCA AÑOS 2017/2018

AUTORES:

VALENTINA JIMENEZ

MARIA CAMILA LOPEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL POPAYÁN-CAUCA

2018

FACTORES SOCIO FAMILIARES FAVORECEDORES Y
OBSTACULIZADORES QUE INCIDEN EN LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE
NIÑOS CON TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA
OBANDO DE CORINTO CAUCA AÑOS 2017/2018

PRESENTADO POR:
VALENTINA JIMENEZ
MARIA CAMIILA LOPEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL POPAYÁN
CAUCA

2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar le agradecemos a la Virgen María por su apoyo como madre nuestra en cada semestre realizado, de igual modo le agradecemos a Dios por darnos vida y salud en pro de que culmináramos la presente meta.

Así mismo expresamos gratitud a nuestros compañeros de cada semestre que de una u otra manera formaron parte de la construcción del proceso para llegar a ser profesionales con actitudes solidas en la sociedad.

Agradecemos a cada docente que apporto un poco de su conocimiento en cada área o materia que la carrera abarco

Un agradecimiento muy especial a nuestros amigos y familiares que no solo nos acompañaron sino que también fueron una vos de apoyo en algún momento de nuestras vidas.

A la directora Sandra Muñoz, quien nos abrió las puertas de la Institución Educativa José María Obando para permitirnos realizar cada actividad propuesta en la presente investigación.

Las investigadoras.



DEDICATORIA:

A los niños que padecen tdah,
En especial los estudiantes de la institución
Educativa José María Obando de Popayán Cauca





FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado “Factores socio familiares favorecedores y obstaculizadores que inciden en la inclusión educativa de niños con trastorno del déficit de atención con hipersensibilidad en la Institución Educativa José María Obando de Corinto – Cauca años 2017, 2018”, presentado por la estudiante María Camila López Maya, una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.

Firma Presidente de Jurado
Rene Sirid Fajardo Botina

Firma del Jurado
Eduardo Antonio Peña Muñoz



Sedes administrativas: Claustro San José Calle 5 No. 8-58 - Los Robles Km 8 via al sur
Sede Norte del Cauca: Calle 4 No. 10-50 Santander de Quilichao

Popayán, Cauca, Colombia

PBX (57-2) 8320225 | www.fup.edu.co | Fundación Universitaria de Popayán





FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado “**Factores socio familiares favorecedores y obstaculizadores que inciden en la inclusión educativa de niños con trastorno del déficit de atención con hipersensibilidad en la Institución Educativa José María Obando de Corinto – Cauca años 2017, 2018**”, presentado por la estudiante **Valentina Jiménez Cabanillas**, una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.

Firma Presidente de Jurado
Rene Sirid Fajardo Botina

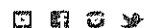
Firma del Jurado
Eduardo Antonio Peña Muñoz



Sedes administrativas: Claustro San José Calle 5 No. 8-58 - Los Robles Km 8 vía al sur
Sede Norte del Cauca: Calle 4 No. 10-50 Santander de Quilichao

Popayán, Cauca, Colombia

PBX (57-2) 8320225 | www.fup.edu.co | Fundación Universitaria de Popayán



CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL
TEXTO COMPLETO

Trabajo de grado

SEÑORES

BIBLIOTECA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN

La presente certifica que : _____ identificada con la cedula número _____ y _____ identificada con la cedula número _____ de Popayán como autoras del trabajo de grado titulado “FACTORES SOCIO FAMILIARES FAVORECEDORES Y OBSTACULIZADORES QUE INCIDEN EN LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA OBANDO DE CORINTO CAUCA AÑOS 2017/2018”.

-los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web de la facultad, de la biblioteca general y en las redes de información del país y el exterior con las cuales tenga convenio la fundación universitaria.

-permita la consulta, reproducción total o parcial a los usuarios interesados en el contenido.

-de conformidad con lo establecido en el artículo 61 de la constitución de Colombia y la ley 23 de 1982 sobre los derechos de autor artículos 1 y 2 “Los derechos de autor recaen sobre las obras científicas, literarias y artísticas las cuales se comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico, cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación, tales como: los libros, folletos y otros escritos”



TITULO COMPLETO DEL TRABAJO DE GRADO: FACTORES SOCIO FAMILIARES FAVORECEDORES Y OBSTACULIZADORES QUE INCIDEN EN LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA OBANDO DE CORINTO CAUCA AÑOS 2017/2018

CIUDAD: Popayán Cauca

AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO: 2019

NUMERO DE PÁGINAS:

TIPO DE ILUSTRACIONES: descripción y graficas

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL

Inclusión educativa

Socio familiar

TDAH

Familia

Presentado en el año 2018 como requisito para optar a título de trabajadora social; autorizo a la biblioteca de la fundación universitaria de Popayán para que con fines académicos:



8

-los usuarios pueda consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web de la facultad, de la biblioteca general y en las redes de información del país y el exterior con las cuales tenga convenio la fundación universitaria.

-permita la consulta, reproducción total o parcial a los usuarios interesados en el contenido.

-de conformidad con lo establecido en el artículo 61 de la constitución de Colombia y la ley 23 de 1982 sobre los derechos de autor artículos 1 y 2 “Los derechos de autor recaen sobre las obras científicas, literarias y artísticas las cuales se comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico, cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación, tales como: los libros, folletos y otros escritos”

Firma y número de identificación autor

Firma y número de identificación autor



FORMULARIO PARA LA DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

AUTOR:

AUTOR:

DIRECTOR:

ASESOR:

FACULTAD:

Ciencias humanas y sociales

PROGRAMA: Carrera

NOMBRE DEL PROGRAMA: Trabajo Social

TITULO COMPLETO DEL TRABAJO DE GRADO: FACTORES SOCIO FAMILIARES FAVORECEDORES Y OBSTACULIZADORES QUE INCIDEN EN LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA OBANDO DE CORINTO CAUCA AÑOS 2017/2018

CIUDAD: Popayán Cauca

AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO: 2019

NUMERO DE PÁGINAS:

TIPO DE ILUSTRACIONES: descripción y graficas



10



CAPITULO 1

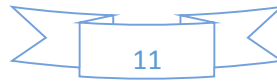
INTRODUCCION

Con el paso del tiempo Investigar el ambiente educativo se ha convertido en un ente importante para el desarrollo social de cada comunidad, por lo tanto hoy en día es de vital importancia tener en cuenta la diversidad estudiantil con la que cada institución educativa puede llegar a contar ; una de ellas son los estuantes con trastorno del déficit de atención.

Es preciso tener en cuenta que el mundo de cada estudiante es propio y diferente al de los demás y donde la experiencia exige encontrar formas de darle a cada cual lo que necesita, más aún cuando el alumno es TDAH y se ve en algún momento de su estadio educativo excluido , desafortunadamente avanzar hacia una educación inclusiva en el sistema educativo actual se ha visto troncado a pesar de los avances en la educación debido a la falta de búsqueda de mecanismos de intervención que propendan la permeabilidad de cada estudiante con el medio educativo y familiar.

Por lo anterior Se hace importante este trabajo dado que resalta el accionar del profesional en trabajo social desde miras donde se requiere la apropiación del contexto escolar y familiar. se necesita hacer un mayor esfuerzo para mejorar aquellos dilemas que perjudican no solo al estudiante con TDAH, sino que trascienden en su entorno provocando situaciones que no se pueden seguir omitiendo y que por los índices de prevalencia en nuestro país ya en los estudios más recientes realizados en Colombia (que posiblemente se han aumentado), por S. Bará, P. Vicuña y G. C. Henao (2003)¹, establecen que abarcan el 16% de éste país, se convierten en una cifra que se debe tener en cuenta para generar cambios

¹ ADHD Awareness Month. (s.f.). El TDAH y el DSM-5. Recuperado de <http://www.adhdawarenessmonth.org/wp-content/uploads/El-TDAH-y-el-DSM-5-Spanish-Fact-Sheet.pdf>



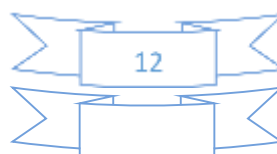
positivos en el individuo y en el futuro de una sociedad que lo requiere porque el TDAH al no ser tratado adecuadamente mantiene un ambiente casi imposible de entender obstruyendo proyectos de vida.

Es así como la Institución Educativa José María Obando con población estudiantil TDAH accede a ser parte de la presente investigación para generar desde sus aulas de clase un apoyo a ése posible diagnóstico y las estrategias didácticas planteadas que al conocerlas y practicarlas posibilitan la interacción pedagógica y el logro de las metas que buscan ser cumplidas normalmente en la convivencia.

Se destaca como prioridad identificar los principales factores favorecedores y obstaculizadores de tipo social y familiar enmarcados en el ámbito educativo y el núcleo familiar para llegar a plantearnos la necesidad prioritaria de un cambio profundo y esencial en la modificación sustancial de los objetivos educativos, las metodologías de trabajo y el valor social de la educación para aniquilar definitivamente cualquier tipo de tradición excluyente de nuestras aulas e instituciones educativas.

Actualmente afrontar una clase heterogénea puede plantear muchas dudas o dificultades en la acción docente, ya que exige tener que ajustar y transformar minuciosamente toda la metodología didáctica siguiendo los principios de inclusión, diversificación y “equidad imparcial”. Para responder adecuadamente, es necesario que seamos capaces de crear “una escuela para cada alumno” ¹sin olvidar que muchos profesionales de la educación necesitan una formación adecuada y adaptada a las nuevas necesidades educativas del siglo XXI, porque es muy fácil decir desde los poderes públicos o mismamente desde las propias instituciones

¹ Arbieto Torres, K. (s.f.). Tratamiento del Trastorno por déficit de atención. Recuperado de <http://www.psicopedagogia.com/tratamiento-del-trastorno-pordeficit-de-atencion>



educativas, “lo que hay que hacer” y otra cuestión muy diferente es “enseñar cómo hacerlo”.

No obstante, sabemos que conocer las causas que promueven la inclusión y la rechazan forma parte de una estrategia pedagógica cuyo método de enseñanza es la aceptación y permeabilidad educativa

13



AREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE MARIA OBANDO

Descripción detallada de CENTRO DOCENTE URBANO JOSÉ MARÍA OBANDO:

Nombre:

CENTRO DOCENTE URBANO JOSÉ MARÍA OBANDO

Estado: ANTIGUO-ACTIVO

Tipo: INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Calendario: A

Sector: OFICIAL

Zona EE: URBANA

Jornada: COMPLETA, NOCTURNA, TARDE, FIN DE SEMANA

Género: MIXTO

Carácter: ACADÉMICO, TÉCNICO

Matrícula Contratada: SI

Especialidad:

Clases de Especialidades Académicas

Clases de Otros Estudios

Niveles, Grados:

Primarias:

Primarias con 1Er Grado

Primarias con 2Do Grado

Primarias con 3Er Grado

Primarias con 4To Grado

Primarias con 5To Grado

Secundarias:

Secundarias con 6To Grado

Secundarias con 7Mo Grado

Secundarias con 8Vo Grado

Secundarias con 9No Grado

Educación Media:

Educación Media con 10Mo Normal



Educación Media con 11Vo Normal

Primarias para Adultos:

Educación Básica Primaria para Adultos con Grado 20

Educación Básica Primaria para Adultos con Grado 21

Educación Básica Primaria para Adultos con Grado 22

Secundarias para Adultos:

Educación Básica Secundaria para Adultos con Grado 23

Educación Básica Secundaria para Adultos con Grado 24

Educación Media para Adultos:

Educación Media para Adultos con Grado 25

Educación Media para Adultos con Grado 26

Programas de educación para adultos:

Programas de Servicio Educativo Rural - Ser

Colegios Chafan

Programas Transformemos

Programas para Jóvenes en Extra edad y Adultos

Modelos:

Colegios con modelos Educativos para Niños y Jóvenes:

Colegios de Educación Tradicional

Direcciones y formas de contactarse:

DIRECCIÓN: CARRERA 10 # 8 - 76, CAUCA, CORINTO.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La institución educativa José María Obando, ubicada en la ciudad de Popayán, tiene como objetivo brindar una educación integral donde prime la unión entre la institución y la familia para crear lasos de comunicación permanente. De igual modo Dentro del acompañamiento dado a los estudiantes y padres existe un espacio llamado escuela inclusiva que tiene como finalidad fomentar la inclusión de niños y niñas con trastorno del déficit de atención con hiperactividad.

Si bien El TDAH (trastorno del déficit de atención con hiperactividad) es un problema muy frecuente en la institución educativa, estimándose en un 10% de alumnos y alumnas lo padecen en mayor o menor grado; Estos alumnos son impulsivos y a veces desordenados, tienen mucha actividad y muestran problemas de concentración. Estos patrones de conducta les pueden originar problemas de rendimiento académico en relación a las notas obtenidas por no realización de tareas y exámenes debido claro está a su distracción ya que los chicos y chicas con TDAH en ningún caso presentan un déficit intelectual.

Es así como la presente investigación presenta desde el área del trabajo social los factores favorecedores que giran en torno a una educación donde por ningún concepto se puede excluir a nadie por padecer un síntoma como el TDAH. Al contrario, desde el aula ordinaria se debe poner en marcha todos las acciones y los mecanismo de intervención propios del trabajo social posibles para favorecer la integración de los alumnos, ayudándoles a desarrollar destrezas sociales y de lenguaje, con el objetivo de formar ciudadanos dignos, autónomos y capaces de desenvolverse en la sociedad.

Es precisamente, en este espacio, donde se origina la formulación del presente trabajo de grado, puesto que no solo es importante identificar factores favorecedores sino también es importante resaltar los factores desfavorecedores



16

Para a largo plazo tratar de forma directa el fenómeno social donde existen Estudiantes que son discriminados y excluidos por estudiantes y docentes. Estudiantes que con su actitud silenciosa o extrovertida exigen ser aceptados, ser tenidos en cuenta, exigen una educación más humanizada, ser comprendidos en su condición y necesidades.



PREGUNTA PROBLEMA

¿CUALES SON LOS FACTORES SOCIO FAMILIARES FAVORECEDORES Y OBSTACULIZADORES QUE INCIDEN EN LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA OBANDO DE CORINTO CAUCA AÑOS 2017/2018?



18
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores socio familiares favorecedores y obstaculizadores que inciden en la inclusión educativa de niños con trastorno del déficit de atención con hiperactividad en la institución educativa José maría Obando de corinto cauca años 2017/2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer las causas educativas que generan exclusión de niños y niñas TDAH.
- Identificar los factores familiares que generan exclusión de niños TDAH en algún momento dentro del núcleo familiar.
- Determinar por medio de diversos instrumentos de intervención la percepción de los niños y niñas TDAH frente a la exclusión educativa.



19



JUSTIFICACIÓN

Si bien, en cada salón de clases se encuentran seres humanos con diversas personalidades que exigen un trato diferente es preciso destacar que es común encontrar docentes, familiares, amigos y demás personas que dan un trato generalizado a sus estudiantes, hijos o amigos, porque idealmente esperan que todos se comporten igual, pero la realidad muestra que son aquellos niños que les cuesta centrar su atención, permanecer mucho tiempo sentados o comprender con una sola explicación un proceso, el común denominador de las aulas actuales.

Cuando aparecen casos de niños “indisciplinados” surgen muchos cuestionamientos al respecto, por parte de los docentes y padres de familia de los niños o niñas que presentan dichas situaciones. Los primeros opinan que si el estudiante no logra cumplir con los estándares que exige y espera el colegio, se debe recomendar un cambio de institución.

Los segundos apelan a que se debe acoger a sus hijos y darles oportunidades, entonces desde estas dos percepciones se entra en una dicotomía que lo único que deja es un conflicto al cual hay que dar solución. Al respecto, Hueso (2000),² afirma que el estudiante es el ser más vulnerable dentro de cualquier circunstancia, por lo que requiere del acompañamiento adecuado para su crecimiento y formación.

En este orden de ideas, el presente trabajo de grado se torna importante para la formación, aceptación y educación de estudiantes con TDAH de la institución educativa José María Obando, especialmente en el nivel de tercero de básica primaria, donde se han presentado algunos casos relacionados con este trastorno,

² Hallowell, E. M. y Ratey, J. J. (2001). *TDA: Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. Masdríd: Editorial Paidós.



sin desconocer la realidad que se permea en otros cursos. Se determinó delimitar el trabajo en dicho nivel por las dificultades que se han enfrentado con ciertos estudiantes que han sido motivo de cuestionamientos por algunos docentes, al manifestar que se han sentido rechazados por sus compañeros. Ante ello los padres de familia han reclamado las oportunidades que se deben ofrecer desde distintas estrategias pedagógicas a fin de que sus hijos puedan continuar su formación en la institución. Es así como cada día se vuelve un reto el facilitar una educación inclusiva desde las diversas circunstancias que cada estudiante presenta y el esfuerzo que se exige hacia los docentes para generar estrategias que mermen esta problemática.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes de la Investigación

Durante los últimos cuatro años, el tema de la inclusión se ha dinamizado en las entidades territoriales (véase la sección Debate). En varias de ellas se cuenta con una oferta educativa organizada y con una clasificación de las mismas por niveles, de acuerdo con la gestión que han desarrollado para atender a estas poblaciones¹.

Los datos del Censo de 2005 reportan 392.084 menores de 18 años con discapacidad, de los cuales 270.593 asisten a la escuela y 119,831 no lo hacen³.

