



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

CONSIDERAR LA NIÑEZ CON **TDAH**

DESDE UNA PERSPECTIVA DE **Educación Inclusiva**

**TRABAJO FINAL DE GRADO
MONOGRAFÍA**

Estudiante: Nancy Graciela Martínez Labella – C.I. 3.907.807-8

Docente Tutor/a: Asist. Mag. Yliana Zeballos Fernández

Docente Revisor/a: Mag. Prof. Adj. Daniela Carolina Díaz Santos

Diciembre 2023

Minas – Lavalleja

Tabla de Contenido

Agradecimientos	2
Resumen	3
Introducción	4
• Implicación en la Temática	5
Modelo Social de la Discapacidad	6
TDAH	9
• ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?	9
• Etiología	11
• Diagnóstico y Sobrediagnóstico	13
• Diagnóstico Diferencial	16
• Tratamientos	16
Un Nuevo Paradigma: Educación Inclusiva	20
• Concepto de Inclusión	23
• Modus Operandi	24
• ¿Qué son las Barreras?.....	27
• Un Largo Camino por Recorrer	29
• Una Cultura del Cuidado	33
• El rol del Psicólogo en la Institución Educativa	34
• Estrategias que Pueden Ayudar en el Aula	36
• Deportes y Mindfulness: Otras Alternativas	37
Consideraciones Finales	39
Bibliografía	42
Anexos	46

Agradecimientos

Para comenzar, deseo dedicar este trabajo, y expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que de alguna u otra manera hicieron posible que hoy esté culminando esta hermosa carrera.

En primer lugar, a mi compañero de viaje, Fernando, quien desde el principio me apoyó en esto que parecía una locura, y que hizo todo lo que estuvo a su alcance para darme los tiempos que necesité, no permitiendo que bajara los brazos nunca.

A mis peques, Agustín y Ezequiel, quienes sacrificaron mucho para que hoy mamá pueda cumplir su sueño. Les quité tiempo y dedicación en etapas cruciales, empero siempre me comprendieron y día a día me motivan a continuar.

A mi mamá, Lira, que desde que comencé me ha brindado todo su empeño para que yo lograra cumplir con las obligaciones que dicho recorrido demandó, y que, junto a mi hermano, Eduardo, me brindaron el apoyo emocional requerido cada vez que caía.

A todos ustedes, los amo con todo mi ser, y este logro les pertenece también, ya que han puesto su alma y su corazón junto conmigo.

A mi hermana de la vida, Stella, con quien emprendimos juntas esta aventura. Siempre al pie del cañón, en las buenas y en las malas que nos ha tocado vivir, perennemente unidas pase lo que pase, y con las palabras oportunas en los momentos clave.

A mi suegra, Lourdes, siempre alentándome a no desistir y pendiente de mis resultados, alegrándose por cada logro obtenido.

A mi tutora, Yliana, quien desde un principio fue la cara visible de nuestra casa de estudios, que con su ternura y experiencia logró que me enamorara más aún de esta hermosa disciplina, acompañándome en las etapas de mayor relevancia de este camino.

A todos los que formaron parte de este camino, que creyeron en mí más que yo misma, que se alegran por mis logros, y que desde su lugar me apoyaron en este proceso, ya sea con su tiempo, con sus palabras alentadoras, con sus críticas constructivas, a todos: Gracias!!

Finalmente, un gigante y especial agradecimiento al cielo, dirigido a ti Papá. Hiciste tuyo este sueño y lo abrazaste desde el gran amor que me tenías. Te amo y extraño infinitamente. La vida no permitió que me vieras recibirme, este logro también es tuyo, y estoy segura que desde donde te encuentres estás orgulloso de tu nena.

Resumen

La presente monografía se encuadra en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, con el objetivo de abordar dos temas trascendentales como lo son el TDAH y la Educación Inclusiva, para conocer en profundidad en qué consiste cada uno, y qué relación guardan entre sí.

Si bien el TDAH no constituye una discapacidad, generalmente se lo trata como tal, por lo que comienza con un recorrido histórico sobre dicho concepto y su interpretación contemporánea. A continuación, se desarrollan, desde una perspectiva clínica, las características de este trastorno, etiología, diagnóstico, consecuencias y tratamientos.

Se prosigue con un análisis, desde una perspectiva inclusiva, de las medidas aplicadas por el actual paradigma educativo de Uruguay en pro de garantizar el derecho humano fundamental a la educación, evidenciando aquellas carencias que aún enfrenta el sistema en políticas públicas y recursos económicos, que hacen vislumbrar el objetivo como una intrincada aspiración.

Si bien existen antecedentes sobre éstos y otros aspectos abordados previamente, se profundiza sobre nuevos aportes y datos actuales, buscando alternativas que puedan resultar beneficiosas a favor de minimizar el uso de medicamentos, que tan lamentablemente se ha excedido en esta población.

Se ahonda en la tarea específica del rol que ocupa el profesional de la psicología en este ámbito, y su función como pábulo en el relacionamiento de los diferentes actores que participan.

Lejos de ser una perístasis acabada, se invita a continuar reflexionando desde nuestro rol, enfrentando los desafíos para alcanzar esa Educación Inclusiva que tanto promovemos.

Palabras clave: TDAH, Modelo Social de la Diversidad Funcional, Educación Inclusiva.

Introducción

Como seres humanos que somos, nacemos, crecemos y vivimos en sociedad. Cada uno de nosotros conformamos una pieza fundamental de este entramado que, por un lado, nos produce subjetivamente, pero en el que, a la vez, influimos en la producción de subjetividad de aquellos con quienes nos vinculamos en el trayecto de nuestra existencia.

El humano es un ser Bio-psico-social¹, entendiendo que para que se considere un estado óptimo de salud, estos tres aspectos deben estar en armonía y en buenas condiciones. “Bio” hace referencia a lo biológico, el cuerpo físico. El factor “Psico”, conforma nuestra mente, aquella que direcciona nuestro sentir, nuestro accionar. Y finalmente, el aspecto “Social”, conformado por nuestro relacionamiento con los otros, los vínculos que generamos en los diferentes ámbitos en los que nos movemos desde nuestro nacimiento.

Inmediatamente después de la familia, el segundo contexto fundamental que nos influye directa y profundamente ha sido, históricamente, la escuela; como Institución base de la educación, su misión es preparar a los sujetos para que sean capaces de enfrentar un futuro prometedor.

Sinisi, L. (2010), menciona que desde siempre se ha pensado a la Escuela como “símbolo de la integración y la igualdad social” (p.11). Hemos visto como lamentablemente esto no se ha cumplido como tal, ya que existen instituciones educativas “especiales” para aquellos sujetos designados como “fuera de la norma”. Estos estudiantes son apartados muchas veces de su derecho a la educación en escuelas comunes, ya sea en su acceso o en su permanencia, por acarrear diferentes patologías, problemas de conducta, deficiencias, entre tantos otros aspectos, lo cual inevitablemente produce una estigmatización y segregación dañina para cualquier ser humano. (Sinisi, 2010, p.11).

El trayecto escolar que lleven a cabo estos individuos que presentan algún tipo de deficiencia es crucial para su futuro como adulto. Tanto desde el punto de vista académico, como socio-cultural, constituirá la base que le dé sentido a su existencia, y tras la cual podrá construir su proyecto de vida.

¹ Término establecido por el Dr. George Libman Engel en 1977

Implicación en la Temática

El tema escogido para finalizar este hermoso recorrido, responde a sentimientos que despertaron en mí el haber cursado la práctica de graduación en el Liceo N°3 de mi ciudad con Yliana, docente que ha formado parte de ciclos muy sustanciales en mi carrera, ya que me acogió por primera vez en Facultad, y quien gratamente me acompaña en concluir esta etapa para comenzar otra, que sin dudas será un gran desafío.

Esta experiencia en el Liceo, me hizo conocer crudas realidades, situaciones de extrema vulnerabilidad adolescente en varios aspectos de la vida. Me di cuenta que en muchos casos, el Liceo era, en cierta manera, ese oasis que todos en algún momento necesitamos en medio del desierto, ese refugio que transmite esa serenidad tan anhelada para crecer dignamente.

Es aquí donde se torna extremadamente relevante el trabajo conjunto entre la Psicología, como disciplina abocada a la salud mental, y la Educación Inclusiva, con instituciones preparadas y transformadas para atender la diversidad, identificar y eliminar las barreras que puedan existir.

El propósito de este trabajo, por tanto, es abrir las puertas al conocimiento de un problema cotidiano, del cual todos somos responsables, y en el cual todos podemos contribuir desde nuestro lugar, para crear una sociedad empática y propiciadora de crecimiento y oportunidades, que salvaguarde los derechos de todo ser humano.

Desde lo personal, puedo manifestar que hablo con propiedad cuando menciono que muchos de los límites los pone la sociedad. Me siento estrechamente implicada con este tema, y quienes conocen mi historia saben que en el año 2006 llegó a mi vida mi primer hijo, Agustín y que debido a varios factores que influyeron, a pocos días de nacer sufrió una parálisis cerebral que le ha dejado secuelas en diferentes áreas. Agustín ha recibido desde sus 6 meses de vida diferentes terapias, que han sido la base fundamental para que al día de hoy pueda ser totalmente autónomo y llevar una vida digna. Los pronósticos al principio llegaron a ser devastadores, pero como familia, núcleo fundamental de la sociedad, nunca nos rendimos. Tratamos de brindarle las mismas oportunidades que cualquier individuo puede recibir, y no nos enfocamos en sus limitaciones, sino en sus potenciales, que eran y son muy gratificantes. Gracias a eso y a su fuerza de voluntad inquebrantable, ha logrado desde entonces vencer todo obstáculo que se le pudiera presentar.

Sin el trabajo en equipo que realizamos, primero y fundamental él como protagonista, acompañado y apoyado por toda la familia, las Instituciones Educativas (con todos sus actores involucrados), y las terapias en diferentes disciplinas que ha recibido con excelentes técnicos, hubiera sido imposible obtener los resultados de los cuales Agustín, al día de hoy, puede beneficiarse ampliamente. Siempre respetando sus tiempos y sus diferencias, adaptando lo que fuera necesario para brindarle las mismas oportunidades, se pudo lograr el cometido.

Es en este sentido, que se hace necesario reflexionar como sociedad que somos, de qué manera influimos en la experiencia de vida que llevan a cabo miles de personas, cómo podemos colaborar en hacer la diferencia entre una vivencia angustiante y de desasosiego o, por el contrario, un recorrido armonioso y disfrutable... ¿Existe la discapacidad como tal? ¿O es en cierta manera una construcción de determinados factores que, unidos a nuestro comportamiento como sociedad, excluye y discrimina...? ¿Somos conscientes de qué manera nos posicionamos frente a aquellos individuos que presentan lo que comúnmente denominamos “discapacidad”? ¿Qué es exactamente...?

Modelo Social de la Discapacidad

Antiguamente la discapacidad, era vista de manera diferente a la que se concibe en la actualidad. Aquellas personas que tenían algún tipo de discapacidad eran totalmente excluidas de la sociedad, despojados de sus derechos como seres humanos, reclusos en diferentes instituciones, o simplemente, eran privados de su existir.

Velarde, L. V. (2012), realiza el siguiente recorrido histórico, en donde explica los tres modelos de concepción de la discapacidad que han sido utilizados desde la Antigüedad y la Edad Media hasta la actualidad:

1. “El Modelo de Prescindencia”: Las causas de la discapacidad se concebían como religiosas. Se consideraba que las personas con discapacidad no podían entregar nada a la sociedad a la cual pertenecían, siendo, por lo tanto, una carga para todos. En este sentido, existían dos submodelos para prescindir de ese sujeto: el EUGENÉSICO (que consistía en simplemente dar muerte al niño con discapacidad), y el de MARGINACIÓN (en el cual se separaba al niño de la sociedad). (p.117-123)
2. “El Modelo Médico o Rehabilitador”: Surge a principios del siglo XX, como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, y a pesar de que fue suplantado por el Modelo Social, su fundamentación prevalece en la mentalidad contemporánea. Se

concibe la discapacidad como una enfermedad que puede recibir tratamientos. Tenía como finalidad curar a la persona, o en su defecto, cambiar su accionar para poder incorporarlo a la sociedad. Ha sido un modelo muy criticado ya que se define a la persona por su discapacidad, se desconoce la diversidad, y estos individuos son, en cierta manera, estigmatizados. (p.123-127)

3. “El Modelo Social de la Diversidad Funcional”: Nace a fines del año 1960, en el Movimiento de Vida Independiente, de Estados Unidos. En este modelo no se concibe la discapacidad como un problema individual, sino social. No se trata de la deficiencia de la persona, sino que se entiende a la discapacidad como resultado de la interacción entre el individuo con la sociedad en la que vive, la cual no se encuentra preparada para respetar las diferencias. Por lo tanto, su énfasis, no está en rehabilitar al individuo, sino en rehabilitar a la sociedad toda (p.127-134).