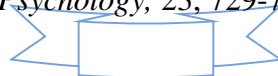
Desde 2003 y hasta 2006⁴, las secretarías reportan la matrícula de 81.757 estudiantes con discapacidad en 4.369 establecimientos educativos. A pesar de estos avances, indudablemente significativos, aún son grandes los retos para lograr que todos ingresen al sistema educativo y sean educados con pertinencia y calidad.

Todas estas personas tienen potencialidades para desenvolverse dentro del espacio educativo y social y pueden acceder a los diferentes niveles y grados de la educación formal de Colombia⁵. La escuela les debe garantizar los apoyos

³ RODRIGUEZ, LG. Los niños mentalmente anormales. Madrid: ed. de la lectura, 1917. Citado por FERNANDEZ, Alberto. En: Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) abordaje multidisciplinar. <http://anshda.org/libro.pdf>. Consulta en Abril de 2005

⁴ Harrison, T. E. (1998). Comparison of attentional processes between the two subtypes of attention deficit hyperactivity disorder, *Dissertation Abstracts International. Humanities and Social Sciences*, Vol 59:0723.

⁵ Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Aplegate, B. y Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a 422 -year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-749.



adicionales que demandan, con el fin de que desarrollen las competencias básicas y ciudadanas, aun cuando necesiten más tiempo y otras estrategias para lograrlas.

De la integración a la inclusión Tradicionalmente, e incluso hoy en día, en diferentes regiones del mundo el concepto de inclusión educativa ha sido restringido a un grupo de estudiantes con necesidades especiales, como aquellos con discapacidades físicas y/o mentales y menores refugiados. Los enfoques y respuestas han sido esencialmente compensatorios y/o correctivos, principalmente mediante el establecimiento de estructuras curriculares, programas de estudio y escuelas especiales diferenciadas.

En muchos casos, una de las consecuencias más significativas de una estructura institucional y curricular diferenciada ha sido la segregación y el aislamiento, dentro del sistema educativo, de aquellos estudiantes considerados y a veces estigmatizados como con necesidades especiales.

No se trata de contraponer los modelos de integración e inclusión como opciones excluyentes de política (¿cómo podemos integrar sin incluir, o incluir sin integrar?), sino de entender y avanzar en la idea de que cada escuela enfrenta el desafío concreto de incluir a todos y no dejar a nadie por fuera.

Esto implica, necesariamente, el desarrollo de un conjunto articulado y coherente de políticas referidas, entre otros aspectos, a una propuesta curricular pertinente y relevante inscrita en una visión compartida, que facilita el diálogo entre los diferentes niveles educativos; estrategias pedagógicas variadas y complementarias que atiendan debidamente la especificidad de cada estudiante; disponer de infraestructura física y de materiales didácticos alineados con el proyecto pedagógico; apoyar permanentemente a los docentes en sus aulas para que efectivamente puedan desarrollar el currículo, y dialogar y entender las expectativas y necesidades de las comunidades y de las familias en los niveles locales.

La inclusión significa, entonces, atender con calidad, pertinencia y equidad a las necesidades comunes y específicas que estas poblaciones presentan. Para lograrlo

ha sido necesario que gradualmente el sistema educativo defina y aplique concepciones éticas que permitan considerar la inclusión como un asunto de derechos y de valores, lo que está significando implementar estrategias de enseñanza flexibles e innovadoras que abren el camino a una educación que reconoce estilos de aprendizaje y capacidades diferentes entre los estudiantes y que, en consonancia, ofrece diferentes alternativas de acceso al conocimiento y evalúa diferentes niveles de competencia.



TEORÍAS

El modo explicativo del TDAH de Berkeley⁶: El ambiente no fabrica el TDAH, pero lo estructura, lo fija y lo construye, impartándole la forma concreta en que habrá de perdurar a lo largo de la vida. Berkeley, Psicólogo Clínico, Director y Catedrático del Departamento de Psicología de la Universidad de Massachusetts, es autor de la primera teoría sobre el TDAH, la cual nos ofrece las primeras respuestas a las incógnitas sobre los mecanismos por los cuáles opera este trastorno. La teoría establece que el verdadero problema del TDAH, se centra en la dificultad que tienen los individuos que la padecen para inhibir la conducta, o sea, controlar el impulso para responder a una situación determinada (Berkeley 1998, citado en García Castaño 2001).

Es obvio que se ha producido un acercamiento entre las posiciones, que defienden sobre la hiperactividad, los dos esquemas diagnósticos principales, el Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-IV) y el Manual clasificatorio de los trastornos y enfermedades mentales (ICD-10) de manera que aunque no hayan sido capaces de lograr un acuerdo total, presentan coincidencias esenciales impensables hace sólo unos años. En primer lugar, ambos esquemas exigen la persistencia de la sintomatología a través del tiempo y de las situaciones, es decir que conceptualizan los problemas como rasgos del niño individual y no como meras reacciones ante las situaciones. En segundo lugar, la lista de

⁶ Ministerio de educación. (s.f.). Respuesta oficial a las inquietudes, solicitudes o peticiones de los ciudadanos con respecto a la ley 1620 de 2013.

Descripciones del comportamiento que constituyen el trastorno, esto es, la inatención, la hiperactividad y la impulsividad.

La mayoría de los modelos teóricos propuestos para explicar el TDAH, que se han elaborado en la última década, están basados en el concepto de impulsividad, haciendo referencia en ellos, por citar algunos ejemplos, a aspectos relacionados con una aversión a la demora, una inclinación a buscar recompensa inmediata, un déficit en la previsión de las consecuencias de la respuesta inmediata, un déficit de autorregulación o un estilo de respuesta rápido e impreciso. Todos estos aspectos se podrían describir mediante un concepto más concreto, el déficit en la inhibición de respuesta, que se refiere a la idea que la respuesta se emite sin una reflexión previa.

Entre los investigadores relevantes que en los últimos años, fundamentándose en las investigaciones sobre el tema, han utilizado el concepto de déficit en la inhibición conductual para describir el problema central de los sujetos hiperactivos y que han relacionado este trastorno con una disfunción del sistema ejecutivo se encuentran en, Berkeley (1997), Douglas (1989), Sergenta (1998), Kensington y Ozono (1996), Guay (1997), Escachar y cols. (1995) y Snack (1998)⁷. La nueva interpretación del TDAH supera las explicaciones centradas en los tres déficit primarios del trastorno, inatención, impulsividad e hiperactividad, que ofrecen una visión segmentada y poco comprensiva del trastorno. Merece destacarse especialmente el modelo teórico elaborado recientemente por Barkley (en Barkley 1994, en 1997^a se presenta en detalle) por su valor explicativo excepcional, al haber conseguido integrar coherentemente el amplio espectro de problemas que se observan en los niños hiperactivos.

⁷ Ortega, R. (1998). La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia

El autor establece de manera muy precisa cómo los fallos en la inhibición de la conducta, el primer acto autor regulatorio, inciden de forma negativa en cuatro funciones neuropsicológicas que dependen de la inhibición conductual para su efectiva ejecución: memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y del afecto, internalización del lenguaje y los procesos de análisis y síntesis.

La disminución de la capacidad de prolongar un estímulo para compararlo con la información almacenada en la memoria parece explicar los resultados de investigaciones que han puesto de manifiesto el bajo rendimiento que los niños con TDAH muestran en tareas de memoria, como: pruebas de aritmética, recuerdo de secuencias de dígitos, recuerdo de palabras ordenadas, de movimientos de la mano o en la realización de dibujos complejos. Otra de las consecuencias de esta escasa prolongación del estímulo es la menor eficacia en la codificación de la señal o del evento, especialmente si no es significativo, con lo cual se consideran a estos niños como olvidadizos.

No se trata tanto de un problema estructural de memoria como del uso menos adecuado de estrategias de codificación y de recuerdo. Por otra parte, el problema en la prolongación del estímulo ayuda a entender la tendencia de los niños, adolescentes y adultos con TDAH a vivir en el presente, a prestar menos importancia a las consecuencias futuras de sus actos y a la ausencia de proyección que se observa en ellos hacia metas futuras. Con relación a la auto-regulación de la motivación, Barkley discute la incapacidad de los niños con el trastorno para motivarse a sí mismos lo que en otras palabras se considera motivación intrínseca y destaca la escasa persistencia en las tareas que se le asignan en la escuela y el hogar, especialmente si suponen algún reto y atención sostenida.

La disminución de la capacidad de separar el afecto o la carga emocional del contenido informativo explica la baja tolerancia a la frustración, la tendencia a tener exabruptos emocionales y la ansiedad típica de los niños y adolescentes hiperactivos. También se justifican los problemas con la autoevaluación, la excesiva personalización de los acontecimientos y una pobre objetividad para valorar las

situaciones conflictivas, que son consideradas entre las dificultades que inciden en el trastorno.

Numerosos hallazgos indican que los niños con el trastorno tienen un retraso en la internalización del lenguaje y en su integración, fundamentos del juego y de la conducta adaptativa que provocan más comentarios inadecuados durante el juego con otros niños, mientras realizan las tareas de la escuela, y en otras interacciones sociales. Esta dificultad lleva al niño a demostrar una pobre curiosidad conceptual hacia los juguetes, su lenguaje comunicativo es menos elaborado y organizado.

La inmadurez en el lenguaje interno podría originar las dificultades de los individuos con TDAH para adoptar un comportamiento regido por reglas y el retraso en el desarrollo moral.

El habla auto-dirigida es un factor fundamental en el desarrollo de la memoria de trabajo, aunque durante las primeras etapas de desarrollo del niño no sea necesario que el lenguaje interno esté centrado en la tarea para poder dominarla, cuando los niños inician su asistencia a la escuela, las formas de habla auto-dirigida son esenciales para las representaciones mentales y para responder a órdenes e instrucciones, es a partir de este momento que va ser más significativo el perjuicio sobre los que padecen el trastorno.

La posibilidad de que los niños con TDAH tengan reducida la capacidad de análisis-síntesis ha sido señalada por distintas investigaciones que han demostrado que su juego es menos maduro, simbólico y creativo, tienen una ejecución más pobre en tareas de fluencia verbal y las soluciones que aportan a los problemas son menos adecuadas. Se evidencia también en la ejecución de tareas no-verbales que requieran secuencias motoras nuevas y complejas (Barkley 1997^a). Las funciones ejecutivas (discutidas en detalle en el capítulo I) influyen en el sistema motor que controla el comportamiento dirigido a metas, aunque afectan también a otros sistemas neuropsicológicos tales como: el sensorial, el perceptivo, el lingüístico, y el emocional en el momento en que resulte necesaria la regulación de estos otros sistemas para la ejecución de una conducta adecuada. Según Barkely (1997^a) las

deficiencias atencionales no pueden ser consideradas como un síntoma primario sino como un síntoma secundario al TDAH, el autor sostiene que es una consecuencia de la alteración que la escasa inhibición conductual y el bajo control de la interferencia crean en la autorregulación o control ejecutivo del comportamiento.

De hecho se ha comprobado cómo lo expresa Douglas (1989), que las manifestaciones de desatención de los niños hiperactivos no se manifiestan en situaciones y tareas que requieren atención selectiva sino en aquellas que plantean una alta exigencia autor regulatoria de los recursos atencionales como:

El mantenimiento de la atención en tareas con un alto grado de monotonía, aburrimiento, sin refuerzos continuados y sin alto control externo. El origen de las dificultades, inhibitorias sigue siendo aun relativamente desconocido, si bien el dominio de la regulación, en los últimos años, ha sido una de las áreas intensamente investigadas por los psicólogos del desarrollo, especialmente por aquellos enmarcados con la perspectiva genética (Bjorklund, 1995)⁸. El razonamiento de estos investigadores es sencillo: con el incremento de la edad, la mayor facilidad para inhibir respuestas prepotentes, a menudo inapropiadas y la mayor resistencia a la interferencia de estímulos relevantes permite desarrollar y ejecutar con mayor eficacia otras tareas cognoscitivas. Los autores asocian el proceso con el desarrollo de las estructuras pre frontales, que se desarrolla enormemente y de forma significativa hasta los 7 años, experimentando a partir de entonces un desarrollo lento y progresivo hasta la edad adulta.

En resumen las teorías más recientes sobre TDAH que ofrecen una explicación del trastorno intentan comprender el amplio espectro de síntomas presentes en este, integrando datos neurobiológicos, cognoscitivos y conductuales. No obstante, el

⁸ Pardo (2000). Superdotación intelectual y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Universidad complutense de Madrid.



papel otorgado a la inhibición por Barkley, que incide directamente en la jerarquía de las funciones ejecutivas, difiere del de otros autores interesados en las patologías del sistema ejecutivo.

Según Jacob Bronowski (1967), filósofo, matemático y físico, cuya teoría fue elaborada desde hace más de 30 años, el paso más grande que ha dado la evolución de la comunicación humana ha sido el incremento en la capacidad de demorar la respuesta a una señal, mensaje o evento. Resalta así la capacidad altamente desarrollada de los seres humanos sobre cualquier otro primate de inhibir la reacción (Scander, 2003).

De igual forma, Barkley (2002)⁹ indica que Bronowski, autor del libro *The Ascent of Man*, aclamado por la crítica desde finales de los años '70, expone que aquello que hace nuestro lenguaje único proviene del desarrollo de la capacidad para imponer una demora entre una señal, un mensaje o un acontecimiento que experimentamos y nuestra capacidad para inhibir nuestras reacciones o respuestas ante él.

Esta teoría también señala que la capacidad para inhibir nuestras respuestas inmediatas y esperar durante un tiempo nos permite lo siguiente: a. evaluar los acontecimientos separando nuestros sentimientos de la información;

b. crear una conciencia de pasado y futuro;

c. hallarnos a nosotros mismos y usar el lenguaje para controlar nuestra

Propia conducta;

⁹ Pelayo Terán, J. M., Trabajo Vega, P., & Zapico Merayo, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. Cuadernos de psiquiatría comunitaria, Pp. 7- 35.

d. desglosar la información o los mensajes que nos llegan en partes y combinar esas partes en nuevos mensajes o respuestas (análisis y síntesis).

Si el TDAH se relaciona con una pobre habilidad para inhibir las respuestas, entonces, de acuerdo con la teoría de Bronowski, podríamos suponer que cualquier persona que presente este trastorno tendría problemas con las cuatro habilidades mentales antes mencionadas. El doctor Bronowski afirma que "...nuestra habilidad para retrasar las respuestas nos proporciona la capacidad de mantener activo en nuestra mente un acontecimiento durante algún tiempo, después de que haya ocurrido. Es decir, somos capaces de alargar en el tiempo un acontecimiento o retener una información en nuestro cerebro a través de nuestra memoria a corto plazo" (Barkley, 2002).

Por lo tanto, si el TDAH representa una dificultad para inhibir la conducta y esperar antes de responder, como sugiere Barkley, entonces la teoría de Bronowski predice que las personas que presentan el trastorno deben mostrar un sentido más limitado del pasado, y como resultado, también del futuro y que están menos preparados para enfrentar sus consecuencias. La posibilidad que tenemos los humanos de pensar en el pasado nos permite crear lo que el doctor Bronowski llama "futuros hipotéticos". Este proceso no es otra cosa que pensar en nuestro pasado y poder hacer conjeturas sobre el futuro.

Es utilizar la experiencia previa para prever los acontecimientos que podamos enfrentar más adelante en nuestras vidas. Por otro lado, se desarrolla la habilidad de combinar y manipular las imágenes del pasado para compartir el sentido del futuro con otras personas. Las personas con TDAH, al no tener una visión de los acontecimientos que se aproximan, probablemente están rebotando a lo largo de sus vidas, de crisis en crisis.

Cuando una situación o problema se les presenta, están desprevenidos y reaccionan en concordancia. Son personas que dependen del momento presente. El déficit neurológico de las personas con TDAH incide sobre su habilidad para inhibir la conducta, lo que conlleva que no puedan ver lo que se les avecina de

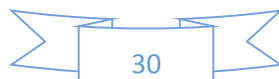
manera tan precisa como los demás, así como tampoco pueden hacerlo con la facilidad con que los no están afectados por déficit pueden hacerlo. Al tener menos preocupación por las consecuencias futuras de cualquier conducta, es más probable que las personas con TDAH tengan hábitos nocivos como comer en exceso, mostrar desinterés por actividades físicas, fumar o beber alcohol en exceso, tomar drogas o conducir a exceso de velocidad.

En esencia, considerar a un niño, adolescente o adulto con TDAH responsable de sus problemáticas para anticipar y planificar el futuro es como pensar que las personas con impedimentos auditivos o de visión son responsables de no poder escuchar y como consecuencia, no poder hablar o no poder ver.

El doctor Stephen Hayes¹⁰, psicólogo ha escrito extensamente sobre la habilidad humana para controlar el comportamiento por medio de reglas y ha identificado una serie de aspectos que se desprenden de nuestra habilidad humana para hablarnos a nosotros mismos y de la conducta guiada por normas. La presencia de estas condiciones que se encuentran menoscabadas en las personas con TDAH respaldan la teoría de que las deficiencias que tiene el niño con el trastorno para hablarse a sí mismo y poder regular su conducta a partir de las reglas establecidas socialmente son parte del mismo trastorno (Barkley, 2002). A continuación se presentan los seis aspectos a los que hace referencia en su teoría el doctor Hayes:

- La conducta de los humanos en una situación dada será menos variable cuando está guiada por determinadas reglas que cuando está influenciada o controlada por los acontecimientos del momento. (La inconsistencia al realizar las tareas es un área neurálgica que incide en las personas con TDAH.)
- Las personas que se rigen por las normas establecidas están menos susceptibles a ser controladas por las consecuencias inmediatas o por los

¹⁰ Reale, G. & Antiseri, D. (2013). Historia de la filosofía ,4. De Spinoza a Kant. Bogotá: San Pablo.



acontecimientos. Sin embargo, las personas con TDAH son controladas por los acontecimientos, por lo que aparentan ser llevados por la corriente.

- Cuando las reglas establecidas entran en conflicto con los deseos del momento, lo más probable es que las reglas establecidas socialmente controlen la conducta de los individuos. En otras palabras, los humanos somos capaces de seguir un plan establecido. No obstante, las personas con TDAH están más propensas a no seguir el plan establecido, ya que muchas veces su conducta desmesurada está por encima de las reglas establecidas.
- La conducta guiada por las reglas establecidas socialmente nos hacen ser en ocasiones rígidos, por lo que tendemos a seguirlas al pie de la letra, aunque éstas parezcan muy severas. Sin embargo, las personas con TDAH con regularidad tienden a no seguir las normas establecidas por la falta de estructura.

En ese sentido podrían llevar ventaja sobre las personas sin el trastorno, pues utilizan la espontaneidad y la creatividad al realizar sus trabajos y tareas.

- Las personas tienen la capacidad de realizar una tarea asignada, como lo podría ser una tarea escolar, y esperar su recompensa aunque ésta no sea de inmediato.

Es decir, que somos capaces de retrasar la gratificación. En los niños con TDAH, la probabilidad de que abandone una tarea asignada (salte la regla) es mayor, para realizar otras tareas como lo son escuchar música, jugar, ver televisión, ya que la recompensa es inmediata.

- En el desarrollo y crecimiento humano debería observarse un incremento en la habilidad para que la conducta se rija por las normas establecidas. Los niños TDAH se muestran inmaduros porque están más controlados por los acontecimientos y las consecuencias inmediatas, que otros niños de su misma edad. Esto se debe a que tienen menos desarrolladas su capacidad para hablarse a sí mismos, seguir las reglas establecidas, regular su conducta y crear sus propias reglas para resolver los problemas de la vida cotidiana.

La investigación actual sobre TDAH aporta evidencia suficiente para asegurar que las personas con este trastorno tienen deficiencias en el habla auto dirigido y la conducta guiada por normas. Esta información puede ayudar a comprender por qué los niños con TDAH hablan más en comparación con los niños sin el trastorno, ya que su habla es menos internalizada o privada.

La teoría del doctor Hayes parece explicar por qué los niños con TDAH son más emotivos, si son comparados con otros niños que no tienen el trastorno. Al no poder inhibir sus primeras reacciones ante una situación, tampoco tienen tiempo de separar sus sentimientos de los hechos. Generalmente se arrepienten de sus reacciones impulsivas y emocionales, porque estas conductas los alejan de los demás, provocan rechazo social, castigos de sus padres y eventualmente, la pérdida de amistades.

Esta situación les lleva a tener una mala reputación entre los maestros y otros profesionales, ya que muchas veces sus relaciones son tensas con los padres, hermanos y adultos. La dificultad para inhibir sus sentimientos, de la misma forma que otros niños de su edad, hace que los niños con TDAH parezcan emocionalmente inmaduros. Las personas con TDAH pueden tener dificultades para adaptarse a situaciones que requieren análisis, calma, actuar de manera no emocional y de forma objetiva. Las personas con TDAH pueden ser muy apasionadas y ser capaces de lograr sus metas, en muchos de los casos con mayor convicción personal que las personas que no tienen el déficit, esto representa una de sus muchas fortalezas. Asimismo, las personas con TDAH tienen la capacidad de igualar o superar a otras personas sin el trastorno en los campos en que la expresión emocional no sería ventaja como lo son el teatro, la música, la creación poética o la ficción. En muchas de las ocasiones, la combinación de sus habilidades comunicativas y el interés por el trabajo pueden hacer de las personas con TDAH buenos vendedores, ya que sus capacidades cognoscitivas no están alteradas. La problemática mayor de estas personas está en no poder separar sus emociones de la información que recibe.

Se puede concluir, que las personas con TDAH no ejercitan esta habilidad tan bien o tan rápidamente como otras sin la condición para poder guiar su comportamiento, ya que responden en forma acelerada. Al no poder controlar sus impulsos, no dejan tiempo suficiente para separar los hechos de los sentimientos personales.

Como se ha mencionado anteriormente, el TDAH implica un déficit en la habilidad del individuo para inhibir las respuestas a situaciones o acontecimientos. Es decir, es un problema de autocontrol. El término “trastorno del desarrollo del autocontrol”, podría ser el nombre más apropiado para el TDAH. Años de investigación han comprobado que la habilidad para inhibir la conducta en los niños con TDAH está controlada por la parte frontal del cerebro, en un área conocida como la corteza orbito-frontal.

ESTUDIOS SOBRE TDAH

En la gran mayoría de los estudios científicos publicados sobre el déficit, los niños

Anglosajones han sido los sujetos seleccionados para estas investigaciones. Las mismas han sido publicadas en revistas estadounidenses y británicas, por lo que en la gran mayoría de las ocasiones se hace difícil que personas de otras culturas y que no dominan el idioma puedan beneficiarse de la información acumulada acerca del déficit de atención (Bauermeister, 2000)¹¹. Es crucial para los profesionales de la salud, los maestros y los padres tener cautela a la hora de distinguir entre el trastorno de hiperactividad y la actividad física normal de los niños, sobre todo en el caso de los que son muy pequeños.

Una distinción fundamental es que el excesivo movimiento corporal de los niños con TDAH se traduce en una actividad casi permanente e incontrolada como se estableció anteriormente. Esta actividad se caracteriza por no tener una meta

¹¹ Ianina, T. (2010). Determinante de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y la adolescencia. Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud del centro de estudios avanzados en niñez y juventud de la universidad de Manizales, 903-920.

concreta y por aparecer en los momentos más oportunos. Pinto y Tryon ¹²(1996) utilizaron distintas medidas de actividad física con 60 niños entre 6 y 12 años de edad, 22 de los cuales eran hiperactivos, 7 con un elevado nivel de actividad y 31 con una actividad normal, recogidas en situaciones estructuradas y no estructuradas en la casa y la escuela.

Clasificaron los sujetos objeto de estudio en función de las puntuaciones en las Escalas de Connors para el maestro (escala utilizada en la investigación que se presenta más adelante). Los resultados mostraron que los sujetos clasificados como hiperactivos desplegaban más actividad que los sujetos normalmente activos en ambas situaciones, estructuradas y no estructuradas, resultados que apoyan una aproximación cuantitativa (dimensional) más bien que cualitativa (categórica) al exceso de motor.

Barkley (2002) sostiene que por casi cien años, los científicos han sospechado que lo que hoy se conoce como TDAH tiene su origen en un desarrollo anormal del cerebro o en una lesión cerebral. Estos científicos se dieron cuenta de la estrecha semejanza entre los problemas de conducta de los niños con el trastorno y los de las personas que tienen daños o lesiones en la parte frontal del cerebro, situada justo detrás de la frente, conocida como región órbita-frontal. Según el autor la región frontal es una de las mejor desarrolladas en los seres humanos, comparados con otros animales y se cree que es la responsable de inhibir la conducta, mantener la atención, usar el autocontrol y hacer planes para el futuro.

La investigación en neurología y neuropsicología está repleta de informes de casos y estudios de amplios de grupos de pacientes que han sufrido una lesión en la zona frontal del cerebro, como consecuencia de un traumatismo, un tumor cerebral, derrames cerebrales, enfermedades o heridas profundas, tales como las producidas

¹² Lobo Arévalo, N., & Santos Rodríguez, C. (2010). Psicología del aprendizaje. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

por un disparo. Estudios han comparado la actividad eléctrica del cerebro de niños con y sin TDAH.

Un conjunto de estos estudios se llevaron a cabo utilizando técnicas simples e indoloras, como el electroencefalograma (EEG), para medir la actividad eléctrica cerebral mientras los niños estaban sentados y relajados o realizando ciertas tareas que requerían un esfuerzo mental. Estos trabajos demostraron que la actividad eléctrica cerebral de los niños con el trastorno es menor que la que se observa en los niños sin TDAH, especialmente en las áreas frontales.

En el 1973 los doctores Monte Buschsbaum y Paul Wender,¹³ midieron la actividad eléctrica cerebral en respuesta a una estimulación repetida para obtener la media de los potenciales evocados. Cuando compararon los resultados de 24 niños con el trastorno y 24 del grupo control, los niños que presentaban TDAH respondían como niños normales más pequeños, o sea, que sus respuestas reflejaban un patrón de actividad eléctrica cerebral menos maduro.

Estas investigaciones demostraron además, que cuando se administra medicación estimulante a los niños con la condición se reducen considerablemente las diferencias. Los doctores Gary Gaffney y sus colegas en (1993) utilizaron en un estudio técnicas que permiten obtener imágenes cerebrales, informando que también habían encontrado una actividad metabólica cerebral reducida en la región frontal de diez pacientes con TDAH al compararlos con seis pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Este hallazgo se considera importante ya que proporciona cierta evidencia de que la baja actividad en la región frontal es específica del TDAH y que no acompaña a otros trastornos. En 1984, los doctores Hans Lou, Leif Henriksen y Peter Bruhn, publicaron un estudio en el que comparaban el flujo sanguíneo cerebral de once niños con TDAH, algunos de los cuales presentaban

¹³ Maestría en Neuropsicología, Grupo de Neuropsicología y Conducta, Universidad San Buenaventura. (2008). Solución de problemas aritméticos redactados y control inhibitorio cognitivo. Universidad San Buenaventura, 215-227.



también, trastornos de aprendizaje, con el de nueve niños sin TDAH, encontrando que los niños con el trastorno presentaban un menor flujo sanguíneo hacia las áreas frontales, especialmente en el núcleo caudado, una estructura importante en las vías que unen la zona frontal con las estructuras del cerebro medio, conocidas como el sistema límbico (Barkley 2002).

Orjales (1991)¹⁴ en su estudio con niños hiperactivos de 7 a 11 años de edad de diferentes colegios de Madrid, que cursaban los grados de segundo, tercer, cuarto y quinto, y que fueron sometidos durante mes y medio a diversos programas de intervención hasta completar con cada niño sujeto de investigación 30 sesiones de tratamiento, encontró los siguientes resultados:

- Los niños de menor edad tenían menos experiencias de fracaso que los mayores.
- Los niños de menor edad no tenían una imagen de sí mismos tan deteriorada a raíz de experiencias de fracaso en comparación con los mayores.
- Los niños de mayor edad, que en años anteriores luchaban por aprobar la clase, en la actualidad se rendían con mayor frecuencia, lo que supone un cambio radical de conducta y actitud.
- Frecuentemente, los niños mayores eran considerados por sus maestros como inútiles o vagos.
- El hecho de que grupos de niños mayores mostraban no poseer conocimiento escolar acumulado provocó que los programas de intervención lidiaran con los procesos así como con la reducción de la impulsividad, lagunas escolares, aprendizaje de las tablas de multiplicar, la modificación de los hábitos de trabajo, problemas con la lectoescritura, falta de conocimiento básico del vocabulario, entre otros.
- Los maestros tendían a pensar que los problemas de comportamiento de los niños pequeños estaban fuera de su control y que su función era ayudarlos a salir adelante.

-

¹⁴ Martínez Morales, Javier & Ortega Aguirre, Alejandra (2012). La problemática actual de la deserción escolar, un análisis desde lo local: Universidad autónoma de chihuahua.



MARCO TEÓRICO

CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Muchos de los profesionales que trabajan en el campo de la psicopatología infantil utilizan el término hiperactividad para referirse a un cuadro de síntomas de base neurológica que muy bien podría degenerar en problemas importantes. El mismo está muy lejos de tener relación con lo que muchos padres y maestros piensan sobre estos niños. Les califican de niños traviosos y malcriados; piensan además que sólo en algunos de los casos la aparente incorregibilidad de los niños podría estar asociada a problemáticas con la conducta.

DEFINICIÓN DEL TDAH

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV) (1994)¹⁵ de la Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas APA), el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es uno de tipo neurobiológico, el cual provoca la desatención de destrezas importantes para el desarrollo académico, social, emocional y físico. La característica principal del déficit es un patrón persistente de desatención e hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Según el doctor García Castaño (2001), el TDAH es un trastorno del desarrollo de naturaleza biocomportamental, que constituye un desorden biológico con amplias repercusiones en la conducta del que lo padece. Se trata de uno de los trastornos que se inician en la niñez, y su aparición varía de persona a persona. Se considera un desorden biocomportamental lo que, en palabras sencillas, significa una perturbación de la conducta, la que tiene un origen biológico. No presenta síntomas suyos exclusivos. Sus manifestaciones forman parte de conductas que presentan

¹⁵ Ministerio de educación nacional. (s.f.). Guías pedagógicas para la convivencia escolar. Bogotá: Mineducación.



todos los individuos; aunque la frecuencia e intensidad varían de individuo a individuo. Es un trastorno heterogéneo; esto quiere decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. De hecho, rara vez una persona presenta la totalidad de los síntomas. Esta particularidad tan especial ocasiona manifestaciones diversas del mismo desorden. Orjales Villar (2002), en su libro *Déficit de Atención e Hiperactividad: Manual para Padres y Estudiantes*, define el déficit como un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesiva, y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Estas suelen aparecer entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia. Hallowel y Ratey (2001)¹⁶ definen el trastorno como un síndrome neurológico cuya tríada clásica de síntomas incluye la impulsividad, distracción e hiperactividad o exceso de energía. Sostienen los autores en su libro *TDA: Controlando la Hiperactividad, Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*, que en la actualidad alrededor de quince millones de estadounidenses padecen el trastorno y que la mayoría lo desconoce. También argumentan que la condición se da en niños, adultos, hombres, mujeres, en todos los grupos étnicos y estratos socioeconómicos, independientemente del nivel educativo y del nivel de inteligencia del individuo. De la cantidad mencionada, más de dos millones son niños menores de 18

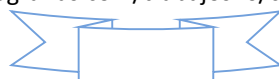
años, aunque debe tenerse en cuenta que la etiqueta de TDAH es relativa. Según el *Childrens and Adults with Deficit and Atención Discordar (CHADD)*, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad se define como una condición médica, de

¹⁶ Ministerio de educación. República de Colombia. (s.f.). Política educativa para la formación escolar en la convivencia.



base psiquiátrica y neurológica que afecta de un tres a un nueve por ciento de los niños de edad escolar. El trastorno interfiere con las diversas áreas de desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño, entre ellas: el área académica, las relaciones interpersonales, la autoestima y más tarde el funcionamiento ocupacional. Sus características principales son la impulsividad, la inatención y, en algunos casos, la hiperactividad inapropiada, si ésta es comparada con la etapa de desarrollo del niño, (Delgado Castro, 2003). En un reportaje de la National Alliance for Mental Ill, se define la condición como un trastorno neurobiológico que está caracterizado por impulsividad, falta de atención y en algunos casos de hiperactividad que se manifiesta de manera inapropiada para la etapa del desarrollo del niño. Esta definición correlaciona en parte con la ofrecida por el *Chillaren and Adultos with Deficit and Attention Disorder*; (Parés Arroyo, 2003)¹⁷. Gratch (2003), sostiene que en la actualidad, la teoría explicativa respecto de la etiología sitúa la condición como un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar eventos futuros. El autor expresa que los sujetos que han padecido de lesiones en la corteza cerebral prefrontal, como por ejemplo encefalitis y traumatismos, se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y están poco dispuestos a seguir las reglas establecidas en el hogar, la escuela y por la sociedad. Lawlis (2004) define el déficit de atención con hiperactividad como una condición en la que el cerebro del niño no funciona normalmente. No obstante, esto no implica una señal de inteligencia inferior; tampoco es un impedimento ni resulta en una personalidad dañada, tendencias criminales, conducta inmoral. Así mismo, no necesariamente supone un

¹⁷ Ortiz, A. (2005). El arte de enseñar: ¿cómo preparar y desarrollar clases de calidad? Recuperado el 6 de noviembre de 2017 en <http://www.monografias.com/trabajos26/clases-de-calidad/clases-de-calidad.shtml>



impedimento de aprendizaje, ni una marca de inmadurez mental; aunque tales condiciones puedan coexistir con el trastorno.

La mayoría del tiempo, los problemas del trastorno se relacionan con el funcionamiento del cerebro a escalas bajas. Russell A. Barkley (2002), en su libro



Niños Hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales, define el TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Por lo general, se nota deterioro en la voluntad o la capacidad del niño para controlar su conducta a lo largo del tiempo y para mantener su mente en las metas y consecuencias futuras.

Argumenta el autor que el déficit de atención es un trastorno real y un verdadero problema que a menudo se convierte en un obstáculo ya que llega a ser angustioso, se torna en una situación que altera los nervios del que la padece, así, como los que viven cerca de éste.

El autor considera que existe una alteración en el cerebro del que padece el trastorno, lo que causa el movimiento constante y otras conductas que algunas personas consideran intolerables.