La Organización Mundial de la Salud (2011), en su informe mundial sobre la discapacidad, menciona que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), describe a la discapacidad:

(...) como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social) (World Health Organization., 2011, p.7).

En dicho informe, queda en evidencia que podrían eludirse muchos de los escollos a los que están expuestos los individuos que presentan algún problema de salud (p.18), que, unido a la interacción con el contexto que lo rodea, constituye la discapacidad. A continuación, detallan cuales son aquellos “(...) sectores (salud, educación, protección social, trabajo, transporte, vivienda)” y “(...) agentes (gobiernos; organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad; profesionales; el sector privado; personas con discapacidad y sus familias; el público general; el sector privado, y los medios de comunicación)”, que deberían implicarse para llevar adelante acciones que derriben esas barreras (World Health Organization, 2011, p.18).

Con respecto a la tensión existente entre los modelos Médico y Social, Vallejos, I. (2010), menciona que:

El modelo social de la discapacidad es la antítesis del modelo médico, y propugna que ésta es una forma de opresión social a quienes tienen un déficit, un impedimento, construyendo entornos físicos y sociales que castigan a quienes se desvían del estándar de normalidad (p.6).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a que:

El modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política (World Health Organization., 2001, p.22).

Se hace necesario entonces, recapacitar desde nuestro lugar en la sociedad, si estamos respetando los derechos que tenemos todos y cada uno de los seres humanos que habitamos el planeta.

Todos tenemos el derecho a ser tratados iguales, sin distinción de ninguna índole, se debe respetar la diversidad, es hora de que entendamos que no existe la “normalidad” como tal... Si no logramos entender que la discapacidad es el producto de la interacción y del vínculo que se crea entre la deficiencia y las barreras que impone la sociedad, entonces, ¿Quién es el discapacitado en realidad?

Existen diversas enfermedades que son tratadas como discapacidades, cuando se desconoce realmente su origen, su sintomatología, y sus tratamientos; pero, sobre todo, cuando se desconoce el impacto que produce el relacionamiento y los vínculos más cercanos, las oportunidades brindadas y la confianza otorgada.

La psicología por su parte, cumple un papel fundamental como agente articulador entre el modelo médico o rehabilitador (en cuanto a la tarea de observar síntomas, determinar diagnósticos y establecer diferentes tratamientos), y el modelo social (con

respecto a la concientización sobre el impacto que se produce mediante esta interacción de la sociedad con las deficiencias), buscando crear un contexto de flexibilización y armonioso en donde la convivencia se torne beneficiosa y de colaboración.

Así como el caso de Agustín, existen miles de historias, en las cuales es necesario el apoyo de todo el contexto que rodea y acompaña al individuo. Existen muchas y diferentes enfermedades y trastornos que no están muy visibilizados, por lo que la ignorancia de determinados aspectos puede llevarnos a cometer errores, a no actuar en consecuencia, a perder tiempo crucial....

Si bien esto hace referencia a un muy amplio espectro, tanto de enfermedades como de ámbitos y vínculos sociales, siempre hay un punto de partida por el cual se debe comenzar y ése, es el sentido de este trabajo. Por consiguiente, voy a comenzar el mismo, desarrollando un trastorno (que como tal surge del Modelo Médico) que se está dando a conocer más en nuestra contemporaneidad, pero del cual aún quedan muchas interrogantes por responder, y mucho trabajo por hacer desde la perspectiva de la Educación Inclusiva, en pro del Modelo Social: el TDAH.

TDAH

¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?

En la actualidad, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (de ahora en más TDAH), es una de las perturbaciones más corrientes de las cuales se habla desde la psicopatología infantil. Siguiendo a Orjales, I. (2020), manifiesta que el mismo puede exteriorizarse de tres formas diferentes, que serían los siguientes subtipos: “predominio déficit de atención, predominio impulsividad-hiperactividad y de tipo combinado” (p.72).

Tras haber pasado por varias nomenclaturas, desde el año 1902, cuando por primera vez George Still² lo describió, reconocidos médicos de la pediatría, neurología y psicología, han explicado que el origen de dicho trastorno se debía a diferentes alteraciones en el sistema nervioso, diversas lesiones cefálicas, traumatismos. (Carboni, 2011, p.96). Hasta que por fin se llega a la definición actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2014), el cual lo ubica dentro de los

² George Still (1868-1941) – Primer profesor de pediatría del Reino Unido, presentó una serie de conferencias en 1902, describiendo este cuadro con las características del hoy conocido como TDAH, denominándolo en ese momento como “Defecto del Control Moral”. [Historia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad e Impulsividad \(fundacioncadah.org\)](http://fundacioncadah.org)

Trastornos del Neurodesarrollo, junto a otras afecciones, caracterizados por deficiencias y limitaciones en áreas concernientes al aprendizaje, al control en las funciones ejecutivas e incluso afectando las habilidades sociales del individuo y la capacidad intelectual del mismo (p.61).

Veamos cómo se describe con exactitud el TDAH en el DSM-V (2014):

La característica principal del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad—impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. La inatención se manifiesta conductualmente en el TDAH como desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se deben a un desafío o a falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva (como un niño que corretea) cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos. En los adultos, la hiperactividad puede manifestarse como una inquietud extrema y un nivel de actividad que cansa a las otras personas. La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que crean un gran riesgo de dañar al individuo (p.61).

Analícemos ahora cada una de estas tres características del TDAH:

Inatención

Esta ocurre cuando las capacidades atencionales carecen de eficiencia. Por lo tanto, ¿Qué es la atención? Al decir de Carboni, A. y Barg, G. (2016), es uno de los procesos cognitivos más importantes, que juega un papel crucial para la percepción, la coordinación motora y la cognición, cumpliendo un rol extremadamente relevante como intermediario entre otros procesos cognitivos (p.90).

Continuando con estos autores, plantean que, además, la atención nos permite enfocarnos en uno o más estímulos relevantes, eliminando o ignorando aquellos irrelevantes, siendo por tanto un proceso selectivo. Sumado a esto nos facilita la obtención de concentración, al concedernos ese enfoque por un tiempo prolongado, así como también nos brinda la capacidad de alternar la focalización entre dos o más estímulos, o atender, en determinadas situaciones, dos estímulos simultáneamente (p.92).

Sohlberg y Mateer (1989), proponen el siguiente orden, denominado “Modelo Clínico de la Atención”, en donde dan a conocer los diferentes niveles jerárquicos atencionales y sus diferentes funciones (Ver anexo A):

Arousal, Atención Focalizada, Atención Sostenida, Atención Selectiva, Atención Alternante y Atención Dividida.

Hiperactividad

Consiste en el exceso de actividad. La misma se constituye en trastorno cuando está presente durante todo el día, por al menos una duración de 6 meses, e influye en la vida social de la persona, causando desajustes en los diferentes ámbitos en los que se mueve, tales como el trabajo y la escuela. (Mediavilla- García, C., 2003, p.555)

Según María Elena Sammartino (2007), “La hiperactividad suele acompañar otros síntomas: retraso escolar, trastornos de la memoria, disarmonías en el aprendizaje, dificultades de concentración y atención, conductas impulsivas y agresivas o procedimientos autocalmantes” (p.55).

Impulsividad

Se refiere a aquella “conducta en la que prevalece un componente motórico de inmediatez, un comportamiento que también está asociado a factores cognitivos o en el que predominan aspectos emocionales-temperamentales” (Villarejo Ramos, A., 2012, p.64). Es decir, se trata de reaccionar, sin pensar ni reflexionar, y, por tanto, no medir las consecuencias que ese comportamiento puede acarrear.

Etiología

Existen varios aspectos involucrados en la etiología del TDAH, no existiendo un único origen que lo genere. Es así, que podemos detallar las siguientes circunstancias, que pueden o no estar presentes en el inicio de este trastorno, así como también la fusión de dos o más de ellas, ya que ninguna de ellas per se es suficiente para su desarrollo.

Causas Ambientales

De acuerdo al DSM-V (2014): pesar menos de 1.5 Kg. al nacer, el fumar o beber alcohol durante el embarazo, dietas, maltrato infantil, negligencia, exposición a neuróticos (por ejemplo: plomo), diversas infecciones (p.62).

A estas causas ambientales, Mediavilla-García (2003) agrega las siguientes: hipoxia en el embarazo o en el parto, alergias a determinados alimentos, pobreza, situaciones familiares problemáticas, ausencia materna (p.557).

Causas Genéticas

Gillis (1992, citado por Orjales, I., 2000), indica que el TDAH posee una heredabilidad significativa (situada entre el 0.55 y 0.9), pudiendo considerarse un trastorno poligénico (p.72). Continuando en esta línea, Barkley (1997, citado por Orjales, I., 2000), menciona que se puede conjeturar que aquellos sujetos hijos de un progenitor con TDAH, cuentan con un 50% de probabilidad de desarrollar dicho trastorno (p.72).

Causas Neuropatológicas

Mediante técnicas de neuroimagen en la década de los '90, Biederman y Spencer refieren a estudios neuroanatómicos y funcionales, a través de los cuales se ha llegado a la conclusión de que la presencia de anomalías estructurales o funcionales en áreas frontobasales producen alteraciones conductuales. (Mediavilla-García, C., 2003, p.558).

Esta autora hace referencia también, a que Zametkin et al (1990) utilizó la tomografía por emisión de positrones (PET), descubriendo un "metabolismo reducido en el córtex premotor y prefrontal superior, en áreas parietales y temporales izquierdas, en estructuras rolándicas bilaterales y también en estructuras subcorticales como el tálamo, el caudado, el hipocampo y el cíngulo derechos" (Mediavilla-García, C., 2003, p.558).

Filipek et al (1997, citado por Mediavilla-García, C., 2003), realizaron el primer estudio con resonancia magnética en TDAH identificando las siguientes anomalías estructurales:

En primer lugar, los autores observaron volúmenes reducidos en el núcleo caudado izquierdo y córtex frontal anterosuperior derecho, hallazgo que indicaba una inversión del patrón normal de asimetría. En segundo lugar, detectaron volúmenes hemisféricos y ventriculares similares a los normales, lo que significaba que los resultados anteriores no se debían a una degeneración o atrofia. En tercer lugar, encontraron diferencias en distintas regiones según hubiera o no respuesta al tratamiento farmacológico (...) (p.558).

Gracias a estos y otros estudios realizados, es que se ha llegado a la conclusión de que el TDAH no es una atrofia cerebral, sino un trastorno o alteración en el desarrollo, que se origina durante el principio de la gestación, y que se acompaña de perturbaciones

ambientales sucedidas durante el segundo trimestre del desarrollo prenatal (Mediavilla-García, C., 2003, p.558).

Esto genera un funcionamiento atípico del cerebro, es decir, un funcionamiento diferente al habitual.

Orjales, I. (2000) considera que, la sintomatología intrínseca del TDAH, se personaliza, de alguna manera, en función de la educación recibida tanto por parte de la familia, como de la institución educativa. Es en este sentido, que, para dicha autora, la evolución y el pronóstico de aquellos niños diagnosticados con TDAH, son influenciados e impactados por diferentes aspectos como:

- Envergadura de dicho trastorno
- Exteriorización inicial de comportamientos agresivos
- Inmediatez del diagnóstico
- Idoneidad y éxito en los programas aplicados
- Características socio familiares
- Heredabilidad de TDAH por parte de uno o ambos progenitores
- Manifestación de dificultades en el aprendizaje que puedan estar asociadas
- Logros en los programas de control de conducta en los principales contextos
- Éxito en los procedimientos cautelosos ante las dificultades académicas (p.73).

De ahí que radica tanto la importancia del impacto que puede ejercer la función de las Instituciones, en el marco de la Educación Inclusiva en niños que presentan TDAH, lo cual nos convoca en el presente trabajo.

Diagnóstico y Sobrediagnóstico

En cuanto a lo que diagnóstico refiere, se abre un gran dilema, ya que el no diagnosticar un TDAH implica no actuar en consecuencia, pérdida de tiempo crucial, y el poder evitar grandes problemas a futuro. Por otro lado, existe la otra posición, contraria a ésta, que consiste en el sobrediagnóstico, cuando no se toman en cuenta datos muy relevantes del sujeto, que puedan estar causando síntomas que son característicos de este trastorno.

El diagnóstico del TDAH no es una tarea sencilla. De acuerdo al DSM-V (2014), se debe tomar en cuenta un “Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo...” (p.61). A continuación, detalla determinados síntomas que deben presentarse en cuanto a la inatención, hiperactividad y/o impulsividad, en donde especifica que, si el sujeto presenta 6 o más, manteniéndose durante (al menos) 6 meses, que no corresponden al

nivel de desarrollo esperado y que le afectan en las diferentes actividades que lleva a cabo, puede determinarse tal diagnóstico (American Psychiatric Association., 2014, p.61). (Ver Anexo B)

Para emitir el diagnóstico, según la autora Sammartino, M. E. (2007), la institución educativa se encarga de derivar al estudiante a un centro especializado, en donde le realizan una serie de cuestionarios a los padres y maestros, con preguntas que en verdad pueden resultar triviales, ya que, si tomamos en cuenta que dicho estudiante está allí por presentar una serie de síntomas, resultan casi obvias las respuestas que se obtendrán; a modo de ejemplo: “¿se levanta con frecuencia de su asiento?, ¿le cuesta concentrarse?, ¿tiene problemas para seguir instrucciones, mandatos o reglas?” (p.54).