POSIBLES CAUSAS DEL TRASTORNO

Barkley, (2002) ¹⁸señala que el déficit de atención sin hiperactividad (por sus siglas TDA), generalmente es descrito como un niño miedoso, ansioso y que parece estar soñando despierto o en la luna. Los padres los describen cómo niños aletargados, perezosos o lentos en sus movimientos y cuyas características no están de ninguna manera vinculadas a la hiperactividad. Lawlis (2004) establece una diferencia entre lo que es el trastorno del déficit de atención (sin hiperactividad) y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Sostiene el autor que el término trastorno de déficit de atención sin hiperactividad es conocido típicamente como la pérdida de las habilidades para mantener la atención, mientras que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad se refiere a la conducta hiperactiva que a menudo es atribuida a la pérdida de concentración

Posibles causas del trastorno Barkley (1998), sostiene que han sido numerosas las causas propuestas como posibles causantes del déficit de atención e hiperactividad, pero la evidencia para muchas de estas ha sido poca o ninguna. Una gran mayoría de factores causales de este trastorno ha obtenido apoyo en investigaciones, pues se sabe que se relacionan o tienen un efecto directo en el desarrollo o funcionamiento del cerebro aunque no se sabe a ciencia cierta cómo ocurre. Estudios genéticos sobre el TDAH revelan que factores ambientales como los patrones de crianza e impedimentos por causas no genéticas de tipo neurológico constituyen de un 10 a un 15 por ciento de los casos con esta condición.

Lo biológico no es un destino inevitable; no obstante, el ambiente, el cual es un elemento circunstancial, puede moldear y formar la naturaleza e incidir sobre la severidad de una condición, de manera tal que alcance un nivel patológico. El supuesto de que la condición tiene una base neurológica ha sido apoyado por los resultados basados en medidas electrofisiológicas, flujo sanguíneo cerebral,

¹⁸ Pardo (2000). Superdotación intelectual y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Universidad Complutense de Madrid.

estudios de emisores de positrones y estudios de imágenes de resonancia magnética (Bauermeister, 1997). Barkley, (1999) ¹⁹ sostiene que cuando los sistemas cerebrales funcionan inadecuadamente, como es el caso de los niños con TDAH, los niveles de autocontrol y de la fuerza de voluntad se ven imposibilitados. Es decir, que el autocontrol y la fuerza de la voluntad se convierten en un agente poderoso para que un niño con TDAH pueda controlarse a sí mismo. Utilizar el autocontrol para dirigir nuestra conducta hacia el futuro y el logro de las metas que nos hemos propuesto, es una gestión puramente humana. Los niños que padecen TDHA sufren de un deterioro en el desarrollo de esta facultad. Según, Rief (1999), son múltiples las causas a las que se le atribuye incidir sobre el trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad, algunas de las cuales se mencionan a continuación:

- Causas genéticas: Se sabe que el trastorno del déficit de atención tiende a aparecer en determinadas familias. Un niño con este trastorno a menudo tiene un familiar que lo padece, quien podría ser uno de sus padres, un hermano, un abuelo u otro pariente con historial de conductas similares.
- Causas biológicas/fisiológicas: Muchos médicos describen el déficit de atención con hiperactividad como una disfunción neurológica en el área del cerebro que controla los impulsos y contribuye a filtrar los estímulos sensoriales y enfocar la atención. Estos profesionales sostienen que puede haber un desequilibrio o un déficit de dopamina, sustancia que transmite los mensajes neurosensoriales. La explicación es que cuando nos concentramos, aparentemente el cerebro libera neurotransmisores adicionales, lo que nos permite aplicarnos a una cosa y bloquear los estímulos competitivos. Las personas con el trastorno del déficit de atención presentarían un déficit de estos neurotransmisores.

¹⁹ Pelayo Terán, J. M., Trabajo Vega, P., & Zapico Merayo, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. Cuadernos de psiquiatría comunitaria, Pp. 7- 35.



- Complicaciones o traumas durante el embarazo o el parto.
- Envenenamiento por plomo.
- La dieta: algunos profesionales de la salud sostienen que la dieta y las alergias alimentarias están vinculadas a los síntomas del trastorno del déficit de atención con hiperactividad. Aunque en la actualidad, las investigaciones no brindan respaldo a este planteamiento, existen defensores de esta teoría. Es posible que estudios futuros arrojen más luz al respecto.
- Exposición prenatal al alcohol y las drogas: No pasa por alto el alto número de niños expuestos a drogas que están ahora en edad escolar. Estos niños suelen presentar un daño neurológico sostenido, y muchas conductas que se relacionan con el trastorno. Uno de cada diez recién nacidos en el estado de California ha estado expuesto a drogas durante el período de gestación.

La investigación científica no ha demostrado aún una relación causal entre la exposición prenatal a drogas y el TDA, pero los niños expuestos a drogas presentan déficits neurológicos y conductas que también son observadas en los niños con TDAH. Durante el siglo XX, los investigadores han observado repetidamente similitudes entre el déficit de atención e hiperactividad y lesiones o daño del lóbulo frontal. Niños y adultos que sufren de daños en el área pre-frontal demuestran déficit de atención, inhibición, regulación de emoción, motivación y pobre capacidad de organizar conducta en situaciones que así lo requiere (Barkley, 1998).

Scandar (2003)²⁰ señala que la Organización Mundial de la Salud, órgano dependiente de la Organización de las Naciones Unidas, la cual publica Manual clasificador de los trastornos y enfermedades mentales (ICD-10) sitúa el Trastorno

²⁰ Reale, G. & Antiseri, D. (2013). Historia de la filosofía ,4. De Spinoza a Kant. Bogotá: San Pablo.

de déficit de atención e hiperactividad dentro del grupo de trastornos por estar caracterizado por el establecimiento temprano, combinación de hiperactividad, pobre modulación del comportamiento con marcada inatención y con una gran dificultad en la ejecución de tareas que requieren un compromiso persistente. Las características centrales de la inatención e hiperactividad, ambos tipos de perjuicio, son necesarios para el diagnóstico y deben ser evidentes en más de una situación; por ejemplo, en la escuela, el hogar y la comunidad donde los niños viven. Sus características principales son la falta de persistencia en aquellas actividades que requieren un compromiso cognoscitivo y una tendencia a moverse de una actividad a otra sin completar ninguna, desorganización y desequilibrio en los procesos de autorregulación y una actividad excesiva. Bauermeister (2000), en su libro *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces?*, menciona seis criterios que podrían servir de marco de referencia para que los padres y maestros adquieran conocimientos sobre el trastorno y puedan detectarlo a tiempo:

- Dificultad para actuar de acuerdo a las reglas: no se trata de un patrón de conducta de rehusarse activamente a seguir las reglas verbal o físicamente; más bien de lo que se está hablando es de una real dificultad para actuar de acuerdo a las instrucciones. La dificultad lleva a pensar que los niños con la condición, sobre todo aquellos con hiperactividad, poseen una capacidad disminuida para responder en ausencia de consecuencias claras, frecuentes e inmediatas.
- Variación de la conducta de acuerdo a la situación: la conducta inatenta, hiperactiva o impulsiva características de los niños o adolescentes con el diagnóstico puede variar de acuerdo a las situaciones en que se encuentren. Investigaciones han demostrado que pudieran comportarse mejor cuando hacen tareas que disfrutan, cuando son supervisados o cuando esperan un premio por actuar o comportarse dentro de las normas establecidas en el hogar o la escuela.
- Variabilidad e inconsistencia en su desempeño: los niños y adolescentes que reúnen los requisitos del diagnóstico por momentos se comportan dentro de las reglas, prestan atención a la clase, hacen los trabajos con cuidado y hasta podrían hacer los exámenes perfectos. No obstante, en otras ocasiones es todo lo contrario. La inconsistencia hace que



erróneamente que si logra hacerlo en ocasiones, muy bien podría hacerlo todo el tiempo. El niño poco a poco puede llegar a verse a sí mismo como irresponsable, olvidando que no siempre puede hacer las cosas con rapidez y exactitud.

- Dificultad para motivarse: se puede identificar como una barrera que se interpone entre el niño y los esfuerzos de los adultos para motivarlos mediante recompensas y castigos. Frecuentemente, el niño no quiere repetir la conducta inadecuada y tiene la intención de cumplir con las reglas establecidas, pero al rato o al día siguiente incurre en la conducta negativa nuevamente.
- Demanda de atención: todos los seres humanos demandamos atención, apoyo, cariño y consideraciones. A medida que crecemos aprendemos a no exigir tanta atención de los demás. En el caso de niños con déficit de atención e hiperactividad, estos parecen no poder desarrollar esta capacidad. El comportamiento sobre activo, la conversación continua, la manipulación, la insistencia de ser complacidos al momento, las rabietas y la tendencia a lucirse con los amigos o frente a otros adultos

recurre, por lo que llaman o demandan la atención todo el tiempo de los adultos que son significativos en sus vidas.

- Dificultad para persistir: se relaciona con una serie de características que tiene que ver con sostener el esfuerzo, posponer la gratificación y la tolerancia a los períodos de espera. Los niños y adolescentes con el déficit muestran dificultades para responder a incentivos que serán ofrecidos a largo plazo, necesitan las recompensas de inmediato y con una frecuencia mayor. 4. Sintomatología Típicamente, según información del Childrens and Adults with Deficit and Attention Disorder (CHADD), los síntomas del trastorno surgen en la niñez temprana, a menos que estén asociados a algún tipo de daño cerebral que pueda detectarse más adelante en la vida de éstos, algunos de los síntomas persisten hasta la adultez y pueden representar retos durante toda la vida. Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (1994), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en los síntomas del déficit se pueden clasificar en tres tipos o grupo de características que se mencionan a continuación:

- Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH/TDA) del tipo predominante inatento, el primero de los tres tipos, cuyos síntomas son los siguientes: inhabilidad para prestar atención a los detalles o comisión de comete errores por descuido, dificultades para sostener la atención, inatención aparente al escuchar, dificultad para seguir instrucciones, dificultad para organizar, evasión de las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido, distracción recurrente y olvido de actividades diarias.

En un estudio publicado en 1983 por las doctoras Linda Porrino, Judith Rapoport del Instituto Nacional de Salud Mental de Bethesda, Maryland, se demostró que los niños con TDAH realmente son más activos que otros en la mayoría de las circunstancias. A los niños del estudio se les requirió que llevaran un aparato especial que controlaba la actividad y los movimientos de cada día, durante una semana, mientras realizaban sus tareas normales. El estudio reflejó que los niños con TDAH eran significativamente más activos que los niños del grupo control,



46

independientemente del momento del día, incluso fines de semana y mientras dormían. Las diferencias más significativas entre los grupos de niños fueron observadas cuando éstos se encontraban en el periodo escolar, ya que los niños con TDAH mostraron un nivel de actividad mayor al esperado en comparación con niños del grupo control de su misma edad (Barkley, 2002).

Barkley (2002) en un estudio sobre niños hiperactivos publicados en 1976 y 1978, demostró que los niños con TDAH se movían más rápido en una habitación, ocho veces más en comparación con los niños del grupo control. El movimiento de los brazos era más del doble y el de piernas era casi cuatro veces más que el de los niños sin TDAH.

Los niños con TDAH eran tres veces más inquietos mientras veían una película corta de televisión, movían los dedos cuatro veces más que los niños sin el déficit y se movían más frecuentemente durante las pruebas psicológicas mientras se encontraban sentado que los del grupo control. Estudios como los del doctor Barkley demuestran que los niños con TDAH se mueven por todos los lugares con mayor frecuencia que los niños de su misma edad sin el trastorno en circunstancias similares. Esto incluye los períodos del sueño.

Además, son determinantes para establecer que la causa de muchos problemas en estos niños se fundamenta en que no regulan ni pueden controlar su nivel de actividad para cumplir con las demandas del momento. En un estudio en 1983, por los doctores Charles Cunningham y Jennifer Karlsson, citado en Barkley (2002) en el que se grabaron las conversaciones de niños hiperactivos con sus madres, se encontró que éstos hablaban un 20 por ciento más que el grupo de niños control. Otro dato importante consistió en que las madres de niños hiperactivos también hablaban más que las madres del grupo control.

Los investigadores creen que el hecho de que las madres de los niños hiperactivos hablen más se debió a una respuesta al habla excesiva de sus hijos. Este dato fue comprobado al administrar medicación estimulante, como el Ritalín, a los niños



47

hiperactivos ya que se encontró una reducción inmediata del 30 por ciento en el tiempo que hablaban; el nivel de habla de sus madres también se redujo significativamente.

Lo que es más importante para comprender a los niños con TDAH no es el hecho de que se muevan demasiado, sino que su conducta es desmesurada. Su mayor nivel de actividad parece ser, en gran parte, un subproducto de su conducta desmesurada, como respuesta a una situación concreta. La conducta del niño con TDAH se produce, por lo tanto, con rapidez y demasiada facilidad en las situaciones en las que otros niños sin el trastorno se comportan de forma controlada. Esto significa que la hiperactividad y la impulsividad observada en los niños con TDAH son parte de un mismo problema subyacente, un problema relacionado con la inhibición de la conducta.

El problema que tienen los niños con TDAH, no es tanto que ellos aparten más la atención de lo que hacen, sino que puedan regresar a la tarea que estaban haciendo. La habilidad para poder volver a prestar atención a una cosa requiere inhibir los deseos o tendencias para hacer otras cosas, lo que en éstos es mucho más difícil.

El doctor William James (1898) citado por Barkley (2002) indicó que no es posible para los humanos prestar atención a cualquier cosa durante más de unos pocos segundos. Se dice que los niños con TDAH tienen más dificultades para seguir instrucciones y cumplir con las normas que otros niños a su edad. Los psicólogos llaman a esto “conducta guiada por normas”. Esto ocurre cuando la conducta está controlada más por las órdenes e instrucciones que por lo que ocurre en ese momento a su alrededor. El niño con TDAH acaba con frecuencia desconectándose de la tarea que tiene que realizar y atraído por actividades no relacionadas con lo que se le ha pedido que haga. Un estudio dirigido por los doctores Rolf Jacob, K. Daniel O’Leary y Carl Rosenblad, en 1978, en la Universidad Estatal de Nueva York,



en Stony Brook, examinaron grupos de niños hiperactivos y niños control, los cuales fueron divididos en dos salones.

En uno de éstos, su estructura era informal, ofreciéndole la alternativa de que los niños escogieran actividades que les gustaría llevar a cabo en el salón de clases. En el primer período el maestro estructuró la clase, para animar a los niños a que escogieran lo que iban a hacer entre un número de actividades académicas previamente seleccionadas. Luego, el maestro cambió el procedimiento de la clase para ajustarlo a uno más formal y tradicional. El maestro dirigía a los niños en la tarea escolar, asignándole resolver problemas de matemáticas, y requiriendo al niño una atención especial a la clase del día. Los investigadores observaron que la conducta de los niños hiperactivos y no hiperactivos no difería mucho en la clase informal, pero cuando el tipo de disposición de la clase cambiaba a formal y estructurada, los niños del grupo control redujeron su nivel de actividad, prestaron atención y adaptaron su comportamiento a ese tipo de situación más restrictiva y estructurada. En cambio, los niños hiperactivos fueron menos capaces de hacer estas adaptaciones para ajustarse al cambio de metodología (Barkley, 2002).

La consecuencia de esta falta de atención provoca que los maestros y los padres tengan que recordarle constantemente al niño con TDAH lo que se supone que debe hacer. En múltiples ocasiones los maestros y los padres de los niños con TDAH acaban frustrados y enfadados. Como consecuencia, el niño con TDAH repite clases, fracasa en algún grado escolar en algún momento de su vida, tiene problemas con algunos de sus padres y muestra inadaptabilidad social. La impresión general que dejan las personas con TDAH es que son menos maduras y que carecen de autodisciplina y organización.

Barkley (2002) sostiene que los niños con TDAH realizan las tareas en forma irregular, debido a que la mayoría de ellos tiene una inteligencia media o superior a la media. Su falta de habilidad para producir trabajo aceptable a menudo deja perplejos a los que los rodean. En algunos momentos estos niños parecen capaces de acabar con facilidad su tarea y sin ayuda. En otros, hacen muy poca tarea incluso



con mucha supervisión. Pero el problema no es que no puedan hacer el trabajo, sino que no pueden mantener el patrón de trabajo y de productividad de una manera consistente, de la misma forma que otros pueden hacerlo.

Muchos de los investigadores sostienen que los principales problemas de los niños con TDAH tienen su raíz en un déficit para inhibir su conducta. Las doctoras Carol Whalen y Barbara Henker de la Universidad de California, en Irvine, en un estudio encontraron que cuando los niños con TDAH juegan o realizan una tarea con otros niños, la información que transmiten a los otros es menos organizada, menos madura y de poca ayuda cuando se trata de realizar actividades o tareas escolares. Esto si son comparados con otros niños de la misma edad que no presentan el trastorno (Barkley, 2002).

Por lo tanto, es a partir de las investigaciones de las décadas pasadas, que se ha podido comprobar que esta parte del cerebro no es tan activa en los niños con TDAH. Además, también se ha comprobado que ésta y otras partes del cerebro son significativamente más pequeñas que lo normal en los niños que tienen el trastorno. La parte frontal del cerebro es la que les proporciona a los humanos el poder para autocontrolarse y la capacidad para dirigir su conducta presente y futura. La investigación realizada constituye un gran avance, ya que se cuenta con una serie de estudios que documentan esta baja actividad del cerebro y que la relacionan con un déficit en el control de los impulsos o en la capacidad de inhibición. El doctor Joakin Fuster en su libro, *The Prefrontal Cortex*, citado en Barkley (2002), expresa que los conocimientos que se han adquirido a través de pacientes y primates con lesiones en esta parte del cerebro indican que probablemente la corteza orbito frontal en los niños con el déficit es menos activa. Desde esta perspectiva, Barkley sostiene que el TDAH está relacionado con un problema en el desarrollo funcionamiento del área frontal del cerebro. Por lo que la naturaleza madurativoneurobiológica del TDAH contradice de manera directa la creencia



generalizada de que el autocontrol y la voluntad están totalmente determinados por la persona, su crianza y el ambiente (Barkley, 2002).

Investigaciones del Instituto Nacional de Salud Mental apuntan a que hay una relación bioquímica con el TDAH, estudios que están arrojando nueva luz en la naturaleza y causas del TDAH. Estos estudios requieren la utilización de técnicas tales como la de la Tomografía de Emisión de Positron (PET). Un PET es un procedimiento que es similar a tomar un rayo X en color de una sección en cruz del cerebro para pintar sus unidades de actividad.

Estos estudios han demostrado baja actividad en las porciones frontales del cerebro de adultos con TDAH, incluyendo la corteza promotora y las áreas de la corteza superior pre-frontal. El lóbulo frontal del cerebro controla los procesos mentales complejos, tales como: la memoria, el habla y el pensamiento. Estas áreas del cerebro son donde la dopamina y norepinefrina están más envueltas en la transmisión de mensajes.

Barkley (2002) menciona que un estudio histórico - utilizando el PET Scan publicado en noviembre de 1990 en el New England Journal of Medicine proveyó la primera evidencia directa que el TDAH tiene una base bioquímica. El doctor Alan

Zarvetkin, psiquiatra e investigador del Instituto Nacional de Salud Mental en Bethesda, Maryland, en sus estudios utilizando el PET y pudo demostrar que la tasa a la cual el cerebro absorbe glucosa, es menor en adultos con TDAH que en adultos sin TDAH. La mayor reducción en la absorción de glucosa es en la corteza promotora y en la corteza superior pre-frontal. El PET Scan se realizó mientras los adultos del estudio completaban un examen simple, que requería que los adultos con los ojos vendados prestaran atención por un período de 35 minutos. La prueba consistió en que luego de escuchar una serie de 3 tonos, tocarían un botón para indicar cual de los tres tonos era el más leve.

Aunque, la relevancia no está clara, los adultos con TDAH realizaron la prueba marcando tan bien en las pruebas como los adultos sin TDAH aún cuando fue



51



reducida la actividad en sus cerebros. La investigación del doctor Zametkins demuestra que las dificultades que los jóvenes con TDAH enfrentan son el resultado de problemas médicos, y no de una mala crianza de parte de los padres, (Barkley, 2002).

Thorley (1984),²¹ en una investigación longitudinal por un periodo de doce (12) años, comparó un grupo de niños hiperactivos con otro grupo normal. Ambos grupos poseían características sociales y demográficas iguales, así como del nivel de inteligencia. Durante los años de adolescencia de los niños, el estudio reflejó que los jóvenes hiperactivos manifestaron más problemas de conducta, accidentes y fueron sometidos con más frecuencia a tratamientos para controlar la hiperactividad. En la vida adulta de los sujetos investigados, no se observaron diferencias significativas.

Según Thorley (1984)²², la evolución de la hiperactividad no se caracteriza por seguir una línea uniforme ni específica. Aunque se sabe que el pronóstico incluirá fracaso escolar, comportamientos antisociales, impulsividad y delincuencia, en algunos casos; parece claro que la evolución negativa del TDAH no se relaciona tanto con la presencia de la hiperactividad en los primeros años de edad del niño, como otros factores como los familiares, sociales y personales.

La investigación que ha seguido la evolución de los niños que han sido diagnosticados con TDAH revela que algunos mejoran, a pesar de los ambientes de conflicto, hogares disfuncionales, en los que estos se desarrollan. En muy pocos de los casos, desarrollan trastornos psicológicos, aunque la gran mayoría continúan presentando problemas con la adaptación social. En resumen los estudios para investigar las conductas y variaciones observadas en niños con y sin TDAH en

²¹ Salgado G. A. & Espinosa T, N. (2008). Dificultades infantiles de aprendizaje: detección y estrategias de ayuda. Madrid: Grupo cultural.

²² Sales, A. & Moliner G, & Moliner M. (2010). Estudio de la eficacia académica de las medidas específicas de atención a la diversidad desde la percepción de los implicados. Estudios sobre educación. Vol.19, 119-137

cuanto a su evolución psicológica han demostrado que las variables son de tipo personal y ambiental.

Es decir , que la hiperactividad permanente, un bajo coeficiente intelectual, las alteraciones conductuales y los problemas mentales en los padres; unido a las relaciones familiares y escolares inciden directamente en la evolución negativa del trastorno. En el próximo capítulo se presenta el proceso de evaluación y diagnóstico del trastorno, tema que es motivo de controversia entre los profesionales de la salud, los maestros y los padres, precisamente por la complejidad del TDAH y por los diferentes enfoques sobre cuándo es el momento apropiado para buscar la ayuda necesaria en los casos donde todas las estrategias utilizadas por los maestros y los padres no dan el resultado esperado.



MARCO LEGAL

NORMAS Y CONCEPTO

En relación con el derecho a la educación inclusiva de jóvenes o niños hiperactivos o con déficit de atención (TDAH) la Corte Constitucional profirió la Sentencia T390 de 2011, del Magistrado Ponente, en la que se expuso ampliamente los derechos de los jóvenes que padecen esta situación en los siguientes términos:

“²³(...) En este orden de ideas, la Corte estima importante reiterar las siguientes conclusiones respecto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): (a). El déficit de atención con hiperactividad puede, de un lado, implicar una discriminación claramente identificable, generando aislamiento y tratos diferenciados. Aún así, frecuentemente ocurre la discriminación y por tanto la marginalización que hace imposible el desarrollo de la igualdad material, lo que genera la invisibilización del problema, esto es, que ante dificultades de hiperactividad la respuesta de los docentes es ignorar de plano la situación clínica del trastorno. Esto implica la omisión del deber de trato especial y la equiparación en relación con los demás estudiantes, que conlleva a una aplicación de correctivos que se hacen inocuos e incluso contraproducentes en el manejo de la salud psicológica y afectiva del paciente y de su comportamiento futuro en sociedad. En este sentido el afectado, sujeto de especialísima protección, no puede ser atendido, no sólo porque el ordenamiento lo regula con parámetros generales, sino porque su propio entorno social y cultural lo excluye al no comprenderlo.

²³ Taylor, E. (1991). El niño hiperactivo. Madrid: Martínez.

(b). Desconoce el deber de solidaridad que tiene la familia, la sociedad y el Estado.
 (c). El aislamiento genera consecuencias negativas no solamente respecto del derecho individual a ser educado, sino de su entorno familiar y de la propia sociedad, la cual se ve privada de seres valiosos que pueden aportar con su inteligencia y habilidades al desarrollo y a la cultura social.

(d). Por otra parte, es importante destacar que el artículo 13 de la Carta establece que el Estado debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva por la cual debe adoptar medidas en favor de los grupos discriminados y marginados. Y, como se ha visto, las personas con déficit de atención e hiperactividad son constantemente objeto de aislamiento, estigmatización, maltrato, incompreensión y discriminación.

(e). La ausencia de un adecuado manejo del problema pone de manifiesto que, según los expertos, una inapropiada conducción de este problema puede generar graves consecuencias personales y sociales.

Anotadas las precisiones anteriores, debe concluirse que la valoración del reconocimiento de las reglas de comportamiento en los planteles educativos, por parte de un menor con TDAH, no puede ser igual a la aplicada al simple transgresor de las reglas. En este punto la Corte ha precisado cómo la omisión en el cumplimiento del deber de trato especial a los estudiantes con TDAH implica un acto discriminatorio cuyo efecto directo será la exclusión de un beneficio, ventaja u oportunidad y en consecuencia una violación del derecho a la igualdad (...)

La denominada educación inclusiva, que es la apuesta de diferentes instrumentos internacionales y que además ha sido acogida por el Ministerio de Educación Nicaragüense, busca ampliar el espectro de inclusión de personas con necesidades educativas especiales, más allá del acceso a la escuela regular. La educación inclusiva persigue que no existan ambientes segregados, sino que todos los niños y niñas, independientemente de sus necesidades educativas, puedan estudiar y aprender juntos. (...)"



Conclusión

Asegurar la efectiva prestación y protección de los eventos enunciados y de la filosofía del proceso del proceso de educación inclusiva contribuiría enormemente en la transformación de la concepción de las prácticas educativas de las instituciones educativas tanto públicas como privadas, lo cual irremediablemente apuesta por ir informando la cultura y la forma misma de concebir el derecho a la educación, como debe ser, como un todo. A diferencia del proceso anterior, se explora porque la enseñanza se adapte a los alumnos y no éstos a la enseñanza. Desde la anterior óptica, la atención de las personas con necesidades educativas especiales se proyecta en la atención a la diversidad y el respeto a la diferencia, ya que así como de l proceso social hacen parte los disminuidos o limitados y los que no, los planteles educativos deben ser reflejo de la sociedad. Ello sin olvidar que por su condición especial, reconocida constitucionalmente, las personas en situación de discapacidad demandan ayudas especiales para optimizar su proceso de aprendizaje y desarrollar plenamente sus potencialidades.

Así, las personas con cualquier tipo de diferencia física o psicológica tienen derecho a que las instituciones educativas les procuren un trato acorde con sus especiales características, siempre que ello resulte necesario para el ejercicio pleno de sus derechos en condiciones de igualdad.

La omisión de este deber de atención por parte de la institución educativa es por sí misma contraria a las ideas y valores que inspiran el derecho a la educación y con nexos.

El Decreto 366 de 2009, como quedó compilado y derogado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación, Decreto 1075 de 2015, reglamentó la organización del servicio de apoyo pedagógico para la oferta de educación inclusiva a los estudiantes que encuentran barreras para el aprendizaje y la participación por su condición de discapacidad y a los estudiantes con capacidades o con talentos e excepcionales, matriculados en los establecimientos

educativos estatales. Dentro de los aspectos que trató dicha norma se encuentran unas definiciones, principios y responsabilidades de las entidades territoriales.



La Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, prescribió en cuanto a la educación de los niños, niñas y adolescentes:

Artículo 28. Derecho a la educación. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Esta será obligatoria por parte del Estado en un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones estatales de acuerdo con los términos establecidos en la Constitución Política. Incurrirá en multa hasta de 20 salarios mínimos quienes se abstengan de recibir a un niño en los establecimientos públicos de educación. (...)

Artículo 39.

Obligaciones de la familia. La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes: (...)

8. Asegurarles desde su nacimiento el acceso a la educación y proveer las condiciones y medios para su adecuado desarrollo, garantizando su continuidad y permanencia en el ciclo educativo. (...)

Artículo 41. Obligaciones del Estado. El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá: (...)

Garantizar las condiciones para que los niños, las niñas desde su nacimiento, tengan un acceso a una educación idónea y de calidad, bien sea en instituciones educativas



vas cercanas a su vivienda, o mediante la utilización de tecnologías que garantice dicho acceso, tanto en los entornos rurales como urbanos. (...)

Artículo 42. Obligaciones especiales de las instituciones educativas. Para cumplir con su misión las instituciones educativas tendrán entre otras las siguientes obligaciones:

57

1. Facilitar el acceso de los niños, niñas y adolescentes al sistema educativo y garantizar su permanencia. (...)

12. Evitar cualquier conducta discriminatoria por razones de sexo, etnia, credo, condición socioeconómica o cualquier otra que afecte el ejercicio de sus derechos. Con fundamento en el marco jurídico y jurisprudencial anotado, es claro que los niños, niñas y adolescentes que padecen dificultades de hiperactividad (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – TDAH)

, tienen derecho a la educación y especialmente al acceso y a la permanencia. El Decreto 366 de 2009, como quedó compilado y derogado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación, Decreto 1075 de 2015, reglamentó la organización del servicio de apoyo pedagógico para la oferta de educación inclusiva a los estudiantes que encuentran barreras para el aprendizaje y la participación por su condición de discapacidad y a los estudiantes con capacidades o con talentos excepcionales, matriculados en los establecimientos educativos estatales. Dentro de los aspectos que trató dicha norma se encuentran unas definiciones, principios y responsabilidades de las entidades territoriales.

La Ley 1098 de 2006²⁴, Código de la Infancia y la Adolescencia, prescribió en cual No a la educación de los niños, niñas y adolescentes:

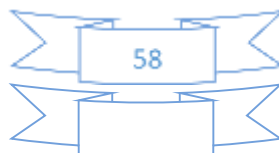
Artículo 28. Derecho a la educación. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Esta será obligatoria por parte del Estado e n un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita e n las instituciones estatales de acuerdo con los términos establecidos en la Consta tuición Política. Incurrirá en multa hasta de 20 salarios mínimos quienes se abstén gana de recibir a un niño en los establecimientos públicos de educación. (...)

Artículo 39. Obligaciones de la familia. La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructor va de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes: (...) 8. Asegurarles desde su nacimiento el acceso a la educación y proveer las condice unes y medios para su adecuado desarrollo, garantizando su continuidad y perna necia en el ciclo educativo. (...)

Artículo 41. Obligaciones del Estado. El Estado es el contexto institucional en el de sarrillo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de su s funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá: (...) Garantizar las condiciones para que los niños, las niñas desde su nacimiento, tengan acceso a una educación idónea y de calidad, bien sea en instituciones ecu cativas cercanas a su vivienda, o mediante la utilización de tecnologías que garante icen dicho acceso, tanto en los entornos rurales como urbanos. (...)

Artículo 42. Obligaciones especiales de las instituciones educativas. Para cumplir con su misión las instituciones educativas tendrán entre otras las siguientes obliga ciones:

²⁴ UNESCO. Declaración Mundial sobre Educación para Todos: la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje. 1990.



1. Facilitar el acceso de los niños, niñas y adolescentes al sistema educativo y garantizar su permanencia. (...)

Evitar cualquier conducta discriminatoria por razones de sexo, etnia, credo, condice en socioeconómica o cualquier otra que afecte el ejercicio de sus derechos. Con fundamento en el marco jurídico y jurisprudencial anotado, es claro que los niños, niñas y adolescentes que padecen dificultades de hiperactividad (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH),

tienen derecho a la educación y especialmente al acceso y a la permanencia al sistema educativo, para lo cual se les debe brindar una educación inclusiva, la cual presupone que no existan ambientes segregados, sino que todos los niños y niñas, independientemente de sus necesidades educativas, puedan estudiar y aprender juntos, esto es, que la enseñanza se adapte a los alumnos y no éstos a la enseñanza, sin olvidar que en caso de ser necesario se deberán proporcionar las ayudas especiales que se demanden para optimizar su proceso de aprendizaje y desarrollo

59

Ir plenamente sus potencialidades, siempre con la concurrencia conjunta de la familia, la sociedad, el Estado y las instituciones educativas.

Por lo anterior, deberá poner en conocimiento de las autoridades competentes para que se investiguen las circunstancias particulares del caso y se determinen las medidas que correspondan y se adecúen a la situación concreta, de tal forma que se le garantice el derecho a la educación y demás derechos relacionados al niño objeto de la consulta. Igualmente, de acuerdo con la Ley 115 de 1994, la Ley 715 de 2001 y el Decreto 907 de 1996, como quedó derogado y compilado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación, citado, la competencia de control y vigilancia de las instituciones educativas está en cabeza de las Entidades Territoriales, que para el caso de su consulta corresponde al Distrito de Bogotá, quien ha delegado dicha función específica a las Direcciones Locales de Educación, por lo que si lo considera pertinente, deberá dirigirse ante esta entidad para que inicie las investigaciones pertinentes relacionadas con la situación planteada. El anterior

concepto se da en los términos contemplados en el artículo 28 de la Ley 1755 de 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.²⁶

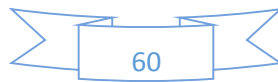
CONCEPTO 51 DE 2014

(Abril 9)

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF

10400/2992

²⁶ UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO, CHILE. ESCUELA DE PSICOLOGIA, 2004. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (página de internet. hiperactividaducn.tripod.com/thda_archivos/Hiperactividad024.pdf)



MEMORANDO

En atención al memorando radicado bajo el No. 7229 del 9 de abril de 2014, mediante el cual solicita a esta oficina emitir concepto jurídico en relación a la consulta elevada por la Jefe de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud, con relación a que si la prestación social de que trata el parágrafo 2 del artículo 36 de la Ley 1098 de 2006, se puede constituir en prestación de servicios como en el caso del que presta el ICBF a través del Hogar gestor, nos permitimos emitir el mismo teniendo en cuenta las siguientes precisiones:

El compromiso de Colombia con la población infantil en condición de discapacidad aparece desde la expedición de la ley 12 de 1991 en la cual se aprueba la convención sobre derechos del niño, contemplándose en el artículo 23



disposiciones sobre derechos y deberes respecto de los niños y niñas con impedimentos físicos y mentales.

Continúa con la Ley 1145 de 2007[1] la cual tiene por objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos, establece en su artículo 13 que tendrá una Secretaria Técnica permanente, a cargo del Ministerio de la Protección Social o del ente que haga sus veces.

Igualmente y en atención al artículo 8 de la misma ley el Ministerio de Salud y Protección Social es el organismo rector del Sistema Nacional de discapacidad, razón por la cual es la entidad competente para adelantar las actuaciones necesarias con el fin de adelantar la reglamentación al parágrafo 2 del artículo 36 del Código de la Infancia y la Adolescencia.

La Ley 1346 de 2009, de la misma forma busca la promoción, protección, seguridad y goce pleno en condiciones de igualdad de las personas que hacen parte de esta población.

Igualmente la Ley 1306 de 2009, reguló la protección de personas con discapacidad mental y estableció el régimen de la representación legal de incapaces emancipados.