Ahora bien, si tomamos en cuenta la inatención, todos sabemos que cuando algún problema nos mortifica o nos inquieta, se nos hace casi imposible poder concentrarnos en alguna tarea que queramos llevar a cabo. Por lo tanto, para tener en cuenta esta señal como síntoma para determinar un diagnóstico, se hace necesario, al decir de Muniz A., Crisóforo A. y Zeballos Y. (s.f.), conocer la situación que está atravesando el estudiante a nivel emocional y motivacional, conocer su historia singular y familiar. Las autoras mencionan diferentes tipos de situaciones que han padecido niños y niñas, que han sido diagnosticados con TDAH, cuando su sintomatología en verdad respondía a estas condiciones de vida, como, por ejemplo: determinadas clases de violencia (negligencia, abuso sexual), estados depresivos, estilos de vida de pobreza extrema con el estrés que esto conlleva, en fin, situaciones que naturalmente actúan en detrimento atencional (p.2).

Con respecto a la hiperactividad, es importante tener en cuenta que el exceso de movimiento es, en determinada edad, un comportamiento natural. Adicionalmente, tal como lo describe Cristóforo, A. (2015), también es una manera de expresar, un indicio del sufrimiento infantil, en cuanto a aquello que no se puede manifestar con palabras (p.61). Para poder entender estos comportamientos, se hace necesario poner en práctica una herramienta fundamental dentro de la psicología, que son los test gráficos, en donde el/la niño/a través del dibujo, pone de manifiesto su contexto.

Teniendo esto en cuenta, se abre aquí una gran disyuntiva en cuanto a diagnosticar deliberadamente, etiquetar ligeramente a los estudiantes, sin tomar en cuenta sobre lo que esto conlleva. Es muy delgada la línea que divide aquí entre diagnosticar correctamente un TDAH o acallar un trauma interno mediante medicalización que, como menciona Sammartino, M. E. (2007), el resultado sería “el

silencio, el sometimiento; un crudo ejercicio de violencia y dominación” (p.54), ya que, como continúa la autora, “...la globalización y el pensamiento único alcanzan también al sufrimiento infantil que puede acabar cosificado, banalizado, y transformado en objeto de consumo” (p.54).

Los autores Cruz, J. M. G., & Lajas, J. J. G. (2015) mencionan que no existe aún una prueba que articule la sensibilidad y especificidad necesarias, para que por sí misma se considere diagnóstica del TDAH (Cruz, J. M. G., & Lajas, J. J. G., 2015, El Diagnóstico del TDAH). Por tanto, dichos autores consideran que un diagnóstico se debe configurar una vez se hayan estudiado cada uno de los siguientes factores:

1. Observación de un patrón permanente en cuanto a los desajustes en la atención, hiperactividad e impulsividad, que generen interferencia en los diferentes contextos en los que el individuo se mueve (párr.1).
2. Conocer si existieron factores perinatales (ya mencionados anteriormente en causas ambientales) (párr.3).
3. Evaluación del contexto socio-ambiental actual, es decir, las condiciones y situaciones en las que vive (párr.4).
4. Evaluación clínica que incluya una completa anamnesis (conocimiento de situaciones previas al nacimiento hasta la actualidad). Exploración física y neurológica (párr.5 y 6).
5. Antecedentes familiares y posible comorbilidad (párr.7).
6. Aplicación de distintos instrumentos que evalúan la presencia del TDAH. Ejemplos: Escala de Conners³ (para padres y profesores), Escala de Magallanes⁴, acompañados de estudios neuropsicológicos (párr.8). (Ver Anexo C: esquema realizado por estos autores, sobre cómo sería el abordaje del TDAH desde que se plantea la sospecha de su existencia, hasta que finalmente se diagnostica y se trata).

Retomando a las autoras Muniz A., Crisóforo A. y Zeballos Y. (s.f.), las mismas dan a conocer un dato bastante relevante y preocupante que se dio en nuestro país, a la hora de diagnosticar el TDAH. Mencionan que el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en el año 2005 (y reiterado en los años 2010 y 2015), observó al estado uruguayo por contar con un sobrediagnóstico del TDAH, ya que no se tomaba

³ Creada por C. Keith Conners en 1969, aplicada en niños y adolescentes entre 6 y 18 años de edad. Consiste en un sistema de preguntas relacionadas con la conducta del sujeto, que aporta sistematización y cuantificación de rasgos, para ayudar a determinar el diagnóstico. (Narbona, A. F. R. J. - 1997)

⁴ Varias escalas que evalúan diferentes capacidades. EMAV Escala Magallanes de Atención Visual – (EMAV-1 – de 5 a 8 años) y (EMAV-2 – de 9 a 18 años). EMIC Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (de 6 a 11 años). ESMIDA-N Escala Magallanes de Identificación de Déficit de Atención en Niños. Entre otras.... (Vázquez-Justo, E., Piñón-Blanco, A., & Fernandes, S. M. - 2017)

en cuenta la situación particular de cada niño/a y su contexto, sólo se observaba la sintomatología, y se emitía el diagnóstico que se creía conveniente. Sumado a esta problemática, esta observación alude también a la excesiva prescripción de fármacos psicoestimulantes con las consecuencias nocivas que éstos conllevan (p.3).

Diagnóstico Diferencial

Debido a que muchas patologías presentan síntomas muy parecidos, para tratar de salir airoso en cuanto a esta encrucijada que se presenta entre el no diagnosticar un TDAH real, o, por el contrario, diagnosticar TDAH cuando en realidad no existe, es que se debe poner en práctica lo que se conoce como Diagnóstico diferencial. El mismo consiste en la integración de conocimientos teóricos y prácticos, diferentes exámenes y estudios, así como tomar en cuenta los síntomas y signos que presenta el paciente, para, luego de combinar todos los resultados, se pueda precisar la patología, estableciendo un diagnóstico correcto y, por tanto, definir el tratamiento más adecuado.

Tratamientos

Los tratamientos que se llevan a cabo para el TDAH, consisten en terapias cognitivo-conductuales y/o prescripción de fármacos, acompañados de diferentes estrategias que se pueden poner en práctica en los diferentes ámbitos en los que el/la niño/a se mueve cotidianamente.

La terapia cognitivo-conductual es, al decir de Pérez, M.R. (2015), un tratamiento muy eficaz cuando se centra en el/la niño/a, padres y escuela (p.46).

1. Según Olivares, Macià y Méndez, (1993, citado en Pérez, M.R., 2015) aquel que se centra en los padres brinda herramientas técnicas y teóricas para promover un mejor relacionamiento con su hijo/a, a fin de tratar los problemas que se están presentando y evitar futuros inconvenientes (p.46).
2. A continuación, DuPaul y Power, (2003, citado en Pérez, M.R., 2015) manifiestan que el que se centra en la escuela se rige mediante la capacitación y formación en cuanto a este trastorno refiere, ya que las estrategias y la implicación que el docente lleve a cabo en su tarea, serán de suma importancia para lograr los objetivos (p.46).
3. Finalmente, Macià, (2012, citado en Pérez, M.R., 2015) alude a la intervención en el/la niño/a como protagonista, aportando diferentes herramientas de autorregulación, que modifican cognitivamente su conducta, permitiendo su reflexión sobre sus limitaciones y logrando de esta manera, que tome una postura activa frente a su tratamiento (p.46).

Por supuesto, es importante destacar que gran parte del éxito en los tratamientos que se lleven a cabo, dependerá también de los sistemas de apoyo con los que cuenta el individuo. En este sentido, se observa nuevamente la tensión existente entre el Modelo Médico (ya que por un lado es un trastorno, el cual debe ser diagnosticado y tratado) y el Modelo Social (abocado a la eliminación de barreras que puedan existir, enfocando el cambio en la sociedad y no en el sujeto), ya que la colaboración que reciba por parte de los contextos en los que se mueve y los vínculos que mantiene, serán claves en el logro de los objetivos.

Con respecto al tratamiento farmacológico, de acuerdo a los autores Castellano, L. et al (2017), en un informe emitido por el MSP, el mismo consiste en el suministro de Metilfenidato⁵ (como opción más común) o Dextroanfetamina, que son fármacos estimulantes o Atomoxetina, el cual no es estimulante (p.2). Como todo medicamento, el mismo cuenta con contraindicaciones, que perjudican, a corto o largo plazo, la salud de quien lo consume. Continuando con Castellano, L. et al (2017), dentro de las reacciones adversas transitorias que produce, se puede encontrar: insomnio, cefalea, irritabilidad, disminución del apetito, nerviosismo, entre otras, que generalmente desaparecen a la primer o segunda semana de ser suministrado. En cuanto a aquellos efectos más nocivos, a largo plazo, se ha relacionado dicho medicamento con ejercer un efecto en el crecimiento (reducción de altura y peso) y una cierta envergadura a nivel cardiovascular (aumento de la presión arterial y desorden del ritmo cardíaco, que pueden derivar en muerte súbita) en niños/as (p.4).

Los nombres con los cuales se conoce comercialmente el metilfenidato en Uruguay son: Ritalina® (Importador: Scienza - Murry S.A., representante de Novartis S.A. Uruguay), Rubifen® (Importador: Servimed S.A.) y Concerta® (Importador: Johnson & Johnson de Uruguay S.A.)

En el caso particular de Uruguay, el metilfenidato está condicionado por la Ley 14.294, reglamentada por el decreto 454/76, que establece determinadas condiciones que regulan la exportación/importación, y el resto de los movimientos que dichas sustancias transitan desde su ingreso al país hasta llegar a manos del consumidor final (Castellano, L. et al, 2017, p.13). Además, dicho medicamento está incluido en la lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, al cual se encuentra adherido

⁵ Metilfenidato: "Potente inhibidor del transportador presináptico de la dopamina y en menor medida del transportador de noradrenalina. El bloqueo de la recaptura presináptica de dopamina, provoca el aumento de la concentración del neurotransmisor liberado de forma pulsátil en el espacio sináptico, aumentando su respuesta. Esto puede propiciar los procesos de control ejecutivo en la corteza prefrontal, disminuyendo los déficits en el control inhibitorio y en la memoria, reportados en niños con TDAH." (Sauceda García & Maldonado Durán, 2005) (Mardomingo Sanz, 2012) – Extraído de Castellano, L. et al (2017) (p.3).

nuestro país. Los medicamentos que se incluyen en esta lista, están sujetos a los siguientes rigurosos controles:

1. Deben ser proporcionados al paciente mediante receta médica.
2. Su fabricación, comercialización y distribución deben superar un sistema de certificaciones o fiscalizaciones.
3. Las empresas fabricantes, las instituciones hospitalarias y científicas que lo utilizan, están obligadas a realizar inventarios que den cuenta de sus entradas y salidas.
4. Presentación de ciertos formularios de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (Castellano, L. et al, 2017, p.12-13).

Continuando con estos autores, dan a conocer los resultados obtenidos en nuestro país, mediante una investigación realizada de las ventas totales de Metilfenidato en el período comprendido entre los años 2014/2016. La conclusión ha sido alarmante, ya que quedó en evidencia un incremento bastante importante, siendo el 2015 el año con mayores ventas registradas, pero tomando en cuenta, que las ventas del año 2016 fueron consideradas hasta el mes de octubre, representando dicha cifra el 84% de las ventas del año 2015, se puede inferir que el año 2016 habría cerrado con el mayor coeficiente obtenido de dicho estudio (Castellano, L. et al, 2017, p.15-19).

Referente a este resultado y a la propuesta que suscitan tras dicho estudio, sobre una futura investigación que arroje datos que den a conocer la duración de los tratamientos, los porcentajes por edad de pacientes que lo consumen, así como también de qué manera se distribuye en nuestro territorio, las autoras Muniz A., Crisóforo A. y Zeballos Y. (s.f.) sostienen qué tan leal pueda llegar a ser este registro, puesto que actualmente en nuestro país, el diagnóstico del TDAH no se realiza de manera interdisciplinaria (en su mayoría), sino que lo realizan generalmente los psiquiatras (infantiles y adolescencia) y neuropediatras (p.4).