Esta misma ley en su artículo 18, asignó al ICBF a través de las Defensorías de Familia, la competencia funcional en asistencia personal y jurídica a los sujetos con discapacidad mental absoluta de cualquier edad, de oficio o por denuncia.

En este mismo sentido la Ley 1618 de 2013, establece que todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral, para lo cual se implementarán, las siguientes acciones:

“(...)

1. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará que la prestación de estos servicios se haga con altos estándares de calidad, y sistemas de monitoreo y seguimiento correspondientes.
2. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, definirá, promoverá y visibilizará, en alianza con la Superintendencia Nacional de Salud y otros organismos de control, esquemas de vigilancia, control y sanción a los prestadores de servicios que no cumplan con los lineamientos de calidad o impidan o limiten el acceso a las personas con discapacidad y sus familias.
3. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará la coordinación y articulación entre los diferentes sectores involucrados en los procesos de habilitación y rehabilitación integral, y entre las entidades del orden nacional y local, para el fortalecimiento de los procesos de habilitación y rehabilitación funcional como insumo de un proceso integral, intersectorial (cultura, educación, recreación, deporte, etc.).



62

4. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, garantizará que las entidades prestadoras de salud implementen servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad , incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su vida digna y su inclusión en la comunidad, evitando su aislamiento.
5. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, implementará servicios nacionales y locales de atención e información a los usuarios con discapacidad y sus familias.
6. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará que las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, implementen programas y servicios de detección y atención integral temprana de la discapacidad a las características físicas, sensoriales, mentales y otras que puedan producir discapacidad.
7. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, regulará la dotación, fabricación, mantenimiento o distribución de prótesis, y otras ayudas técnicas y tecnológicas, que suplan o compensen las deficiencias de las personas con ir discapacidad, sin ninguna exclusión, incluidos zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso y fajas.
8. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, garantizará la rehabilitación funcional de las personas con discapacidad cuando se haya establecido el procedimiento requerido, sin el pago de cuotas moderadoras o copagos, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011.
9. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces establecerán los mecanismos tendientes a garantizar la investigación y la prestación de la atención terapéutica requerida integrando ayudas técnicas y tecnológicas a la población con discapacidad múltiple.

Así mismo el CONPES SOCIAL No. 166 de 2013 de Política Pública Nacional de



Discapacidad e inclusión Social, dispone que debe incluirse en los sistemas de

63

Información la variable de discapacidad, de acuerdo a las categorías de información definidas por la mesa interinstitucional liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si bien es cierto, las leyes y normas anteriormente expuestas también consagran funciones al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con respecto al desarrollo de un programa de apoyo y acompañamiento a las familias de las personas con discapacidad, con la finalidad de lograr su inclusión y desarrollo social, y la superación de la pobreza, el ICBF ha dado cumplimiento a ello, a través, de su Programa Hogar Gestor, el cual consiste en la modalidad de restablecimiento de derechos para niños, niñas y adolescentes en condición de amenaza o vulneración, con discapacidad o enfermedad de cuidado especial, que brinda acompañamiento, asesoría y apoyo económico para el fortalecimiento familiar.

Téngase en cuenta que los beneficiarios del programa Hogar Gestor, se vinculan en el marco de un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, por tener sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados, trayendo como consecuencia lógica medidas administrativas de restablecimiento de derechos ordenadas por el Defensor de Familia, las cuales generan la vinculación de estos al mencionado programa, requiriendo para ello un rubro presupuestal destinado exclusivamente para estos casos.

En razón a lo anterior esta Oficina Asesora Jurídica considera que no es viable que el Hogar Gestor sirva como sustento en la reglamentación de la prestación social especial que debe brindar el Estado de conformidad con lo establecido en el artículo 36 parágrafo 2 de la Ley 1098 de 2006.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las consideraciones de orden legal expuestas se puede concluir lo siguiente:



Primero: El ICBF en atención a las funciones otorgadas mediante la Ley 1306 de 2009, ha dado estricto cumplimiento a través de las Defensorías de Familia

64

Cumpliendo con la asistencia personal y jurídica a los sujetos con discapacidad mental absoluta de cualquier edad, de oficio o por denuncia.

Segunda: Le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector y Secretario Técnico del Comité Nacional de Discapacidad, la función de reglamentar la prestación social especial para los padres que asuman la atención integral de un hijo discapacitado, conforme al parágrafo 2 del artículo 36 de la Ley 1098 de 2006.

Tercera: No es procedente la asignación del programa Hogar Gestor para garantizar la prestación social especial del estado para los padres que asuman la atención integral de un hijo discapacitado toda vez que los beneficiarios de dicho programa se vinculan en el marco de un proceso administrativo de restablecimiento de derechos.

1. por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones
2. En relación con la competencia la Corte Constitucional, ha manifestado que:

"Efectivamente, la asignación legal de una competencia a una autoridad judicial supone la determinación acerca del ejercicio de una función pública, en desarrollo del mandato establecido en el artículo 150-23, en virtud del cual corresponde al Congreso de la República "expedir las leyes que regirán el ejercicio de las funciones públicas", siendo en este caso la administración de justicia la función pública regulada, la cual de conformidad con lo señalado en el artículo 228 de la Ley



Fundamental, constituye materia de ley para su organización y realización, de manera pronta y eficiente."

65

"Según lo anterior, el diseño institucional previsto en la Carta de 1991, así como el reparto funcional de competencias asignado a las ramas del poder público y los organismos autónomos, lleva a concluir que es el Congreso el órgano encargado de fijar las reglas de convivencia social, así como la asignación de funciones a los servidores públicos, siempre dentro de los límites impuestos en la propia Constitución. Es lo que esta Corporación ha denominado cláusula general de competencia según la cual las normas de convivencia social son expedidas, en principio, por el Congreso, en tanto que corresponde al Gobierno garantizar su ejecución".

3. Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

4. Por medio de la cual por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.



PROYECTO DE LEY 216 DE 2009 CÁMARA.

Por la cual se establece el régimen legal de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes que padecen Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. La presente ley tiene por objeto velar por la protección integral de los niños, niñas y adolescentes que padecen trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), facilitando una atención especializada y tratamiento debido de salud, el cual deberá incluir el acceso a medicinas, así como las acciones tendientes a la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento, control, asistencia y rehabilitación, con la finalidad de que puedan tener acceso a una educación acorde con sus capacidades y habilidades, insertarse en su medio social y desarrollar sus potencialidades cognoscitivas, para lo cual prevalecerá el pleno reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Artículo 2º. Para dar cumplimiento a lo contemplado en el artículo 1º de esta ley, el Gobierno Nacional a través de los Ministerio de Protección Social y Educación Nacional en un plazo de sesenta (60) días contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, creará el Sistema de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes que padecen Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), para lo cual se declara de interés nacional su diagnóstico y tratamiento.

Artículo 3º. Serán objetivos del  Programa, entre otros:

a) Promover un mejoramiento en el nivel de vida de los Niños con TDAH y de su contexto familiar, mejorando su integración social y educacional;

b) Lograr el pleno desarrollo del Niño con TDAH;

67

c) Implementar programas que incluyan la prevención, diagnóstico, tratamientos clínicos, psicológicos, quirúrgicos, farmacológicos y otras prácticas que se requieran para el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que padecen Trastorno por

Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH);

d) Organización y evaluación de un plan de educación que incluya los instrumentos pedagógicos y técnicas de organización grupal adecuadas para ser aplicadas en Niños con TDAH;

e) La publicación de folletos informativos sobre el TDAH, que deberá ser distribuido a todos los centros educativos del país;

f) Capacitación de los docentes y psicólogos educacionales sobre el TDAH;

g) La inclusión de un curso sobre TDAH en las facultades de Medicina y Psicología de las Instituciones de Educación Superior, al igual que en los programas de especialidades de Pediatría, Neurología y Psiquiatría.

Artículo 4º. A los efectos de la presente Ley se considera ¿Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad ¿en lo sucesivo TDAH, a una alteración infantil de naturaleza neuropsicológica que se caracteriza por la presencia de disfunciones atencionales, problemas de impulsividad y sobreactividad motora. Además, también se asocian trastornos comportamentales (como desobediencia o agresividad), dificultades de aprendizaje, problemas de interacción social, y sintomatología afectiva o emocional.



Artículo 5°. Los Niños, niñas y adolescentes que padezcan TDAH tendrán derecho a:

- a) Recibir un diagnóstico precoz;
- b) Recibir una evaluación médica, psicológica y pedagógica adecuada a cada caso particular con la finalidad de determinar cuál es la condición del Niño a nivel físico, emocional y de aprendizaje;

68

- c) Recibir protección social integral;
- d) Recibir tratamiento interdisciplinario gratuito;
- e) Recibir medicación gratuita en los casos que el diagnóstico así lo indique;
- f) A su Integración dentro del sistema educativo nacional con el objeto de que pueda continuar su formación integral de manera exitosa en el mismo establecimiento educativo elegido por sus padres, tutores y/o responsables a cargo.

Artículo 6°. El artículo 381 del Código Penal, quedará así:

Artículo 381. Suministro a menor. Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1° de enero de 2005. El texto con las penas aumentadas es el siguiente: El que suministre, administre, induzca, incite, facilite o propicie el uso de antidepresivos, sustancias psicoactivas o droga que produzca dependencia a un menor, incurrirá en prisión de noventa y seis (96) a doscientos dieciséis (216) meses.

Igualmente se aplicarán las penas anteriores a quien prescriba dichas sustancias como mecanismo para resolver trastorno de conducta, atención y aprendizaje



escolar del menor sin el consentimiento informado y responsable de los progenitores.

Artículo 7º. La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.



MARCO CONCEPTUAL

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD: El TDAH, se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, exceso de movimiento y dificultades en el control de los impulsos. Según el DSMIV el niño@ con este trastorno muestra un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos autores, destacan las dificultades de autocontrol como eje central del trastorno. En este sentido, se describe el TDAH como un "un trastorno del desarrollo del autocontrol, que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad" (Berkeley R. 1995).²⁵

PERSPECTIVA INCLUSIVA: Por inclusión se entiende el acceso de toda la población a los bienes y servicios sociales. En el ámbito educativo es el acceso que tienen todos los niños, niñas, jóvenes y adultos a todos los niveles del sistema educativo, desde preescolar hasta post doctorado. Es aceptar el derecho que tiene cada persona a ser diferente. No hay ninguna razón por la cual a partir de características particulares incluyendo una discapacidad o necesidad educativa alguien quede por fuera del sistema educativo, del trabajo, de la sociedad o del ejercicio de sus derechos ciudadanos. La no inclusión supone una estigmatización o limitación impuesta por otros. Desde esta perspectiva, "la educación inclusiva trata de acoger a vado el mundo, comprometiéndose a hacer cualquier cosa que sea necesaria para proporcionar a cada estudiante de la comunidad -y a cada ciudadano de una democracia- el derecho inalienable de pertenencia a un grupo, a no ser excluido" (Foley y otros, 1995).²⁶

²⁵ Ross, D. M. y Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity: Current Issues, Research and Theory*, New York: Wiley.

²⁶ Ruiz, E. (1997). *¿Qué es un niño para ti?* Carolina, Puerto Rico: Programa Head Start, ASPIRA.

La capacidad de comunicación empática: tiene que ver con la capacidad de los padres de sintonizar con el mundo interno de sus hijos, reconocer las manifestaciones emocionales y gestuales que denotan estados de ánimo y necesidades, lo que favorece el desarrollo de mecanismos de respuesta adecuados a las necesidades de los niños.

La capacidad de satisfacer las necesidades de los niños a través de prácticas de crianza son modelos culturales que se transmiten de generación en generación, que tienen relación con los procesos de aprendizajes que desarrollan los padres con sus hijos, vinculados con la protección, educación y satisfacción de necesidades.

La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios: la parentalidad es una práctica social, que requiere conformar redes de apoyo, que fortalezcan y proporcionen recursos para la vida familiar. En este sentido, la existencia de redes familiares, sociales e institucionales, así como el reconocimiento y validación de éstas por padres y cuidadores, constituyen un elemento significativo en el desarrollo de un buen ejercicio de parentalidad. Se puede considerar los recursos institucionales como una fuente central para el apoyo de la vida familiar.

El afecto: no a los malos tratos, si al contacto físico positivo y contenedor.

La comunicación: ambiente de escucha mutua, respeto y empatía, pero manteniendo una jerarquía de competencias

Una disponibilidad múltiple y el ofrecer a los niños y niñas una diversidad de experiencias en espacios diferenciados a nivel de:

- Espacios afectivos que permitan a los niños ser sujetos de una relación. Estos espacios, son posibles cuando los padres y cuidadores poseen capacidades de apego con los niños y, como consecuencia de esto, la empatía necesaria para entender el lenguaje a través de las cuales éstos expresan sus necesidades.
- Espacios íntimos, reconociendo en el hijo o la hija como una persona única. Son espacios de intercambio donde se refuerzan sus rasgos, atributos y capacidades.



- Espacios lúdicos, las madres, padres y/o cuidadores que son capaces de jugar con los niños, aparte de facilitar vivencias gratificantes, permiten desarrollar procesos de aprendizaje en donde la imaginación y la razón confluyen, facilitando al niño o niña la comprensión y adaptación a su medio. Los espacios de aprendizaje serán útiles en la medida que los niños se van haciendo sujetos sociales estimulados por lo que ven. En edades más tempranas, los niños aprenden más de lo que el adulto hace que de lo que dice; más tarde, el acceso al pensamiento simbólico y a la palabra agrega la posibilidad de aprender de lo que el otro dice.

En tal sentido, la coherencia del comportamiento de los padres, cuidadores y comunidad con sus discursos resulta fundamental, de allí, la importancia de la calidad de las relaciones, pues un ejemplo vale más que mil palabras.

Estabilidad: los niños y niñas necesitan de una continuidad a largo plazo, de relaciones que aseguren no sólo sus cuidados, sino también la protección para preservarles de los riesgos del entorno, tanto en la cantidad del tiempo destinada a los hijos, como en la calidad de la relación en los momentos que están con ellos.

Accesibilidad un adulto significativo para un niño o niña debería estar siempre accesible, lo que implica presencia y disponibilidad. d. Perspicacia o intuición: entendida como la capacidad para percibir y mostrar alegría y satisfacción por los cambios con que los hijos muestran el progreso de su desarrollo. e. Eficacia: la atención y educación adecuada que reciban los niños y niñas por parte de padres y/o cuidadores para poder desarrollarse sanamente.

Coherencia: sean capaces de ofrecer un sentido coherente a sus comportamientos. La búsqueda de sentido es uno de los motores con el que los niños ingresan en el mundo de los significados de los actos, conductas y discurso de los demás. Al integrar estos significados los niños le dan sentido a sus propios comportamientos.

Educación integral: La Constitución Política de Colombia (2011) contempla que la educación es un derecho al cual debe acceder toda persona. En complemento a este derecho, Kant citado por Rosario (2007) afirma que “los seres humanos se



72

Merecen un trato especial y digno que posibilite su desarrollo como persona” (pág. 141). En este sentido, Kant se refiere a que el hombre es un fin en sí mismo, no un medio para usos de otros individuos, lo que lo convertiría en una cosa. Por ello, son merecedoras de todo el respeto moral, mientras que la discriminación, la esclavitud, son acciones morales incorrectas.



CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo cualitativo y de corte descriptivo dado que permite realizar un estudio descriptivo y un análisis teóricamente orientado a una comunidad educativa y el núcleo familiar al resultado final de ese trabajo, puesto que favorece la observación y descripción del proceso llevado a cabo para determinar los factores favorecedores y obstaculizadores que se dan para los estudiantes con TDAH, a través de técnicas tales como, la observación no participante, análisis cualitativo y diario de campo, entre otros y así recolectar, analizar y presentar datos. Se utilizó el estudio de caso, basado en la observación no participante y apoyado del diario de campo. Se analizaron los procesos observados desde el modelo holístico de la institución educativa José María Obando y la perspectiva inclusiva.

Teniendo en cuenta la tipología del presente trabajo de grado se precisa destacar a Cromwell (2005) considera dos diseños fundamentales de la IA a los cuales les da una serie de particularidades, esos diseños son denominados por el autor como práctico y participativo, los cuales son un referente para llevar a cabo la acción iniciada desde un contexto determinado y una población elegida como referencia del análisis y estudio deseado, sin olvidar la finalidad que se busca, que pueden facilitar el conocimiento y desarrollo de la actividad iniciada, a continuación se presentan los diseños con sus diferentes características: Estudia prácticas locales de un grupo o comunidad, Involucra indagación individual o en grupo, Se centra en el desarrollo y aprendizaje de los participantes Implementa un plan de acción.

Así mismo El liderazgo lo ejercen conjuntamente el investigador y uno o varios miembros del grupo o comunidad, El otro diseño es el participativo presentando las siguientes características:

Estudia temas sociales que constriñen las vidas de las personas de un grupo o una comunidad.



Resalta la colaboración equitativa de todo el grupo o comunidad

Se enfoca en cambios para mejorar el nivel de vida y desarrollo humano de los individuos.

Emancipa a los participantes y al investigador (Hernández Samperio & al, Metodología de la investigación, 2010, pág. 511). En estos dos diseños práctico y participativo y sus respectivas características se ve reflejado todo el conjunto de normas que abarca el proyecto, lo cual teniendo la claridad del caso se puede evidenciar que comporta unos patrones y agentes dentro del contexto en el cual se realiza la acción, son importantes la participación del investigador y del investigado o los investigados con sus connotaciones respectivas, donde confluyen el mejoramiento de las realidades que han sido seleccionadas y abordadas; es así como en los diseños de IA, el investigador y los participantes necesitan interactuar de manera constante con los datos.