Con respecto a esta problemática que representa la medicalización, no se puede dejar de mencionar un dilema que preocupa mucho a los sectores vinculados a la salud, como lo es la “Promoción de la enfermedad”, entendida como la expresión contemporánea utilizada para referirse a la estrategia utilizada por las compañías farmacéuticas para expandir su mercado, llamando la atención y describiendo diferentes trastornos y “nuevas” enfermedades, para ofrecer medicamentos que proveerán la cura. Incluso llegan a solventar gastos de seminarios, como sucedió en Barcelona, sobre dar a conocer el TDAH, el cual estaba dirigido a docentes, consiguiendo de esta manera, poner en mente que los síntomas presentados por los estudiantes, estarían relacionados con dicho diagnóstico (Sammartino, M. E., 2007, p.53-54).

Retomando a los autores Cruz, J. M. G., & Lajas, J. J. G. (2015), con respecto al tratamiento, los mismos refieren que siempre debe ser multidisciplinar, ya que es el que ha revelado mayor eficiencia. Esto es la combinación de terapia farmacológica, psicológica y psicopedagógica, con pediatras y neuropediatras, así como los actores del ámbito educativo, trabajando en pro de obtener una alianza terapéutica entre los diferentes profesionales y las familias, para obtener grandes logros. Dichos autores mencionan que tanto el tratamiento psicológico y/o pedagógico sin medicación, así como el tratamiento únicamente farmacológico, no serían suficientes, y terminarían en fracaso, ya sea en corto, mediano o largo plazo (párr.15).

En esta coyuntura, donde ya conocemos las características de este trastorno y como tratarlo a nivel profesional médico, así como la implicación que el contexto familiar juega en el éxito de dichos tratamientos, nos queda por conocer más en profundidad, el papel fundamental que desempeña en este recorrido la Institución educativa y todos sus actores.

Los individuos que presentan este trastorno, deberán construir su proyecto de vida, que dará sentido y dignificará su existencia, en donde será necesario trazarse objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, para lograr así un desarrollo autosuficiente, que le permitan independencia y libertad absolutas.

Hernández, O. D. (2006), referente a esto, menciona que:

El Proyecto de Vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del Proyecto de Vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad (p.3).

Este camino puede no ser fácil para nadie, pero en esta población en particular, es tarea específica de la Institución Educativa que su trayectoria escolar no sea una frustración constante, sino que, por el contrario, oficie como liberadora y propiciadora de aperturas a un futuro inspirador, prometedor y colmado de oportunidades.

En este sentido, es esencial el papel que la Educación Inclusiva juega en este aspecto, ya que la misma se centra en su propia transformación para proteger y apoyar

a todos los individuos en situación de vulnerabilidad para que, de esta manera, puedan ejercer su derecho humano a la educación.

Veamos entonces, en qué consiste la Educación Inclusiva, y cómo se trabaja con esta población en particular.

Un Nuevo Paradigma: Educación Inclusiva

¿A qué nos referimos cuando hablamos de Educación Inclusiva⁶? ¿Qué la diferencia de la Educación Tradicional?

A grandes rasgos, podemos decir que la Educación Inclusiva busca respetar el derecho de todos los individuos a recibir una educación digna, sin exclusiones, sin discriminaciones de ninguna índole.

La Ley General de Educación de nuestro país, N°18437 (Promulgada en el año 2008, y publicada en 2009), reconoce el derecho a la educación como un derecho humano fundamental, el cual es tarea del Estado proveer a todos y cada uno de sus habitantes, procurando proteger las trayectorias educativas.

En cuanto a la temática aquí tratada, dentro del Capítulo 2 de la misma, referente a los principios de la educación, el Artículo 8 establece lo siguiente:

Artículo 8: (De la diversidad e inclusión educativa).- El Estado asegurará los derechos de aquellos colectivos minoritarios o en especial situación de vulnerabilidad, con el fin de asegurar la igualdad de oportunidades en el pleno ejercicio del derecho a la educación y su efectiva inclusión social. Para el efectivo cumplimiento del derecho a la educación, las propuestas educativas respetarán las capacidades diferentes y las características individuales de los educandos, de forma de alcanzar el pleno desarrollo de sus potencialidades. (Ley N°18437 – Cap.2 – Art. 8)

En este sentido, estamos en presencia de un cambio de paradigma, ya que, a diferencia de la Educación tradicional, reconocida como segregadora, hablamos de no excluir ni “recluir” en Instituciones especiales a aquellos individuos que presenten alguna deficiencia o comportamiento diferente debido a algún tipo de trastorno, como, por

⁶ Se considera relevante diferenciar el motivo por el cual se utiliza el término Educación Inclusiva y no Inclusión Educativa. El primero pone el énfasis en la educación, por lo que refiere a todos los procesos institucionales vinculados a la formación educativa, asegurándose que se entienda y se cumpla el derecho equitativo e igualitario a la Educación Inclusiva (tema que nos convoca). El segundo pone el énfasis en la inclusión, refiriéndose al trayecto y desarrollo educativo cuya colectividad formativa promueve junto con el estudiante para que el mismo se sienta incluido en el aula (Colombo Lamas, A. P., 2018, p.5).

ejemplo, el TDAH. Por el contrario, se trata de incluirlos en las aulas comunes, para brindarles igualdad de oportunidades, pero respetando siempre las diferencias singulares de cada sujeto, ya que no todos aprendemos de la misma manera ni en los mismos tiempos. Estamos hablando por lo tanto del otorgamiento de equidad, en cuanto a brindar a cada uno aquello que necesita para lograr su cometido.

La Educación Inclusiva es, por lo tanto, un complejo y constante conjunto de desafíos, donde se originan cambios y adaptaciones a medida, en donde se pretende brindar atención personalizada, contemplando la diversidad y promoviendo a tope el desarrollo intelectual y social de cada individuo, ajustando, en la medida que se vaya haciendo necesario, aquellos elementos que potencien el máximo desarrollo posible.

Es, como lo define Colombo Lamas, A. P. (2018), una propuesta que considera “al sujeto en situación para pensar una propuesta acorde a sus tiempos y proceso de aprendizaje” (p.1), un camino que, está comenzando a recorrerse, pero en el cual queda mucho aún por transitar. La autora menciona luego que, si se analiza la educación media básica, se concluye que en la misma el objetivo es controlar, homogeneizar, y se concibe al estudiante como “un alumno a disciplinar y normalizar”, en donde las reglas intentan establecer los tiempos y espacios, excluyendo del sistema a los que no se acoplen a esta normativa (p.2).

Llegados a este punto, resulta casi imposible no pensar en el concepto de “Dispositivo”⁷ de M. Foucault, el cual representaría, en este contexto, a la educación tradicional, y funciona exactamente a la inversa de lo que promueve la Educación Inclusiva, ya que, además de lo desarrollado hasta ahora en cuanto a lo que la misma implica, cuenta con un trasfondo fundamental, en el entendido que la educación es liberadora, podemos afirmar que, adicionalmente desde el punto de vista ético y humanitario, el brindar las herramientas necesarias para que los individuos desarrollen al máximo su potencial, es, en definitiva, otorgarles una condición emancipatoria, en la cual puedan adquirir la autonomía requerida para llevar a cabo una vida adecuada. Es, en definitiva, respetar su subjetividad, dignificar su existencia y promover la creación de un proyecto de vida autorrealizador.

Con respecto al significado de este término, “proyecto de vida autorrealizador”, Hernández, O. D. (2006) menciona que:

⁷ Conjunto de prácticas (discursivas y no discursivas, articuladas entre sí), instituciones, leyes, medidas administrativas, instalaciones arquitectónicas, que inscriben en el cuerpo formas y modos de ser, producen subjetividad, con la finalidad de controlar, gobernar y orientar para brindar sentido “útil” a los pensamientos y comportamientos de los individuos. (Michel Foucault 1926-1984)

(...) estamos ubicando al individuo en el contexto de sus relaciones sociales cotidianas como entes transformadores y, por tanto, críticos, reflexivos, problematizadores y proactivos, capaces de dar nueva forma y encontrar nuevo sentido a las situaciones interactivas de su entorno, actividad profesional y vida personal. Las implicaciones de el enfoque de estas dimensiones de los proyectos de vida, para la práctica pedagógica, podrían resumirse en la consideración cotidiana en el aula de clases de los siguientes aspectos:

1. Educación integral para el desarrollo en la diversidad y la complejidad social, basada en la creatividad, la solidaridad y la dignidad humanas. La persona como sujeto crítico en su contexto grupal, escolar, comunitario y social.
2. La autodirección creadora de la persona y la problematización de la vida cotidiana. Sus implicaciones para el aprendizaje social y la acción moral. Mecanismos atribucionales, tensiones, conflictos, frustraciones y defensas en la construcción de niveles de armonía personal-colectiva en el trabajo grupal educativo.
3. (...) La escuela y la comunidad como espacios de investigación, construcción y ensayo de proyectos vitales para la autorrealización personal y colectiva.
4. (...) Transformación del currículo y procedimientos para la (re)construcción reflexiva-creativa sistemática de los proyectos de vida desde el contexto escolar-comunitario.
5. El desarrollo de los actores del proceso educativo como problema pedagógico, psicológico y social. El maestro como investigador-transformador y la co-gestión creadora de la comunidad educativa (p.10-11).

En nuestro país, al decir del Banco Mundial (2004, citado por Viera, A., & Zeballos, Y.,2014), la inclusión educativa tiene como precursor el Plan de Integración, llevado a cabo en el año 1987, en el cual, con la colaboración de una maestra itinerante formada en discapacidad, se integraba a las aulas comunes a aquellos estudiantes que asistían a educación especial (p.245).

La ANEP (Administración Nacional de Educación Pública), es quien se encarga de avanzar en materia de políticas públicas educativas, y si bien en la actualidad cuenta con un protocolo de inclusión, la educación especial continúa presente y aquellas escuelas especializadas en educación especial, que funcionan como centros de recursos, continúan ampliando su matrícula.

A su vez, desde el año 2015, por resolución N°46 del CODICEN (Consejo Directivo Central), Acta 15, funciona la Dirección Sectorial de Integración Educativa, cuya función es tensionar el sistema (principalmente en educación media), con el propósito de lograr la continuidad educativa de todos los estudiantes, a través del Sistema de Protección de Trayectorias y el Área de Educación Inclusiva.

Concepto de Inclusión

Antes de proseguir y adentrarnos en este tema, resulta oportuno conocer cómo ha sido la evolución de este término.

En principio, comenzó a utilizarse el término “integración”, el cual consistía en unir a un grupo a aquellos estudiantes con deficiencias, centrando el cambio y la adaptación en ellos.

En los últimos 60-70 años la construcción y el progreso del concepto de inclusión, de acuerdo a Acedo, C., & Operti, R. (2012), ha atravesado las siguientes cuatro ideas a nivel nacional e internacional que han pretendido entender cómo se comprenden y funcionan las políticas y las prácticas educativas (p.11-12).

1. La primera idea tiene que ver con conceptualarlo como cimiento de la práctica educativa promulgada en 1948 con la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (p.12).
2. En segundo lugar, se centraron en el proceso de mejora de las condiciones de los estudiantes catalogados como con necesidades educativas especiales, influenciados por la Declaración de Salamanca en 1994 (p.12).
3. En el año 2000, en el Foro Mundial sobre la Educación en Dakar, se produce la tercera idea de este concepto trasladando su importancia a todos los que se encuentran excluidos de la sociedad (p.12).
4. Por último, en el año 2006, la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU, en su artículo 24 “refiere a un sistema inclusivo de educación como uno que asegure el derecho a la educación

de personas con discapacidades a todos los niveles y dentro de una perspectiva de aprendizaje a lo largo de toda la vida” (p.18), siendo ésta la cuarta idea, fue ratificada por Uruguay en 2008.

El término de Educación (en solitario), debería ser un objetivo a futuro, que abarque a todos en la misma medida, sin ningún adjetivo que refiera a grupos que se encuentran adentro/afuera (inclusión/exclusión).

Ya que, como lo entienden Flores, M. J., Sánchez-Hernández, Y., & Deocano, Y. (2020):

La educación es uno de los pilares fundamentales en los que se sustenta el crecimiento de nuestra sociedad. Es la llave de apertura al conocimiento, el cual, no se restringe únicamente al ámbito escolar, sino que abarca todo nuestro proceso de crecimiento, en el que estamos expuestos a un caudal de información procedente de múltiples contextos, siendo una parte esencial de la sociedad que varía en función de la época y sobre la cual influyen diversas variables (p.483).

Los autores manifiestan que es absolutamente necesario que la educación avance en concordancia con los cambios que la sociedad va experimentando, para lograr una suficiencia absoluta, dejando atrás ese formato curricular de la escuela existente en la antigüedad, que, por supuesto, frente a la velocidad con que se producen en la actualidad cambios a nivel social, político y económicos, y la progresiva multiplicidad que avanza con respecto al alumnado, se vuelve totalmente obsoleta (Flores, M. J., Sánchez-Hernández, Y., & Deocano, Y., 2020, p.483-484).

Modus Operandi

Existen dos herramientas fundamentales que guían lo que hoy conocemos como Educación Inclusiva, que marcan el camino a transitar, siendo las mismas la Guía Index y la Tutora Mandela.

Guía Index

Tuvo su primera publicación en el año 2000, la cual se elaboró a lo largo de 3 años, en donde cooperaron profesores, padres, dirigentes e investigadores, que habían experimentado la fomentación del desarrollo inclusivo en instituciones educativas. Siendo elaborada en instituciones escolares inglesas, y traducida a 37 idiomas, se emplea en muchos países, en centros de primaria, secundaria y de educación especial,

así como para países del sur con escasez económica (Booth, T. & Ainscow, M., 2015, p.9).

La misma es un trabajo realizado por los profesores Tony Booth y Mel Ainscow, en donde establecen una serie de valores y normas éticas, que entienden, de alguna manera, inherentes a la Educación Inclusiva, brindándoles, en este sentido, una valiosa orientación a los docentes, como agente impulsor principal en el proceso de aprendizaje, así como a los diferentes actores que conforman las instituciones educativas, en el arduo desafío que conlleva esta noble tarea, no olvidando tampoco a la familia y la sociedad toda.

En esta Guía se detallan tres conceptos claves, que dirigen en cierta medida, todo lo investigado hasta el momento en cuanto a Educación Inclusiva refiere, para continuar en este trayecto y poder implementar los cambios que se vayan haciendo necesarios, ya que este trabajo, señoras y señores, es una tarea sin final.

Estos conceptos son, al decir de Booth, T. & Ainscow, M. (2015):

1. Barreras al aprendizaje y la participación

Hace referencia a reemplazar la triste etiqueta que se otorga a determinados estudiantes como “con necesidades educativas especiales”, (en donde se enfocan en su deficiencia o discapacidad como su limitación, llevando a desconocer las barreras existentes en los sistemas a los que acuden y los vínculos que los rodean), por el de “con necesidades educativas individuales”, deconstruyendo, de esta manera, la discriminación institucional a la cual alude la primera, ya que estas acepciones influyen directamente en cómo se concibe a los individuos, qué trato se les brinda, creando barreras en la trayectoria educativa que recorrerá y empeorando las consecuencias a futuro que todo esto acarrea (p.44-47).

2. Recursos para apoyar el aprendizaje y la participación

Alude a la puesta en práctica de diferentes recursos que permitan derribar esas barreras que se alzan frente a lo antes mencionado. Los autores hacen referencia a que un recurso fundamental se crea cuando todos los actores de la institución conocen y comparten los valores inclusivos y trabajan en conjunto con un mismo objetivo. Mencionan también que, así como las barreras, los recursos están presentes en todos los aspectos institucionales, en todos sus actores, estudiantes, familias, comunidad toda (p.47-48).

3. Apoyo a la diversidad

Entiende que el “apoyo” brindado, es el conjunto de actividades que se lleven a cabo de manera de otorgar equidad a todo el alumnado, para conseguir explotar al máximo su potencial, respetando, de esta manera la diversidad del mismo. Dentro de estas actividades, están incluidos los dos conceptos anteriores, y como éstos, incluyen a todos los actores que forman parte de la Institución educativa (p.48).

Tutora Mandela

A nivel de la educación media básica, es un término asignado desde el año 2023, y refiere a esa figura formativa catalogada con cierta eminencia en cuanto a Educación Inclusiva, la cual está encargada de dirigir, estimular y encauzar a las comunidades educativas, tanto en el salón como en todos los espacios de la institución, para llevar adelante las acciones necesarias en clave de Educación Inclusiva. Dicho recurso se denominó en su origen como Red Mandela (año 2014), y deben su nombre en honor a Nelson Mandela⁸. Contaba en ese entonces, con el Aula Mandela que, basándose en el cambio de paradigma de discapacidad, el Consejo de Educación Primaria entiende que la responsabilidad en cuanto a la presencia, la permanencia, la participación y el desarrollo de los potenciales de los individuos, es colectiva, por lo que se emprende este proyecto que une en una misma aula, a la “Educación especial” con la “Educación común”, aplicando diferentes estrategias y recursos que posibiliten la adquisición de aprendizajes para todos, respetando sus diferencias. (CES, s.f.-b)

En Primaria comenzó con el nombre de “Red de escuelas y jardines de infantes inclusivos Mandela”, y en Secundaria “Hacia los liceos Mandela”.

Estos liceos, en la actualidad, cuentan con una docente Tutora Mandela, la cual cuenta con una determinada cantidad de horas semanales en la Institución, para ejercer su labor, que consiste en brindar una atención personalizada, mediante la aplicación de diferentes estrategias y adecuaciones, o del DUA (Diseño Universal de Aprendizaje).

Entre las tareas comunitarias que realizan, está la planificación de diversos proyectos desde un enfoque competencial, presentados por los Liceos participantes, que apunta a la transformación curricular. Dicho encuentro de desarrollo profesional docente, se llevó a cabo este año el 3 de Julio, con más de 100 asistentes, en donde se presentaron las prácticas en formato DUA, exponiendo cada Liceo su proyecto con sus

⁸ Nelson Mandela (1918 – 2013) – Primer presidente negro de Sudáfrica. Defensor de los derechos humanos, cuyo pensamiento estuvo siempre encausado a la lucha contra la discriminación y en la promoción del ejercicio de la igualdad.

características específicas. (<https://www.ces.edu.uy/index.php/noticias/38528-fructifera-jornada-de-intercambio-de-practicas-en-clave-de-educacion-inclusiva>)

El propósito de dicho recurso se centra en eliminar las barreras presentes en los sistemas educativos, que impiden el correcto desarrollo académico de aquellos individuos que, por alguna razón, son señalados como discapacitados, o con necesidades especiales. Se trata de transformar y adaptar la metodología de trabajo de las instituciones educativas, de manera que las trayectorias de todos sean protegidas otorgando las necesidades que cada uno, en su diferencia, requiera. A través de capacitaciones otorgadas a los docentes para este nuevo desafío, se trata de brindar las herramientas que faciliten el aprendizaje de acuerdo a los tiempos y formas que cada uno exige, para poder así, desarrollar al máximo su potencial, y hacer efectivo su derecho a la educación como ser humano que es. Además, se trata de que entre aquellas instituciones que componen esta red, compartan y articulen toda la información que van adquiriendo en este proyecto en común, para compartir conocimientos y poder así utilizarlos en beneficio de todos los actores que forman parte de las organizaciones. (<https://pcentrales.anep.edu.uy/dispositivos/ceip/red-de-escuelas-y-jardines-de-infantes-inclusivos-mandela>).

¿Qué son las Barreras?

Antiguamente, en el Modelo Médico, la discapacidad era un problema de la persona que presentaba alguna deficiencia, y, por lo tanto, se la trataba a los efectos de modificar aspectos de esa persona para lograr determinados avances e inclusión en la sociedad. Hoy en día, con el Modelo Social vigente, la idea de barreras refiere a un concepto interactivo, ya que la misma se produce en la interacción de esa persona con el sistema educativo y la sociedad en general, en las infraestructuras, en las mentalidades y conductas, por lo tanto, el enfoque está en adaptar, preparar y transformar la sociedad para abarcar a todos los individuos por igual.

Desde la perspectiva de la Educación Inclusiva, para comprender el concepto de barreras, los autores Booth, T. & Ainscow, M. (2015) mencionan que:

Cuando los estudiantes encuentran “barreras” se impide el acceso, la participación y el aprendizaje. Esto puede ocurrir en la interacción con algún aspecto del centro escolar: sus edificios e instalaciones físicas, la organización escolar, las culturas y las políticas, la relación entre los estudiantes y los adultos o en relación con los distintos enfoques sobre la enseñanza y el aprendizaje que mantiene el profesorado. Las barreras también se pueden encontrar fuera de los límites del centro escolar, en

las familias o en las comunidades y, por supuesto, en las políticas y circunstancias nacionales e internacionales (p.44).

En primer lugar, el trabajo de la Educación Inclusiva consiste en identificar aquellas barreras presentes en las Instituciones, para poder trabajar en la minimización y eliminación de las mismas, de manera que aquellos individuos en situación de vulnerabilidad puedan obtener más oportunidades de desarrollar sus destrezas intelectuales (Covarrubias Pizarro, P., 2019, p.147).

Continuando con este autor, el mismo propone la siguiente clasificación de las barreras, la cual se alinea en las tres dimensiones establecidas por Booth y Ainscow (2015), tomando en cuenta los aportes de diversos autores, para colaborar en clarificar esta temática:

1. Barreras Culturales: Son ideas, conductas, convicciones, vínculos, que determinan de qué manera actúan con aquellos individuos que tienen una condición especial, y se consideran difíciles de eliminar o cambiar. Éstas a su vez, se dividen en: Actitudinales (predisposición a interactuar de determinada manera con alguien, ya sea a favor o en contra) e Ideológicas (ideas o convicciones, ya sea individuales o colectivas, que orientan a la emisión de juicios de valor o críticas) (p.146).
2. Barreras Políticas: Normas y leyes que rigen la existencia de las Instituciones. Las acciones que se toman para favorecer la inclusión atendiendo a toda la diversidad. Comprende capacitaciones, profesionalización docente, autoridades administrativas, organización del sistema educativo. (p.147).
3. Barreras Prácticas: Se dividen en: Barreras prácticas de accesibilidad (se refiere a la infraestructura que puede impedir el acceso y participación de los estudiantes en condición de vulnerabilidad) y Barreras prácticas de didáctica (son los procedimientos de enseñanza, las metodologías utilizadas, el aprendizaje, las diferentes actividades desarrolladas, los vínculos con las familias.) (Covarrubias Pizarro, P., 2019, p.147).

Continuando con este autor, el mismo detalla los diferentes contextos en los cuales se pueden encontrar las barreras:

1. El aula: Dentro de la escuela inclusiva se prioriza la atención a la diversidad en el aula; por tanto, es el primer contexto en el cual se deben identificar barreras para el aprendizaje y la participación. El aula es el espacio en donde se conjuntan procesos

de enseñanza, de aprendizaje, evaluación, interacciones, agrupaciones, colaboración, redes, entre otros.

2. La escuela: La transformación de las escuelas en centros inclusivos requiere de un contexto en el que todos los miembros participen y colaboren desde la organización hasta los mecanismos de trabajo colaborativo. El tipo de escuela que se tenga y la dinámica que se establezca entre autoridades, personal docente y de apoyo, especialistas, padres y madres de familia determinará en gran medida los procesos de aprendizaje de todo el alumnado.
3. La familia: La participación activa, informada y coordinada con la familia del alumnado es fundamental para el logro de la inclusión educativa, ya que este contexto en el que se desenvuelve el alumno/a puede estar generando barreras para el aprendizaje y la participación. El núcleo familiar –sea cual sea la conformación de la misma– es un ámbito en el cual se puede intervenir con acciones que emanen desde la escuela misma.
4. La comunidad: Uno de los contextos que pueden estar fuera del alcance de las y los docentes es la comunidad en general; no obstante, se requieren procesos de gestión y vinculación para detectar y eliminar las barreras que puedan generarse en este ámbito. El entorno social, económico y cultural que rodea el centro escolar, y por ende a la población de alumnas y alumnos, puede determinar las posibilidades de desarrollo de los mismos (Covarrubias Pizarro, P., 2019, p.148).

Si bien este es un camino que ha comenzado a recorrerse, aún cuenta con muchas dificultades, muchas grietas que recubrir, fuertes debilidades que hace falta fortalecer para lograr el objetivo trazado.

Un Largo Camino por Recorrer

Carlos Skliar⁹ mencionó en la 4^{ta} Jornada Presencial del Curso de Formación “Educación Inclusiva: Un camino a recorrer”, que en términos generales de la educación resalta “una “rara sensación de soledad” donde los educadores se encuentran solos defendiendo la importancia de la educación mientras que no hay una clara presencia política, y, sin embargo, se sigue subrayando la importancia de la Educación.” (ANEP DGEIP, 2017, p.23).

⁹ Nacido en Argentina el 27 de junio de 1960, Carlos Skliar es docente, investigador, fonoaudiólogo y escritor. Ha publicado muchas obras en donde realiza invaluable aportes en la temática de la educación especial, siendo reconocido internacionalmente por su compromiso formativo con las diferencias. (Carlos Skliar, s.f)

En este sentido, es importante cuestionarse entonces, qué apoyo están recibiendo los docentes para poder llevar adelante esta noble tarea. ¿Se les está brindando la capacitación requerida y necesaria, para que, como agentes impulsores extremadamente implicados en el proceso de aprendizaje, cuenten con las herramientas esenciales e indispensables?

Recordemos que, tomando en cuenta todos los aspectos que se han desarrollado, y hablando específicamente del TDAH, tema que nos convoca, los docentes deben estar preparados, en primera instancia, para reconocer en el alumnado aquellas señales y comportamientos que lo caracterizan, dar a conocer estos aspectos y comenzar un trabajo conjunto entre Institución y familia, para que, mediante un especialista formado para ello, se pueda llegar a un diagnóstico confiable y de esta manera, comenzar con el tratamiento más adecuado.