En un último momento se tienen en cuentas las fases de los diseños de la investigación : observar, pensar y actuar (Hernández Samperio & al, Metodología de la investigación, 2010), otros le podría llamar ciclos tales como: planificación, acción, observación y reflexión (Rodríguez García, Herráis Domingo, & al., 2016), que son los pasos para saber si se puede llevar a cabo el proyecto investigativo, se entra en una dimensión de discernir si los hechos propuestos hacen parte de todo un plan o simplemente puede ser fruto de una posibilidad más no de una realidad., pero que en el fondo no representan una problemática de mejora.



TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la obtención de información en cuanto a la investigación se precisa apoyarse en:

Con el fin de allegar a la investigación el material suficiente, se tomara en cuenta:

Diseño bibliográfico:

La constitución Política de Colombia como fuente principal

Diseño de campo:

Entrevistas a la población objeto

Visitas domiciliarias a familias



TIPO DE INVESTIGACIÓN

El desarrollo del problema es un tipo de investigación con enfoque mixto, debido a su alta facilidad de organización, búsqueda, entendimiento y aprendizaje al momento de hacer una investigación, además es una de las que brinda mayor comodidad para realizar este proyecto debidamente.



PARTICIPANTES

- 12 familias vinculadas a la institución educativa José María Obando
- Los participantes son de diversas tipologías familiares
- Participación de un integrante familiar
- Estudiantes de grado cuarto bajo diagnóstico de TDAH.
- Padres o cuidadores entre 20 años y 60 años.



78



TÉCNICAS

Las técnicas que encaminaron la investigación en el establecer una relación cercana

Entre la población muestra y el investigador fueron las siguientes:

ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO Y DE SU TERMINOLOGÍA: paz ara la Elaboración del cuestionario que es aplicado a la población estudio maneja términos que han sido ampliamente consensuados y probados en cuanto a los conceptos a que se refiere. Estos términos sobre organizaciones, así como los demás que eran de interés, resultaron muy útiles porque ayudaron para los propósitos de la investigación, pues no sólo están claramente definidos sino que resultan de una gran sencillez y de una fácil comprensión para los encuestados.

Observación: se puede plantear que la técnica más usada en la presente

Investigación fue la observación de la población que presenta la

Problemática de menús. Inicialmente se aplica en las familias.

Entrevista: basada en el plantear un conjunto de preguntas cuyo origen giran en

Torno a las variables a medir para dar lugar a un análisis pertinente y acertado.

Test De Percepción De Diferencias (CARAS)²⁷ Creado por Thurston, de aplicación individual o colectiva a partir de los 6 años. Evalúa aptitudes para percibir rápida y correctamente semejanzas y diferencias, consta de 60 elementos gráficos y la tarea consiste en determinar cuál es la diferente y tacharla. (Anexo 2)

Prueba de Clasificación de Wisconsin El test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST) (Wheaton, 1981)³⁰, es el test más utilizado y más conocido para

²⁷ Garmendia, J.A., Navarro. M., Parra Luna, F, (1989). Sociología industrial y de la empresa. Madrid Aguilar.

³⁰ Dabas, E. (1998). Redes sociales, familias y escuela. Buenos Aires: Paidós.

evaluar la función ejecutiva, especialmente la flexibilidad mental (Ardila & Rosselli, 1992; Denckla, 1996; Grodzinski & Diamond; Harris; 1995; Pineda, 1995; Pineda, Cadavid, & Mancheno; Rosselli & Ardila, 1993; Stuss & Benson, 1986). Consta de 4 cartas como estímulo y de 128 que se le dan al sujeto para emparejar según las categorías: color, forma o número. (Anexo 3)



PROCEDIMIENTO

Elaboración de propuesta

Visita a la institución y aprobación de la propuesta por parte de las directivas

Revisión de elementos conceptuales de la estructura curricular y modelo pedagógico llevado a cabo por la institución Educativa Jose Maria Obando

Elaboración de anteproyecto

Elaboración y aprobación del proyecto

Consecución del convenio con la institución

Presentación del proyecto a los docentes de la institución y aplicación de encuestas sobre la actitud docente

Caracterización de los niños y niñas con TDAH del grado tercero (se inició la evaluación de 12 niños que fueron seleccionados por los profesores del grado tercero "reconocidos como niños con déficit de atención con hiperactividad", pero para la segunda aplicación de pruebas se seleccionaron solo aquellos niños referidos por la profesora del aula de apoyo que habían sido evaluados por neurólogo y analizados clínicamente en la institución, se seleccionaron para esta caracterización pruebas que se consideran sensibles a la detección de problemas de función ejecutiva, atención y comportamiento hiperactivo).

Observación no participante y elaboración del diario de campo.

Análisis de los datos



Elaboración del informe final

Elaboración del artículo

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Para la realización de la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos en concordancia con el código de ética profesional del trabajador social capitulo dos artículo 13 punto E, respetar sus decisiones y G, mantener la confidencialidad de la información recibida, cuidando el buen nombre de las personas se realizaron los siguientes procedimientos:

La información recolectada de cada familia en donde se detecta ausencia de habilidades y competencias parentales y Los resultados fueron organizados de forma general guardando la identidad de cada persona participante.



82
CAPITULO IV

PREGUNTAS REALIZADAS SOBRE INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES TDAH

EI TDAH

¿Cómo define el TDAH según su conocimiento?

Respuesta por familia

familia	respuesta
Familia 1	Es cuando un niño no puede prestar atención , le cuesta trabajo aprender
Familia 2	Es una enfermedad donde los niños son distraídos, no aprenden.
Familia 3	Es una condición donde los hijos no prestan atención en las clases.
Familia 4	Es cuando los niños sacan malas notas por distraídos a causa de su dificultad para atender
Familia 5	Creo que es cuando los niños tienen mucha energía y se distraen con cualquier cosa
Familia 6	Es cuando los niños nacen con la dificultad para aprender y obedecer
Familia 7	Es cuando los niños no hacen caso a los profesores por jugar
Familia 8	Es un episodio en la vida de los niños donde tardan en aprender
Familia 9	Es cuando los niños no aprenden rápido



Familia 10	Pienso que es cuando un niño no quiere aprender rápido pero eso se les pasa
Familia 11	Es una etapa de los niños donde les cuesta aprender
Familia 12	Es cuando no aprenden con facilidad

Respuesta de docentes

Docente	Respuesta
Docente director de grupo	Es un trastorno de déficit de atención. pero es tratable
Docente de apoyo	Es un trastorno donde los niños por diversos factores tienen una dificultad para atender
Director de la institución	Es un tipo de trastorno que en la presente institución. Que debe ser manejado en algún momento

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del trastorno dentro de su hogar?

familia	Respuesta
Familia 1	El doctor aprobó un medicamento específico para el niño por lo que no hay manifestaciones hasta el momento
Familia 2	En ocasiones está un poco distraído
Familia 3	Si no hacemos lo que dice el medico el niño se ve desmejorado en la medida en que no presta atención a lo que se le dice
Familia 4	No detectamos manifestaciones



Familia 5	Ella toma su medicamento cumplidamente
Familia 6	No vemos aun repercusiones
Familia 7	Solo tenemos el diagnostico no tratamiento
Familia 8	Clínicamente no tenemos características
Familia 9	Es cuando los niños no aprenden rápido
Familia 10	No vemos en la niña un síntoma clínico
Familia 11	No vemos ningún síntoma clínico
Familia 12	Se evidencia en la falta de atención

Etiopatogenia del TDAH:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo en la institución y en el núcleo familiar?

Factor de riesgo	Familias concepto general	Institución concepto general
familiar	El principal factor de riesgo que puedo percibir es que los niños TDAH se vuelven agresivos cuando se sienten incomprendidos o excluidos	En las familias se pueden generar alejamientos, problemas de comunicación y pocas mejoras en atención
institucional	como factor de riesgo que los estudiantes con TDAH no vinculados en un proceso de inclusión	En la institución los alumnos pueden ser tildados de



	tienden a alejarse o simplemente a no responder académicamente	desobedientes lo que los señala y excluye mas
--	--	---

En el TDAH:

¿Cuál es el curso natural del TDAH dentro del aula de clases?

RESPUESTA: normalmente el docente tiene altercados

¿Cuáles considera son los factores protectores de su familia y la institución?

Factores protectores familia	Factores protectores institución
Sabemos que el niño necesita atención psicopedagógica	En la escuela de padres enseñan o dan herramientas útiles para la intervención de niños TDAH
Buscamos estrategias que lo incluyan y no discriminen o señalen	Los docentes tienen conocimiento del diagnóstico de los estudiantes
Se realizan acompañamientos en actividades	Se realiza acompañamiento psicosocial
Se tiende a dedicarle más tiempo en cuanto a las tareas del hogar y del colegio	Se tienen en cuenta las características de los niños TDAH

¿Cuáles son las acciones de inclusión más frecuentes?

BICACIÓN DENTRO DEL AULA

Próximo al escritorio de sus profesores.

Alejarle de puertas, ventanas o paredes muy cargadas de estímulos porque pueden servir como distractores.



Ubicarlo en un espacio en donde la supervisión sea más fácil.

Grupo de trabajo.

Rodearlo de compañeros con buenas habilidades atencionales, no necesariamente de alto rendimiento porque puede ser contraproducente.

Preferir el trabajo individual o en grupos pequeños de dos o tres miembros, en grupos mayores puede terminar dispersándose.

INSTRUCCIONES

Establecer contacto visual antes de formular la instrucción.

Formular una sola instrucción por vez.

Luego de formulada la instrucción pedir que la verbalice para verificar que ha sido comprendida.

Supervisar con frecuencia el seguimiento de la instrucción.

SUPERVISIÓN

Es conveniente ubicarlo en un lugar en donde se facilite la supervisión constante.

Instruirle en buscar de sus profesores ayuda al momento de reconocer un problema en su trabajo.

Revisar con frecuencia el trabajo que está realizando de manera que se realicen las correcciones oportunamente.

Al detectar un error ayudarlo, en forma positiva, a percatarse del mismo y hacer las correcciones.

TAREAS PARA CASA O DEBERES ESCOLARES

El volumen de tareas que quedan para realizar en casa debe ser razonable. Es importante tomar en cuenta que aunque la relación en casa sea uno a uno, los niños llegan cansados después de la jornada escolar diaria.

Las tareas pueden resultar siendo una fuente de conflicto entre padres e hijos.

En casa deben fragmentarse los períodos de trabajo de acuerdo al umbral de atención estimado y alternarlas con tareas más sencillas o períodos en los que se realicen otras actividades.

EVALUACIONES

Realizarlas en un ambiente más tranquilo.



87

Evitar crear una atmósfera de tensión alrededor de las evaluaciones. Los profesores deben presentarla como una actividad de aprendizaje.

En algunas oportunidades puede dejarse espacio a la evaluación oral o por otros mecanismos.

TIEMPO ADICIONAL Algunos niños presentan velocidad lenta de procesamiento de información como única manifestación o como manifestación asociada al [TDAH](#).

Brindar tiempo extra para completar tareas o exámenes.

Es conveniente colocar una señal del trabajo completado en el tiempo originalmente asignado de manera que se pueda verificar el porcentaje trabajado a tiempo y el trabajado fuera de tiempo.

RECURSOS ADICIONALES

En algunas oportunidades puede ser necesario disponer de material que presente las tareas en una forma diferente al resto de sus compañeros.

Al observar que resulta difícil centrar su atención es mejor recurrir a alguno de los recursos siguientes:

Permitirle cambio de actividad.

Asignarle alguna tarea que le distraiga: llevar un recado a dirección, devolver un libro a la biblioteca, borrar el pizarrón, recoger los trabajos de sus compañeros, etc.

Asignarle una actividad de contenido diferente, para esto es conveniente pedir a los padres que envíen al colegio material seleccionado (adicional) para cada uno de los curso.

Cuando la situación resulte difícil de controlar por los mecanismos anteriores puede recurrirse a alguna de las siguientes opciones: Trabajar en otro sector del colegio bajo supervisión individual.



ANÁLISIS

Desde la aceptación de los diversos comportamientos y estilos de aprendizaje se logra el proceso de inclusión (Aceita, 2014) y a su vez mejorar el rendimiento académico con el que se puede evitar la deserción escolar, siempre y cuando se haga en condiciones de igualdad y equidad (Sales C., Moliner G., & Moliner M., 2010). Por eso es pertinente que los docentes se concienticen y adopten medidas que faciliten el bienestar de los estudiantes, donde el resultado sea la verdadera formación de personas desde la comprensión de sus realidades acompañada de, comentarios constructivos y apreciativos, no desde el rechazo.

De otro lado, se percibió la necesidad de conocer el contexto familiar del cual proceden los estudiantes para lograr los objetivos propuestos desde la institución, permeando así un trabajo en equipo, donde la familia esté totalmente vinculada a las acciones del colegio, no solo

Entrevista inicial con los padres para recogida y entrega de información:

Datos personales, tipo de diagnóstico (si lo hay), revisión de informes clínicos (si los tiene), revisión de informes psicopedagógicos (si lo tiene), situación familiar, situación escolar.

Información sobre itinerario a seguir:

- En el caso de que no haya diagnóstico y/o informe psicopedagógico: planificación de itinerario a seguir, entrega de modelos de solicitudes.
- En el caso de diagnóstico confirmado, revisar la adecuación del informe clínico, valoración psicopedagógica, y entrega de cartas de solicitudes en el caso de que sea necesario.
- Firma de autorizaciones.
- Entrega de la hoja de Servicios y Actividades de la Fundación.
- Introducción de datos e informes en el Plan de Seguimiento: Entrega a los padres de usuario y la contraseña para acceder al plan de seguimiento.



- Información sobre la Escuela de Padres.

89

2. Dinámica de actuación inicial

Intervención con el afectado:

Inclusión del niño en el Programa de Atención Psicopedagógica dentro del grupo más adecuado por edad y curso. Pueden elegir entre 1 o 2 días a la semana.

Inclusión del niño en el Programa de Refuerzo Educativo y Estudio Dirigido si la familia está interesada. Flexibilidad de horarios desde 1 a 5 días a la semana/ 2 horas día.

Observación del niño/a y revisión de su situación académica: curso, ciclo, repetición (si fuera el caso), modificación/implantación de adaptaciones curriculares, estado de la valoración psicopedagógica comprobando su adecuación.

Intervención con la familia del afectado:

Cita inicial con los padres para revisión de situación familiar: Exposición y consenso de objetivos.

Recogida de necesidades para elaboración de objetivos.

Detectar si hay necesidad de realizar un trabajo más completo con toda la familia (padres, hermanos).

Orientación/recomendaciones necesarias para el ámbito familiar.

Intervención educativa coordinada con el Centro Escolar: Niños/as CON o SIN Necesidades Específicas de Apoyo Educativo



Contacto con el orientador y/o tutor al comienzo del curso escolar o cuando se incorpora un niño/a nuevo a la Fundación y se le haya observado, para establecer una cita, siempre a petición de los padres con el objeto de:

Intercambio de información:

Novedades: cambio de tutor, PT u orientador del centro. Continuación, cambio o eliminación de adaptaciones curriculares significativas o no.

Finalización del curso anterior: existencia de alguna situación particular, aparición de nuevas conductas, actitudes, situaciones de mayor estrés.

Orientación (pautas en el aula)

Establecimiento de objetivos comunes reflejados por escrito si el orientador y/o tutor no tiene inconveniente.

Entrega de la Guía "TDAH en el aula" Redacción informe inicial del alumno.



3. Dinámica de seguimiento

Seguimiento familiar: Se establecen con los padres 2 citas/mes de 30-40 minutos con el objeto de:

Valoración de la situación del niño/a.

Valoración de la situación familiar.

Valoración de la evolución académica.

Grado de consecución de objetivos.

Replanteamiento /ajuste de objetivos.

Entrega de 2 informes anuales (Junio y Diciembre) a la familia.

Entrevista inicial con los padres para recogida y entrega de información:

Datos personales, tipo de diagnóstico (si lo hay), revisión de informes clínicos (si los tiene), revisión de informes psicopedagógicos (si lo tiene), situación familiar, situación escolar.

Información sobre itinerario a seguir:

En el caso de que no haya diagnóstico y/o informe psicopedagógico: planificación de itinerario a seguir, entrega de modelos de solicitudes.

91

En el caso de diagnóstico confirmado, revisar la adecuación del informe clínico, valoración psicopedagógica, y entrega de cartas de solicitudes en el caso de que sea necesario.

Firma de autorizaciones.



Entrega de la hoja de Servicios y Actividades de la Fundación.

Introducción de datos e informes en el Plan de Seguimiento: Entrega a los padres de usuario y la contraseña para acceder al plan de seguimiento.

Información sobre la Escuela de Padres.

3. Dinámica de seguimiento

Seguimiento familiar: Se establecen con los padres 2 citas/mes de 30-40 minutos en el objeto de:

Valoración de la situación del niño/a.

Valoración de la situación familiar.

Valoración de la evolución académica.

Grado de consecución de objetivos.

Replanteamiento /ajuste de objetivos.

Entrega de 2 informes anuales (Junio y Diciembre) a la familia.

Entrevista inicial con los padres para recogida y entrega de información:

Datos personales, tipo de diagnóstico (si lo hay), revisión de informes clínicos (si los tiene), revisión de informes psicopedagógicos (si lo tiene), situación familiar, situación escolar.

Información sobre itinerario a seguir:

En el caso de que no haya diagnóstico y/o informe psicopedagógico: planificación de itinerario a seguir, entrega de modelos de solicitudes.