Una vez diagnosticado el/la estudiante, el docente debe contar con la capacidad de brindar un acompañamiento que sea apropiado a las características individuales de cada uno, reconociendo cada dificultad en particular, y la forma más ajustada de impartir los aprendizajes, respetando cada singularidad en un mar de diversidades.

Llevar a cabo esta tarea de manera satisfactoria requiere, entre muchas otras habilidades, contar con: empatía, ternura, respeto, compromiso, valores, tiempo, paciencia, profesionalismo en cuanto al conocimiento de herramientas y estrategias que se deben poner en práctica para lograr los objetivos de aprendizaje propuestos. Debe cumplir el rol de una figura que acompaña y comprende, a la vez que articula, promoviendo los vínculos entre todos los involucrados en el aula y en la Institución toda, promocionando con su instrucción una disciplina de aceptación a la otredad, base fundamental que requiere implementación ipso facto que permitirá la construcción de una cultura del cuidado a mediano y largo plazo.

Más allá de todas estas características, el docente debe contar con el apoyo absoluto de la Institución, la cual debe estar preparada para atender estas diversidades. López, Echeita y Martín (2009, citado en Estévez, B., & León, M. J., 2014), manifiestan que “el perfil docente que predomina en las aulas es segregador (...) aboga por los aprendizajes homogéneos en las aulas, y la atención especializada en aulas ajenas a la ordinaria” (p.7).

Mancebo (2010, citado por Zeballos Fernández, Y., 2015), menciona que los docentes deberían recibir una determinada formación para ser agentes de Educación Inclusiva, dentro de lo cual:

(...) acepten al diferente y reconozcan que las personas pueden recorrer diversas trayectorias académicas, tomen conciencia que la desigualdad puede operar como una verdadera trampa para el ejercicio docente, asuman plenamente que los procesos de enseñanza y aprendizaje requieren un fuerte componente afectivo (...) (p.56-57).

Frente a esta barrera de docentes segregadores, Macarulla y Sáiz, (2009, citado en Estévez, B., & León, M. J., 2014), sostienen que, para impugnar esta actitud, es relevante contar, tanto en el aula como dentro del centro y entre Instituciones, con una metodología cooperativa, la cual será la “estrategia que va a favorecer el cambio de mentalidad, la implicación y la creencia en la inclusión” (p.7).

Zeballos menciona que hay una relación directa entre las expectativas que tiene el docente, frente al rendimiento que lleve a cabo el estudiante; por lo que resulta extremadamente relevante cómo concibe a la infancia con discapacidad, ya que sería interesante que mantenga altas expectativas para todos sus estudiantes (Zeballos Fernández, Y., 2015, p.59).

Viera, A., & Zeballos, Y. (2014) consideran que una acción fundamental para impulsar la Educación Inclusiva en nuestro país, es una apropiada formación de los docentes. Mencionan que “a partir del segundo semestre del año 2014 se abrirá una Especialización en Inclusión Social y Educativa, en convenio ANEP/Facultad de Psicología, focalizada en la formación de docentes” (p.253).

Se podría inferir, por lo tanto, que este proyecto no pudo realizarse en la medida esperada, ya que retomando a Skliar, con respecto a esta falta de apoyo a los docentes a la que hace alusión, se citan las palabras de la Inspectora Nacional de Educación Especial, la Sra. Alejandra Clavijo, quien en una entrevista otorgada a El País dijo:

La principal medida de la reforma educativa en materia de inclusión es extender los **cursos de formación y capacitación para las maestras**. Esto es un gran debe del sistema, porque en los últimos 15 años casi no se brindaron estos cursos (Beer, M., 2022).

En la actualidad, en nuestro país hay un total de 83 centros especializados, que acogen NNA¹⁰ con diferentes discapacidades. Si bien dentro de los propósitos de la reforma educativa está previsto reforzarlas, agregar talleres ocupacionales y preocupacionales, así como también se amplió el presupuesto que se les brinda para

¹⁰ NNA: Niños, Niñas y Adolescentes. Término inclusivo que sustituye el genérico “niños”.

equipamientos y materiales, no se conjetura sobre la creación de nuevos centros de este tipo ya que justamente el objetivo principal de la Educación Inclusiva es incluir en el aula regular a todos por igual (Beer, M., 2022).

Haciendo un paréntesis en este punto, quiero resaltar un dato revelador, ya que, en el corriente año, las inscripciones a los centros de Educación Especial registraron un aumento con respecto a años anteriores llegando a un total de 6000 inscriptos (Beer, M., 2023). Este aumento, de acuerdo a lo expresado por Alejandra Clavijo, se atribuye a la pandemia del Covid-19, por lo que ha sido necesario el aumento de intervenciones pedagógicas, principalmente en población autista y se abarcan más dispositivos por estar desarrollando un sistema híbrido (por la mañana acuden a escuela común, y en la tarde a una escuela especial) y como abarcan clases, talleres y acreditaciones han llegado a la cifra de 11.000 estudiantes entre niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad (Beer, M., 2023).

No obstante, las palabras con las que continúa Graciela Fabeyro, Directora General de Educación Inicial y Primaria, no son muy alentadoras en cuanto al objetivo anhelado: “(...) la inclusión educativa está muy lejos de lograrse porque son cambios que llevan años e implican muchos costos, por lo que las escuelas especiales continuarán siendo centrales” (Beer, M., 2022).

En este sentido se observa cómo dentro del propio sistema existen tensiones que, por una u otra razón, están jugando en menoscabo de lo planificado con la reforma educativa. Son discrepancias sustanciales, dicotomías que están afectando primero y principal a los NNA que están en situación de vulnerabilidad, como a los docentes, que son quienes están en vínculo directo con ellos y sus familias, tratando de aportar lo mejor de sí, y siendo la cara visible ante los reclamos de las fallas que el sistema aún no puede solucionar.

Esta divergencia queda en evidencia cuando el DUA, en palabras de Mercedes Viola, fundadora de Proedu (educación inclusiva de calidad), apuesta a cumplir con los designios que propugna la Educación Inclusiva, cuando menciona que: “como sistema tenemos las bases muy arraigadas a un modelo anterior que homogeniza la educación (...), pero es necesario romper las paredes del aula y que las maestras trabajen colectivamente” (Beer, M., 2022), mientras está en desacuerdo con la idea que proponen Lucía Ancle (magíster en Neuropsicología y Neuroeducación) y la ANEP, quienes sostienen que las escuelas especiales son fundamentales por lo que no ven viable que las mismas dejen de existir, ya que consideran que en ellas, los NNA con

discapacidad pueden sentirse más contenidos y en un ambiente más confortable (Beer, M., 2022).

Una Cultura del Cuidado

Este tema se torna muy sensible en cuanto a la promoción de una cultura ético-humanitaria, entendida como la ecuanimidad de oportunidades en consonancia con la empatía necesaria para ponerse en el lugar del otro y comprender sus necesidades, a fin de poner en práctica los menesteres y mejorar la existencia de todos y cada uno.

Educar es cuidar, y con respecto a esto, Mercedes Álvarez (2021) menciona que:

No hay educación sin cuidado ni cuidado sin educación. Son nociones que se encuentran íntimamente relacionadas; sería muy difícil poder concebir una sin la otra. Son prácticas sociales inseparables y necesarias para el desarrollo pleno e integral de todo niño, niña y adolescente. En este sentido, toda actividad educativa implica acciones de cuidado y, a su vez, todas las acciones de cuidado poseen en sí mismo un valor educativo. La institución escolar es uno de los espacios más valiosos para ofrecer y recuperar sentidos, resignificar el encuentro y la palabra, y poner en valor la afectividad y el cuidado. (<https://educrear.com.ar/es/columnas-de-opinion/educar-desde-el-cuidado/>)

En consideración a esta cultura del cuidado, y retomando a Carlos Skliar, resulta extremadamente relevante trasladar sus palabras en cuanto a la eximia tarea que pueden y deben cumplir la Institución Educativa y todos sus actores, en especial los docentes, cuando se trata de enfatizar en la inclusión, ya que esta experiencia que allí se produce, impactará directamente en el resto de la vida de los NNA, menciona que:

*La escuela es el único y último lugar donde todos los niños pueden encontrar y cambiar su destino. Descartando la creencia de que hay un destino natural predeterminado para cada persona, plantea que la escuela tiene sentido cuando puede multiplicar u ofrecer nuevos y múltiples destinos, que no sean el inicial de cada niño. Ofrecerles a los niños otras posibilidades, crear igualdad entre todos sin importar el ambiente familiar de origen. Según él, *Incluir es tomar a todos por igual, y enseñarles lo mismo sean quienes sean.* En este sentido, el maestro es una figura de alteridad, que cuestiona, interrumpe el proceso natural de pensamiento, quien enseña *no el objeto, sino la relación con el objeto.* No*

la lectura, sino la pasión por la lectura. El maestro es, según Skliar, una figura de generosidad, alteridad, y de tiempo (ANEP DGEIP, 2017, p.25).

En concomitancia con estas palabras, y retomando nuevamente palabras de Mercedes Álvarez (2021), la autora plantea las siguientes preguntas que los docentes deberían tener en cuenta a la hora de ejercer acciones en pro de la cultura del cuidado:

¿Qué lugar le damos como adultos a la construcción del vínculo con los y las estudiantes? ¿Desde dónde los miramos y nos relacionamos con cada uno de ellos? ¿Con qué gestos los recibimos? ¿Qué lugar le damos a los intereses, necesidades y opiniones de los chicos y las chicas en las propuestas escolares? ¿Sabemos qué les preocupa, qué necesitan y qué motiva a nuestros estudiantes? (<https://educrear.com.ar/es/columnas-de-opinion/educar-desde-el-cuidado/>)

Estas preguntas resultan cruciales para reflexionar sobre el accionar y desde qué lugar se plantea el rol docente, para comprender el motivo de los resultados que se obtienen en el vínculo afectivo, y por supuesto, en lo que refiere a logros académicos.

Aparece en este sentido, una figura clave en la Institución Educativa, cuyo rol se centra justamente en promover estas reflexiones y buscará minimizar y/o eliminar todas las barreras existentes, promoviendo el compromiso de todos los actores que conforman el entorno en el cual se desplaza el/la estudiante, centrándose en hacer posible la apertura al camino del Modelo Social.

El rol del Psicólogo en la Institución Educativa

Nuestra hermosa disciplina, la Psicología, tiene como objetivo el intentar comprender al ser humano, el porqué de su actuar, las interacciones y vínculos que sostiene en sus diferentes contextos y como éstos influyen en sus sentimientos y emociones, para de esta manera, entender su interpretación frente a los problemas que acarrea, y brindar, en este sentido, un tratamiento adecuado en pro de beneficiar y mejorar su situación.

Cuando hablamos de esta hermosa tarea, específicamente en el ámbito educativo, hacemos referencia a que el rol que ocupa el psicólogo en la educación es el de facilitador en el relacionamiento de los diferentes actores que forman parte de la Institución educativa. El psicólogo ocupa también un lugar de entera confianza para el estudiante, quien se siente escuchado y contenido cuando debe expresar su sentir, pudiendo, de esta manera, ser libre de hablar en un ámbito de confidencialidad. De acuerdo a Arvilla Ropain, A., Palacio Orozco, L. & Arango Gonzáles, C. (2011), el

psicólogo educativo se encarga, entre otras cosas, de buscar soluciones a los problemas de NNA y adultos, oficia de guía a directivos y docentes sobre el uso de determinadas estrategias, propicia espacios de creatividad mediante técnicas motivacionales, brinda charlas y talleres orientados a la formación e implicando a la familia en los diferentes propósitos académicos. (p.259-260).

Pero, ¿qué función cumple cuando hay necesidades educativas individuales?

En este aspecto, y tomando en cuenta el tema que nos convoca, el rol que tiene el psicólogo es fundamental, es un constante desafío, ya que, como agentes de la salud mental, nuestra tarea es aportar desde nuestro lugar, aquello que haga la real diferencia entre lo que es la educación tradicional y lo que promovemos como Educación Inclusiva. De esta manera, la finalidad, es propiciar entornos agradables y de apertura educativa para todos aquellos que acuden a instituciones, independientemente de cuál sea su situación, ya que eso no debe influir en el trato que se brinde, ni las oportunidades a las que acceda.

En este sentido, dentro de las funciones específicas que debe cumplir el psicólogo, se encuentran: proponer estrategias que faciliten la afloración de las diferentes potencialidades de aquellos estudiantes que tienen necesidades educativas individuales, interactuando con los directivos, docentes, familias. Continuar colaborando con la investigación que permita conocer más a fondo las problemáticas. Diagnosticar y proponer los tratamientos adecuados a las diferentes dificultades que se presentan (Arvilla Ropain, A., Palacio Orozco, L. & Arango Gonzáles, C., 2011, p.260).