92

En el caso de diagnóstico confirmado, revisar la adecuación del informe clínico, valoración psicopedagógica, y entrega de cartas de solicitudes en el caso de que sea necesario.

Firma de autorizaciones.

Entrega de la hoja de Servicios y Actividades de la Fundación.

Introducción de datos e informes en el Plan de Seguimiento: Entrega a los padres de usuario y la contraseña para acceder al plan de seguimiento.

Información sobre la Escuela de Padres.

2. Dinámica de actuación inicial

Intervención con el afectado:

Inclusión del niño en el Programa de Atención Psicopedagógica dentro del grupo más adecuado por edad y curso. Pueden elegir entre 1 o 2 días a la semana.

Inclusión del niño en el Programa de Refuerzo Educativo y Estudio Dirigido si la familia está interesada. Flexibilidad de horarios desde 1 a 5 días a la semana/ 2 horas día.

Observación del niño/a y revisión de su situación académica: curso, ciclo, repetición (si fuera el caso), modificación/implantación de adaptaciones curriculares, estado de la valoración psicopedagógica comprobando su adecuación.

Intervención con la familia del afectado:

Cita inicial con los padres para revisión de situación familiar: Exposición y consenso de objetivos.

Recogida de necesidades  para elaboración de objetivos.

Detectar si hay necesidad de realizar un trabajo más completo con toda la familia (padres, hermanos).

Orientación/recomendaciones necesarias para el ámbito familiar.

Intervención educativa coordinada con el Centro Escolar: Niños/as CON o SIN Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (N.E.A.E.)

Contacto con el orientador y/o tutor al comienzo del curso escolar o cuando se incorpora un niño/a nuevo a la Fundación y se le haya observado, para establecer una cita, siempre a petición de los padres con el objeto de:

Intercambio de información:

- * Novedades: cambio de tutor, PT u orientador del centro. Continuación, cambio o eliminación de adaptaciones curriculares significativas o no.
- * Finalización del curso anterior: existencia de alguna situación particular, aparición de nuevas conductas, actitudes, situaciones de mayor estrés.

Orientación (pautas en el aula)

Establecimiento de objetivos comunes reflejados por escrito si el orientador y/o tutor no tiene inconveniente.

Entrega de la Guía "TDAH en el aula" (Fundación CADAH) y tríptico informativo de los cursos y charlas.

Redacción informe inicial del alumno.

3. Dinámica de seguimiento



Seguimiento familiar: Se establecen con los padres 2 citas/mes de 30-40 minutos en el objeto de:

94

Valoración de la situación del niño/a.

Valoración de la situación familiar.

Valoración de la evolución académica.

Grado de consecución de objetivos.

Replanteamiento /ajuste de objetivos.

Entrega de 2 informes anuales (Junio y Diciembre) a la familia.

Entrevista inicial con los padres para recogida y entrega de información:

Datos personales, tipo de diagnóstico (si lo hay), revisión de informes clínicos (si los tiene), revisión de informes psicopedagógicos (si lo tiene), situación familiar, situación escolar.

Información sobre itinerario a seguir:

En el caso de que no haya diagnóstico y/o informe psicopedagógico: planificación de itinerario a seguir, entrega de modelos de solicitudes.

En el caso de diagnóstico confirmado, revisar la adecuación del informe clínico, valoración psicopedagógica, y entrega de cartas de solicitudes en el caso de que sea necesario.

Firma de autorizaciones.

Entrega de la hoja de Servicios y Actividades de la Fundación.



Introducción de datos e informes en el Plan de Seguimiento: Entrega a los padres de usuario y la contraseña para acceder al plan de seguimiento.

Información sobre la Escuela de Padres.

2. Dinámica de actuación inicial Intervención con el afectado:

Inclusión del niño en el Programa de Atención Psicopedagógica dentro del grupo más adecuado por edad y curso. Pueden elegir entre 1 o 2 días a la semana.

Inclusión del niño en el Programa de Refuerzo Educativo y Estudio Dirigido si la familia está interesada. Flexibilidad de horarios desde 1 a 5 días a la semana/ 2 horas día.

Observación del niño/a y revisión de su situación académica: curso, ciclo, repetición (si fuera el caso), modificación/implantación de adaptaciones curriculares, estado de la valoración psicopedagógica comprobando su adecuación.

Intervención con la familia del afectado:

Cita inicial con los padres para revisión de situación familiar: Exposición y consenso de objetivos.

Recogida de necesidades para elaboración de objetivos.

Detectar si hay necesidad de realizar un trabajo más completo con toda la familia (padres, hermanos).

Orientación/recomendaciones necesarias para el ámbito familiar.



Intervención educativa coordinada con el Centro Escolar: Niños/as CON o SIN Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (N.E.A.E.)

Contacto con el orientador y/o tutor al comienzo del curso escolar o cuando se incorpora un niño/a nuevo a la Fundación y se le haya observado, para establecer una cita, siempre a petición de los padres con el objeto de:

Intercambio de información:

* Novedades: cambio de tutor, PT u orientador del centro. Continuación, cambio o eliminación de adaptaciones curriculares significativas o no.

96

* Finalización del curso anterior: existencia de alguna situación particular, aparición de nuevas conductas, actitudes, situaciones de mayor estrés.

Orientación (pautas en el aula)

Establecimiento de objetivos comunes reflejados por escrito si el orientador y/o tutor no tiene inconveniente.

Entrega de la Guía "TDAH en el aula" (Fundación CADAH) y tríptico informativo de los cursos y charlas.

Redacción informe inicial del alumno.

3. Dinámica de seguimiento

Seguimiento familiar: Se establecen con los padres 2 citas/mes de 30-40 minutos en el objeto de:

Valoración de la situación del niño/a.



Valoración de la situación familiar.

Valoración de la evolución académica.

Grado de consecución de objetivos.

Replanteamiento /ajuste de objetivos.

Entrega de 2 informes anuales (Junio y Diciembre) a la familia.



RECOMENDACIONES

Existen varios indicadores sobre cómo manejar las emociones, el aprendizaje y el comportamiento de los niños con TDAH. Antes de poner en práctica cualquier modelo terapéutico recomendado por el especialista de la salud a cargo del niño, se debe conocer cuál es la capacidad intelectual del niño, vulnerabilidades, en qué circunstancias aprende mejor, y en cuáles aprende menos. Es un error pensar que todos los niños tienen el mismo intelecto o que funcionan mejor en las mismas circunstancias que otros niños.

Los estudiantes que con síntomas de TDAH en algunas materias presentan dificultades, (Ojales Villar, 2001) y desde luego su rendimiento no va a ser igual al de los demás compañeros, pero lo ideal es proporcionarles herramientas para lograr su inclusión y estadía en la institución, ya que los docentes deben encaminar sus esfuerzos al perfeccionamiento de los educandos (Segura M., Mala ver F., & Rodríguez U., 2001).

Por lo tanto El rendimiento académico debe ir unido al esfuerzo por la disciplina, ya que si se quiere hablar de formación integral (Tourinho López, 2013) no es solo la dimensión académica sino también lo humano su capacidad de relacionarse con los demás desde el respeto a sus profesores y con sus pares, es decir compañeros, donde se manifiesta la asimilación y el compromiso, a ello es lo que cada docente debe propender con el discurso pedagógico, siendo consciente de las diferentes manifestaciones comportamentales que presentan sus estudiantes y las cuales debe estar atento, no para rechazar o reprochar, sino para acompañar y ayudar a crecer como niños o niñas con un proyecto de vida desde la enseñanza de la escuela y de la cual son en parte responsables sus maestros con quienes comparten gran parte de la jornada.

Se propone seguir profundizando en la investigación pues este trabajo no es considerado como una meta final sino como una etapa más en un proceso iniciado



98

Que puede producir otros trabajos de investigación diferentes, que sean complementarios o se desarrollen en la misma línea.



ANEXOS



RECURSOS INSTITUCIONALES

Institución Educativa Jose Maria Obando de Popayán Cauca



Meses y Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Actividades	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL102	AGO
Información Básica	X	x												
Revisión Bibliográfica	X	x												
Definición Problema		x	X											
Formulación del proyecto			X											
Corrección del proyecto			X	x										
Aprobación del proyecto				x	X									
Elaboración de capítulos					X	X	x	X						
Encuestas								x	x					
Elaboración conclusiones									x	x				
Lectura de Asesores										x	X			
Revisión del informe												x	x	
Corrección del informe												x	x	
Informe final														X



1. CRONOGRAMA

102





El TDAH 11.

¿Cómo se debí en el TDAH?

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del trastorno?

Etiopatogenia del TDAH: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo?

En el TDAH: ¿Existen disfunciones neuropsicológicas? 1

¿Cuál es el curso natural del TDAH?

En el TDAH: ¿Cuál es el pronóstico a largo plazo?

¿Cuáles son los factores que influyen en un buen o mal pronóstico?

¿En qué medida el diagnóstico e intervención precoz mejoran el pronóstico del TDAH?

En el TDAH: ¿Cuáles son los trastornos conurbados más frecuentes?

DIAGNÓSTICO

. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos del TDAH en niños y adolescentes?

¿Cómo se diagnostica el TDAH en niños y adolescentes?

¿Quién debe diagnosticarlo?

¿Cuáles son las áreas de valoración que debe incluir el diagnóstico del TDAH?

En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Es necesaria la evaluación neuropsicológica?

En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Es necesaria la evaluación psicopedagógica?



En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Son necesarias las exploraciones complementarias?

104

. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Con qué entidades tendría que realizarse el diagnóstico diferencial?

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

¿Qué instrumentos de cribado y escalas específicas cas del TDAH en niños y adolescentes son útiles/recomendables para el diagnóstico?



105
PLANTILLA DE VISITA DOMICILIARIA

FORMATO DE VIVISTA DOMICILIARIAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE INTEGRANTE FAMILIAR		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
EDAD		
ESTADO CIVIL	CASADA	CONYUGUE
OCUPACIÓN		
TELÉFONO DE RESIDENCIA		
NUMERO CELULAR		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		
BARRIO		
NOMBRE DE INTEGRANTE		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
EDAD		
ESTADO CIVIL	CASADO	CONYUGUE
OCUPACIÓN ,		



PROFESIÓN U OFICIO	
TELÉFONO DE RESIDENCIA	
NUMERO CELULAR	

106

DIRECCIÓN	
BARRIO	

DESCRIPCIÓN DE PACIENTE IDENTIFICADO

CONTEXTO INMEDIATO

:

Tipo de vivienda : arrendada o propia	
Estructura física del inmueble (descripción física de la vivienda)	



Estructura ocupacional del inmueble		

107

(descripción de enseres con los que cuenta la familia)		
	Sala	
	Cocina	
	Baño	
Seguridad social	EPS :	



MOTIVO DE CONSULTA:

INSTRUMENTOS DE EVALUACION:



ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES



Concepto deserción familiar



ANALISIS DE DIMENSIONES

SUBSISTEMAS

CICLO VITAL FAMILIAR

LIMITES



TIPO DE FAMILIA SEGÚN LÍMITES

ADAPTABILIDAD:

JERARQUÍA:

ALIANZAS :

112

POSTURAS´:

113

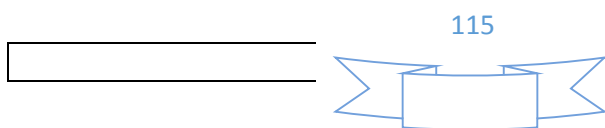
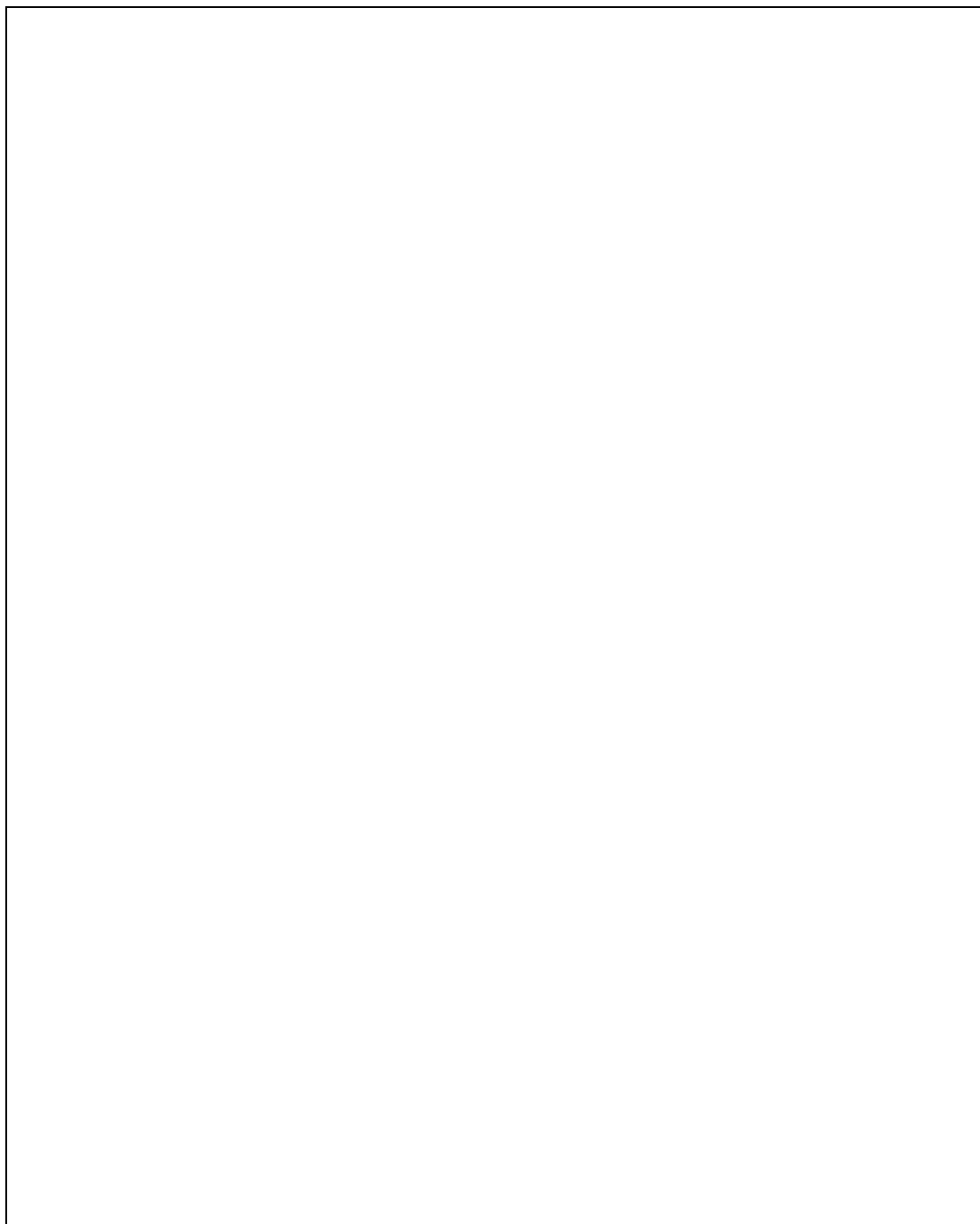


COMUNICACIÓN:

FUNCIONAMIENTO INSTRUMENTAL

GEOGRAFÍA FAMILIAR:





MAPA DE ESTRUCTURA DE VIVIENDA:



--

RECURSOS:

PLAN DE INTERVENCION:

2. BIBLIOGRAFÍA



3. Adams P, Fras Y. (1988). Beginning child psychiatric. New York: New York Press.
4. Alonso, Juan A.; Benito, Yolanda. (2004). Superdotados, talentosos, creativos y desarrollo emocional. Libro II, Ecuador: Editorial UTPL.
6. American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). (2th edition) Washington, D. C.: Author.
8. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). (3th edition) Washington, D. C.: Author.
10. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). (4th edition) Washington, D. C.: Author.
12. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV-TR). (4th edition Text Rev.) Washington, D. C.: Author.
14. ANHIDA (2005). Más que niños distraídos. Asociación de niños con hiperactividad y/o déficit de atención. España.
16. Armstrong, T. (1996). ADD: Does it really exist? Phi Delta Kappan, 77(6), 424-428.
17. (2001). Síndrome de Deficit de Atención con o sin hiperactividad.
18. Estrategia en el aula. Buenos Aires: Editorial Paidós.
19. Barbaresi, W. J. y Olsen, R. D. (1998). An ADHD Educational Intervention for Elementary Schoolteachers: A pilot study. Development and Behavioral Pediatrics, 19, 94-100.
22. Barkley, R. A. (1981). Hyperactive Children: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford.
24. (1994). Impaired delayed responding: A unified theory of attention disorder. En D. K. Routh (Ed.), Disruptive behavior disorders in childhood: Essays honoring Herbert C. Quay. (pp. 11-57). New York: Plenum.
27. (1997a). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psicológica Bulletin, 121, 29. 65-94.
30. (1982). Guidelines for Defining Hyperactivity in Children Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Moreno García, I. (2001). Hiperactividad:



32. WEBGRAFIA

- Definición de vejez Qué es, Significado y Concepto, Disponible en: <http://definicion.de/vejez/#ixzz4lf8Vo3Fd>
- Organización mundial de la Salud, Definición de envejecimiento, Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización mundial de salud, Definición de envejecimiento, Disponible en: http://www.um.es/aulademayores/docscmsweb/presentaciOn_de_la_asignatura-2011-2012.pdf
- Landriel Eduardo, Informe sobre la Tercera Edad en Argentina, Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>