Al decir de Cruz, J. M. G., & Lajas, J. J. G. (2015), mediante la psicoeducación absoluta, progresiva y singular, dirigida a pacientes, familiares y docentes, se debe brindar información sobre dicho trastorno, en cuanto a cómo se manifiesta, qué problemas y complicaciones a futuro puede favorecer, cómo se puede tratar, y abordar diferentes estrategias, que cada uno desde su lugar, puede poner en práctica para propiciar mejores resultados (párr.17 y 19).

Continuando con estos autores, mencionan que el entrenamiento para padres, tiene como objetivo el prepararlos para dirigir aquellos inconvenientes a nivel conductual y emocional que presentan sus hijos/as, a través de la aplicación de técnicas de modificación de comportamiento, para favorecer aquellas que están siendo adecuadas, mejorar las que no son apropiadas, y poder evitar situaciones conflictivas que se puedan dar a futuro. Este entrenamiento, es un trabajo que se puede llevar a cabo de manera singular o grupal (Cruz, J. M. G., & Lajas, J. J. G., 2015, párr.17), y es, precisamente,

una tarea que le correspondería al psicólogo en el ámbito educativo también, al trabajar con las familias de los estudiantes que presenten este trastorno.

Estrategias que Pueden Ayudar en el Aula

Referente a determinadas estrategias que pueden ejercer un buen resultado en el aula, las autoras Estévez, B. E., & Guerrero, M. J. L. (2015), proponen las siguientes medidas institucionales, las cuales, mencionan, se basan en aportes de “Carbone (2001), González Carro (2011) y STILL (2013)”, y tienen como finalidad potenciar la atención, así como también regular la actividad motora:

- Ubicar el lugar físico del NNA en primera fila y distanciado de ventanas y/o papeleras que puedan ejercer distracciones.
- Colocarlo cerca del escritorio del docente para lograr comunicación más fluida, a la vez de que se sienta más confiado al momento de necesitar ayuda.
- Rodearlo de aquellos compañeros que lo motiven y le contribuyan positivamente.
- Disponer de un sector en el aula en donde no haya estímulos visuales ni auditivos para bajar revoluciones en momentos en que esté sobrecargado de excitación, así como permitir el movimiento y que pueda tranquilizarse.
- Promover actividades que requieran movimiento, para que de alguna manera los NNA con TDAH puedan circular mientras aprenden (p.92-93).

Adicional a estas medidas, plantean las siguientes acciones para “crear entornos seguros de aprendizaje” de acuerdo a la UNESCO (2004, citado por Estévez, B. E., & Guerrero, M. J. L., 2015), que, de acuerdo a estas autoras, toman los aportes de “Siegenthaler y Presentación, 2011, STILL, 2013, González Carro, 2011”, y disminuirán los “efectos de la desatención e inhibición conductual”:

- Prever modificaciones en las rutinas que evitarán respuestas agresivas.
- Organizar el tiempo. Trabajar a primera hora aquellas actividades académicas que insumen una dedicación mayor.
- Promover el uso de implementos que le ayuden a llevar dicho control del tiempo, como reloj y cronómetros.

- Tener los materiales bien ordenados y clasificados, ya sea con etiquetas o colores, a fin de que no pierda tiempo buscando lo que necesite.
- Llevar una agenda escolar, en donde registre tareas, lecturas, pruebas, fechas de presentaciones. (p.93-94).

Deportes y Mindfulness: Otras Alternativas

Fuster, V. (2017), psicóloga y terapeuta en Red Cenit Valencia, explica que el deporte aporta los siguientes beneficios a aquellos NNA que tienen TDAH:

El ejercicio físico en los **niños con TDAH** es sinónimo de jugar y de estar activos físicamente, ya sea en el recreo o practicando algún deporte, y esta actividad física comporta mejoras en el estado físico y favorece una mejor salud mental.

Aunque el deporte es beneficioso para todo el mundo, tiene importantes beneficios para los **niños diagnosticados de TDAH**, sobre todo, en aspectos como el funcionamiento ejecutivo, las habilidades sociales, el comportamiento, las emociones y el rendimiento académico general. Estudios realizados al respecto han demostrado que los **niños con TDAH** pueden alejar las distracciones y concentrarse más en una tarea después de haber realizado ejercicio físico. Además, estos niños normalmente tienen diferencias significativas en cuanto a motricidad fina, global, y en su equilibrio, así como menor habilidad y coordinación motriz respecto a los demás niños de su mismo nivel de desarrollo, por lo que es muy aconsejable la práctica del deporte para entrenar estas habilidades.

<https://www.redcenit.com/beneficios-deporte-ninos-con-tdah/>

Continuando con este artículo, la autora enumera cuáles serían los deportes más aconsejados para ellos, así como una serie de recomendaciones a tener en cuenta.

Menciona que la natación, las artes marciales, el yoga, el tenis y la equitación, son los más recomendados por ser más individualizados, en donde se reciben directivas más claras, y en donde el vínculo con los entrenadores es más cercano, aunque también favorecen el aspecto social, por trabajar en grupo con otros integrantes. Con respecto a la duración de los mismos, menciona que el tiempo más acorde para obtener resultados positivos, es de aprox. 50 minutos, puesto que, de ser menor, no se verán beneficios

notorios, así como si el tiempo se excede del recomendado, se pueden generar resultados contraproducentes. <https://www.redcenit.com/beneficios-deporte-ninos-con-tdah/>

Por otra parte, existe otra alternativa psicológica, encuadrada dentro de las intervenciones psicosociales, conocida como técnica del Mindfulness, que ha dado buenos resultados. (López Secanell, I., & Pastor Núñez, S., 2019, p.176)

De acuerdo a los autores García, Demarzo y Modrego (2017, citado por López Secanell, I., & Núñez, S., 2019):

Las intervenciones basadas en mindfulness han mostrado su eficacia contribuyendo de manera complementaria a la obtención de beneficios a nivel físico, emocional y cognitivo de los estudiantes, respecto a la conciencia de su cuerpo, la gestión y autocontrol de las emociones y la mejora de la concentración y estimulación de la creatividad (p.176).

Para entender en qué consiste, Kabat-Zinn (2003, citado por López Secanell, I., & Núñez, S., 2019), lo define como “el estado particular de conciencia que surge al poner la atención, de forma intencional y sin juzgar, en el momento presente, viviendo la experiencia momento a momento” (p.177).

Esto hace que sea una buena opción para aplicar en el ámbito educativo, ya que favorece a que los NNA reduzcan el estrés mejorando su bienestar, consiguiendo mejores resultados en materia de aprendizaje, logrando progresos en las relaciones vinculares, entre otros tantos beneficios. Por ese motivo, es que dicha técnica ha comenzado a implementarse en diferentes programas de escuelas y centros educativos, siendo el específico para el TDAH, el conocido bajo el nombre de “MyMind” desarrollado en el año 2008 por Susan Bögels, el cual está dirigido a padres e hijos obteniendo excelentes resultados (López Secanell, I., & Núñez, S., 2019, p.179-180).

Consideraciones Finales

Culminando este gratificante recorrido que comencé hace algunos años, y cumpliendo el sueño de toda una vida, considero que, profesionalmente hablando, como representante de esta hermosa disciplina que es la Psicología, debo custodiar responsablemente y con devoción la salud mental y emocional de aquellos que caminen a mi lado, que depositen en mí la total confianza de dejar en mis manos algo tan preciado como lo es el conocimiento de sus procesos conscientes e inconscientes.

Hablando desde mi experiencia personal, cuando fui madre por primera vez, me pasó algo que, supongo, nos debe pasar a todos o la gran mayoría que se convierten en padres. Hablo de una especie de dicotomía que se apoderó de mi ser, en el que, por un lado, me sentí casi omnipotente, en el sentido de que, por ese pequeño ser, yo era capaz de hacer cualquier cosa, lo que fuera necesario en virtud de protegerlo. Pero simultáneamente, me sentía extremadamente vulnerable, con respecto a que justamente, cualquier daño que él pudiera recibir, me dañaría a mí también, más incluso, que un daño efectuado a mi propia integridad.

Hago referencia a esto, en el sentido de que, mi implicación en este tema como familiar directo de alguien que cuenta con alguna necesidad individual, ya sea física, mental, psicológica, es muy doloroso no contar con el apoyo de todos aquellos que, por una u otra razón, forman parte de nuestro camino. Imaginemos, más aún, el sentimiento de aquel que conlleva esa deficiencia consigo.... Pero... como mencioné antes, realmente considero que no existe la normalidad como tal, creo que solo hay deficiencias que son más notorias que otras, pero que de alguna u otra manera, todos tenemos carencias.

Y aquí me pregunto.... ¿Existe peor carencia que la deficiencia de empatía? Yo considero que no, esa debe ser la mayor pobreza que un ser humano puede tener. Si todos tuviéramos la capacidad de ponernos en el lugar del Otro y sentir lo que el Otro siente, al menos por un momento, sin duda alguna formaríamos parte de un planeta muy diferente, un planeta que respete toda diversidad como característica individualizadora de cada ser humano, como cualidad única e irremplazable. Y esto justamente va de la mano con poder dejar atrás (en aquellos aspectos primitivos) al Modelo Médico y abrazar en todo su potencial al Modelo Social, trabajando a diario para transformar-nos continuamente, propiciando una sociedad empática, flexible y colaboradora.

Considero que todo ser humano tiene mucho por aportar, desde el punto de vista que todos somos diferentes y que cada historia de vida es única, cada experiencia moldea una personalidad singular que tendrá su forma de entender y comprender la

vida. En este sentido, y de manera concomitante, cada uno de nosotros nos encontramos en un constante aprendizaje, en el que, podemos enriquecernos del vínculo entablado con un Otro, sin definirlo por su condición física y/o psicológica.

El Modelo Social propugna tres supuestos básicos que, a mi juicio, como sociedad que somos, debiéramos aprender a desempeñar como base cultural desde nuestro nacimiento, es decir, como un comportamiento innato. Éstos son, al decir de Palacios, A. (2008, citado en Velarde, L.V., 2012): la dignidad para todo ser humano (independientemente de sus características), la autonomía (en referencia a que todos puedan tomar las decisiones que afecten su vida) y la accesibilidad (en el ejercicio de actividades políticas, económicas, culturales y sociales) (p.131-132).

Desde una perspectiva de Educación Inclusiva, estos principios primordiales deberían ser inculcados desde el inicio de la actividad educativa, como fundamento central en la construcción de una comunidad, que, en conjunto, brinde las herramientas necesarias para el desarrollo del máximo potencial existente en cada uno de nosotros. Y qué mejor enseñanza que con el ejemplo, que se formen en Instituciones en donde todos cuenten con las mismas oportunidades, y en donde se comprenda que la cooperación enriquece tanto a quien la recibe, como a quien la brinda, y que todos, en diferentes momentos de la vida, estaremos de ambos lados.

Las Instituciones Educativas son, en su gran mayoría, el ámbito en el cual se hace más fácil el descubrimiento de este tipo de trastorno, ya que exige actividades que en verdad son complejas de llevar a cabo en cuanto a poder concentrarse, estar quieto, seguir instrucciones, contar con un buen relacionamiento entre pares, entre tantos otros.

Por tanto, considero que nuestro rol en este ámbito es esencial. Esta disciplina nos prepara para reconocer señales que tal vez ante otras miradas pasan desapercibidas. Nos capacita para brindar una escucha clínica, un oír más allá de lo expresado, un desvelamiento de lo implícito que se oculta ante determinadas conductas.

Dentro de las acciones que llevaría a cabo como profesional dentro del ámbito educativo sería promover el desarrollo de redes de apoyo dentro de la Institución, en donde todos los actores conozcan los objetivos, en este caso, el principal sería la valoración y el respeto por la diversidad. Trabajar en conjunto con metas claras, colaborando en las diferentes áreas en que se haga necesario.

Las reuniones de coordinación docente durante el curso lectivo son espacios muy valiosos para escuchar las diferentes inquietudes, las preocupaciones, y las observaciones que han realizado de sus estudiantes, para valorar las prioridades y

comenzar a trabajar de inmediato, ya que la premura con la que se actúe va a determinar en muchos aspectos la obtención de mejores resultados.

Considero que, desde nuestro rol, podemos aportar valores más significativos a la formación docente, en cuanto a la tarea de buscar indicios en las aulas, que permitan la detección temprana de TDAH aún no diagnosticados, así como pensar en conjunto las diferentes estrategias que se pueden poner en práctica, ya nombradas anteriormente, que pueden resultar muy beneficiosas, para cuando se ha confirmado la presencia de dicho trastorno.

En cuanto al control de emociones en estos NNA, es importante contar con redes de contención emocional, que permitan calmar aquellas situaciones que pueden presentarse, permitiendo de esta manera, conservar la tranquilidad y armonía en los espacios Institucionales, pero principalmente, que cuenten con la confianza de sentirse comprendidos, mirados, escuchados, valorados.

Debemos estar allí, para proteger y contener aquel NNA que nos necesita, a la familia que no sabe cómo actuar o a quién recurrir, al docente que se siente desbordado ante tantas complejas situaciones.... Debemos estar para, desde nuestro conocimiento y experiencia, pensar en conjunto y brindar asesoramiento sobre diferentes tratamientos y alternativas que pueden ponerse en práctica.

Apuesto a conseguir una educación holística en todo su sentido, ya que ese será el cimiento que hará de este sueño una realidad, al menos el camino ya está trazado. Comencemos a recorrerlo, formemos parte de la raíz, construyamos bases sólidas de la mano de la Educación Inclusiva. En este mundo que dispone de una sucesión progresiva de acontecimientos, escribamos la historia con una pluma doblegable.



Bibliografía

Acedo, C., & Operti, R. (2012). Educación Inclusiva: de focalizar grupos y escuelas a lograr una educación de calidad como el corazón de una Educación para Todos (EPT). En Rambla, X. (Coord.), *La educación para todos en América Latina: estudios sobre las desigualdades y la agenda política en educación* (p.11-35). Miño y Dávila.

https://ddd.uab.cat/pub/lilibres/2012/174556/esttodame_2012_postprint.pdf

Álvarez, M. (2021). Educar desde el cuidado. EDUCREAR.

<https://educrear.com.ar/es/columnas-de-opinion/educar-desde-el-cuidado/>

ANEP DGEIP (2017). Educación Inclusiva. Red de escuelas y jardines inclusivos Mandela. Boletín informativo. 13 (pp.4-35) [boletin_julio.pdf](#) (dgeip.edu.uy)

Arvilla Ropain, A., Palacio Orozco, L. & Arango Gonzáles, C. (2011). *El psicólogo educativo y su quehacer en la institución educativa*. Duazary, 8(2), (pp.258-261)

Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Beer, M. (2022, Oct 1). *Reforma incluye reforzar escuelas especiales; referentes en inclusión alertan que ese modelo aumenta la segregación* - EL PAÍS Uruguay.

<https://www.elpais.com.uy/informacion/educacion/reforma-incluye-reforzar-escuelas-especiales-referentes-en-inclusion-alertan-que-ese-modelo-aumenta-la-segregacion#:~:text=En%20la%20actualidad%20hay%2083,s%C3%ADndrome%20de%20Down%2C%20entre%20otras>

Beer, M. (2023, May 15). Aumentó la matrícula de Educación Especial luego de la pandemia, con un pico en 2020 - EL PAÍS Uruguay. Elpais.

<https://www.elpais.com.uy/informacion/educacion/aumento-la-matricula-de-educacion-especial-luego-de-la-pandemia-con-un-pico-en-2020>

Booth, T. & Ainscow, M. (2015). *Guía para la educación inclusiva: desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares*. FUEM

Carboni, A., (2011). *El trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 1(3), (pp.95-131)

Carboni, A., y Barg, G. (2016). Atención. En A. Vázquez (Ed.), *Manual de introducción a la psicología cognitiva*. Universidad de la República, Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación. (pp.89-116)

Carlos Skliar. (2023, 22 de junio). Wikipedia, La enciclopedia libre. Fecha de consulta: 13:00, junio 22, 2023 recuperado desde

https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Carlos_Skliar&oldid=152012373.

Castellano, L., Couture, E., Demassi P., Ferrari, C., Furtado, F., García, A., González, H., Olmedo, M., Plá, A., Rodríguez, J., (2017) – *División de Sustancias Controladas - Caracterización del Consumo de Metilfenidato en Uruguay Periodo: Enero 2014 – Octubre 2016 – MSP*. (pp.1-28)

CES. (s.f.-b). Hacia los Liceos Mandela. Obtenido de Consejo de Educación Secundaria: Documento_Liceos_Mandela.pdf (ces.edu.uy). (pp.1-16)

Colombo Lamas, A. P. (2018). *Trayectorias singularizadas: rompiendo barreras hacia una educación inclusiva en Educación Media*. Revista de Educación Social y Pedagogía Social del Uruguay. (pp.37-47)

Covarrubias Pizarro, P. (2019). *Barreras para el aprendizaje y la participación: una propuesta para su clasificación*. En J.A. Trujillo Holguín, A.C. Ríos Castillo y J.L. García Leos (coords.), *Desarrollo Profesional Docente: reflexiones de maestros en servicio en el escenario de la Nueva Escuela Mexicana*, Escuela Normal Superior Prof. José E. Medrano R. (pp. 135-157)

Cristóforo, A. (2015). *Niños inquietos–cuerpos desinvertidos*. En Míguez, M.N. (Coord.) *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Estudios Sociológicos Editora. (pp.61-77)

Cruz, J. M. G., & Lajas, J. J. G. (2015) - *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. AEPap. 2015 (en línea) consultado el 03/03/2016. Disponible en algoritmos.aepap.org

Dirección General de Educación Secundaria.

<https://www.ces.edu.uy/index.php/noticias/38528-fructifera-jornada-de-intercambio-de-practicas-en-clave-de-educacion-inclusiva>

Estévez, B., & León, M. J. (2014). *Una mirada inclusiva hacia el TDAH en las aulas escolares*. XI Congreso Internacional y XXXI Jornadas de Universidades y Educación Inclusiva. Quaderns Digitals. net. (pp.1-10)

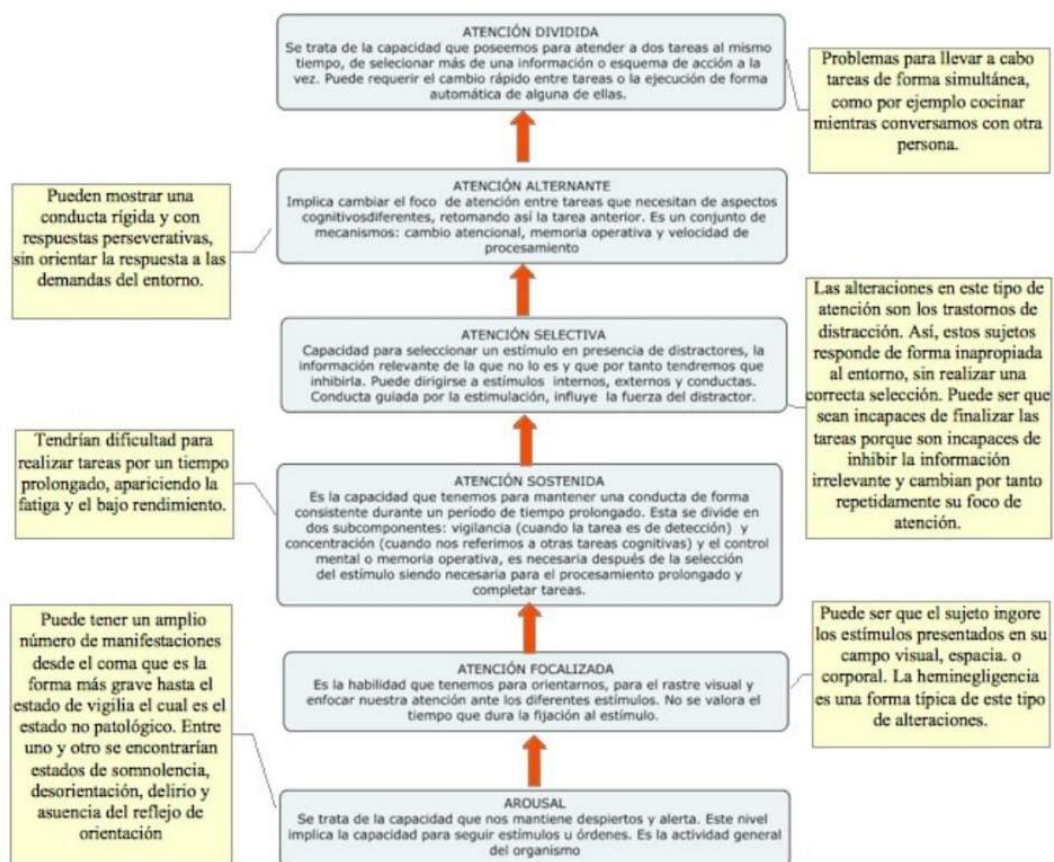
- Estévez, B. E., & Guerrero, M. J. L. (2015). *Inclusión educativa del alumnado con TDAH: estrategias didácticas generales y organizativas de aula*. Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva, ISSN (impreso): 1889-4208, 8(3), (pp.89-106)
- Flores, M. J., Sánchez-Hernández, Y., & Deocano, Y. (2020). *La intervención psicopedagógica en las aulas con alumnos de TDAH una mirada inclusiva*. Lera JA, coord. Desigualdad social, género y precarización: mujeres en acción. EUMED, (pp.480-492)
- Fuster, V. (2017). *Beneficios del deporte en niños con TDAH*. Red Cenit, Centro de desarrollo cognitivo.
- <https://www.redcenit.com/beneficios-deporte-ninos-con-tdah/>
- Hernández, O. D. (2006). *Proyecto de vida y desarrollo integral humano*. Rev. Internal Creemos. 6 (1 y 2), (pp.1-31)
- López Secanell, I., & Pastor Núñez, S. (2019). *Mindfulness y el Abordaje del TDAH en el Contexto Educativo*. Revista Brasileira de Educação Especial, 25, (pp.175-188)
- Mediavilla-García, C. (2003). *Neurobiología del trastorno de hiperactividad*. Rev Neurol, 36(6), (pp.555-565)
- Muniz, A., Cristóforo A. y Zeballos Y. *Proyecto de Ley sobre: Registro de niños en edad escolar con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH)*. Facultad de Psicología – Universidad de la República. (pp.1-11)
- Narbona, A. F. R. J. (1997). *Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial*. REV NEUROL, 25(138), (pp.200-204)
- Orjales, I. (2000). *Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley*. Revista complutense de educación, Vol.11, N°1. (pp.71-84)
- Pérez, M. R. (2015). *Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante*. Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes, 2(1). Universidad Miguel Hernández de Elche. (pp. 45-54)
- Red de Escuelas y jardines de infantes inclusivos: Mandela | pcentrales.anep.edu.uy

- Sammartino, M.E. (2007). *La hiperactividad infantil como un signo de los tiempos*. Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi, (19), (pp.53-61).
- Sinisi, L. (2010). *Integración o Inclusión escolar: ¿un cambio de paradigma?* Boletín de Antropología y Educación, Facultad de Filosofía y Letras – Universidad de Buenos Aires. N°01 (pp.11-14).
- Uruguay, (2009, Enero 16). Ley No. 18.437: Ley General de Educación. Registro Nacional de Leyes y Decretos.
- <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>
- Vallejos, I. (2010). *Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas*. file:///C:/Users/pc%20admin/Desktop/luisa%20tesis/modeloMedicoSocial.pdf.[noviembre 10 de 2018].
- Vázquez-Justo, E., Piñón-Blanco, A., & Fernandes, S. M. (2017). *Evaluación neuropsicológica del TDAH*.
- Velarde, L. V. (2012). *Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico*. Revista empresa y humanismo, Vol.15, N°1. Universidad de Navarra. (pp.115-136)
- Viera, A., & Zeballos, Y. (2014). *Inclusión educativa en Uruguay: Una revisión posible*. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4(2), (pp.237-260). Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/>
- Villarejo Ramos, A. (2012). *Las bases biopsicológicas de la imputabilidad en la conducta impulsiva*. Cuadernos de Medicina Forense, 18(2), (pp.63-70).
- World Health Organization. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF*. Organización Mundial de la Salud. (pp.1-2)
- World Health Organization. (2011). *Resumen: informe mundial la discapacidad* (No. WHO/NMH/VIP/11.03). Organización Mundial de la Salud. (pp.3-19)
- Zeballos Fernández, Y. (2015). *Concepciones de infancia con discapacidad e inclusión educativa en estudiantes de magisterio de Lavalleja*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. (pp.5-167)

Anexos

A. Modelo Clínico de la Atención

Sohlberg y Mateer, 1989



B. Criterios Diagnósticos de TDAH en el DSM5

Criterios diagnósticos de TDAH en el DSM-5
A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):
1. Inatención
Seis, (o más), de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes con TDAH mayores y adultos son TDAH, (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.
a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades, (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión,...)
b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas, (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada)
c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente, (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente)
d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales, (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)
e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades, (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos)
f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes con TDAH mayores y adultos con TDAH , preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos)
g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades, (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil,...)
h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos, (para adolescentes con TDAH mayores y adultos con TDAH , puede incluir pensamientos no relacionados)
i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas, (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos con TDAH , devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas)
2. Hiperactividad e impulsividad
Seis, (o más), de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos , (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.
a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado, (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar)
c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (En adolescentes o adultos con TDAH , puede limitarse a estar inquieto)
d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor", (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)
f. Con frecuencia habla excesivamente.
g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta, (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación)
h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno, (por ejemplo, mientras espera una cola)
i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros, (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos con TDAH , puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros)
B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos, (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades)
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

C. Esquema TDAH

Algoritmos

