

38
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON DIFICULTADES
EN EL APRENDIZAJE QUE ASISTEN AL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JUANA BRAVO DELGADO

ASESOR: MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA:
DR. JUAN JOSE SANCHEZ ROSA

1997

**TESIS CON
FALLA DE CR...**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A G R A D E C I M I E N T O S

A la Mtra. Cristina Heredia Ancona por su valiosa guía para la realización del - presente reporte laboral.

A las Psicólogas Claudia - Gpe. Vázquez y Ma. Luz Gutiérrez por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias.

A mis padres, hermanos y sobrinos por su gran amor y apoyo que siempre me - han brindado.

A la Ps. Martha E. Moreno Padilla por todas sus enseñanzas durante mi trabajo profesional y por su - incondicional ayuda.

Muy especialmente a todos los niños que asisten al Hospital Psiquiátrico Infantil, para ellos mi mayor compromiso y respeto.

A mi hijo José Mauricio y a ti Jaime por todo lo - que significan en mi vida

G R A C I A S

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	
CAPITULO 1	
EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR	5
Desarrollo motor	6
Desarrollo perceptual	11
Desarrollo del lenguaje	13
Desarrollo cognoscitivo	16
CAPITULO 2	
EL NIÑO ESCOLAR Y LAS DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE	20
Panorama histórico	21
Definición	24
Etiología	27
Características de los niños con dificultades en el aprendizaje	31
CAPITULO 3	
REHABILITACION DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	36
Sistemas perceptivo motores	37
Sistemas para el desarrollo del lenguaje	43
Sistemas de la lengua escrita	51

INTRODUCCION

Las dificultades en el aprendizaje es un tema que ha interesado a muchos profesionales, médicos, psicólogos, pedagogos y padres de familia cuyo interés compartido se centra en comprender y ayudar al niño.

La experiencia personal ha permitido observar que los niños que son considerados con dificultades en el aprendizaje reflejan que la incomprensión y la ignorancia de estos problemas mantienen al niño sujeto a presiones del medio ambiente. No dejan de ser catalogados por sus padres y maestros como "tontos", "flojos", "burrros" y provocar en el niño actitudes de respuesta como sentirse inseguros, retraídos, agresivos, tristes y devaluados.

Aún cuando la literatura sobre este tema es amplia, durante el contacto con un gran número de niños considerados con problema de aprendizaje resulta difícil lograr la comprensión a estos, muchas veces por la falta de información adecuada. Además la mayoría de los niños atendidos están al margen de una serie de definiciones que los estudiosos en este campo han generado.

La situación antes mencionada llevó a revisar que una de las soluciones al bajo rendimiento escolar es analizar las causas ajenas a la deficiencia mental que lo generan y que pueden estar asociadas a diversos factores que van desde el nivel sociocultural, las carencias nutricionales, el uso de procedimientos inadecuados durante el aprendizaje escolar, factores emocionales, así como las dificultades específicas reales para el aprendizaje.

En la práctica profesional una de las funciones que he desempeñado como psicóloga clínica durante cinco años en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" ha sido la integración de estudios psicológicos, mismos que son una fuente de apoyo en el tratamiento de los pacientes, ya sea aportando elementos a considerar dentro del proceso terapéutico o bien estableciendo un diagnóstico.

Al realizar esta labor surge la inquietud de trabajar con los niños con dificultades en el aprendizaje, este interés se justifica por dos razones. Primero el interés por conocer por qué un niño con una inteligencia normal no aprende igual que sus compañeros y es objeto de reprimendas constantes por parte de sus padres esto se vuelve una "queja" frecuente de los padres durante la consulta al realizar la valoración psicológica. La segunda razón es que al pretender ayudar a los niños con estos problemas, es necesario estar trabajando con ellos y tener conocimiento de las dificultades en el aprendizaje así como las causas que las originan. A partir de estos intereses busco un cambio en la realización de las funciones que había venido desempeñando y como psicóloga lograr una participación más activa durante el tratamiento con estos niños.

El propósito de este reporte laboral es retomar la experiencia del trabajo con los niños durante tres años en el Hospital Psiquiátrico Infantil, en el servicio de Hospital de Día dentro de esta área se encuentra el bloque psicopedagógico en donde se

se trabaja con niños en edad escolar que son considerados con dificultades en el aprendizaje. El objetivo de dicho bloque es ayudar al niño a superar estas deficiencias a través de una evaluación, diagnóstico y tratamiento. La evaluación juega un papel importante en la decisión acerca de los niños que presentan estas dificultades, no obstante la intención de resaltar el tratamiento con los niños es dar a conocer la función tan importante que como psicólogos tenemos dentro del campo de estudio, así como dar a conocer el empleo de diversas estrategias durante el tratamiento.

En la primera parte de este reporte se exponen los antecedentes teóricos que sustentan el reporte. En el capítulo 1 se presenta un panorama acerca del desarrollo psicológico del niño en edad escolar. En el capítulo 2 se realiza una revisión del campo de las dificultades en el aprendizaje desde su desarrollo histórico, conceptualización, etiología y características de los niños con estos problemas. En el capítulo 3 se describen diferentes sistemas de tratamiento desde diferentes perspectivas teóricas que han contribuido a la solución de diversos problemas relacionados con las dificultades en el aprendizaje.

En la segunda parte, capítulo 4 se describe el procedimiento que se lleva a cabo en el bloque psicopedagógico de Hospital de Día en la atención a los niños con estos problemas. En el capítulo 5 se describen las herramientas que se utilizan para evaluar los cambios observados durante el trabajo con los niños mediante el uso de estrategias. En el capítulo 6 se hace un análisis en re

lación a un marco teórico y la experiencia durante la práctica profesional. Finalmente en el capítulo 7 se presenta la contribución al presente reporte.

En las últimas páginas se cita la bibliografía que se utilizó para la elaboración de los antecedentes.

ANTECEDENTES**CAPITULO 1****EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR**

¿Qué es el desarrollo y por qué debemos estudiarlo?

El objetivo principal de estudiar el desarrollo del niño consiste en descubrir el modelo normal y determinar en qué momento se producen desviaciones y qué las ha causado. (Papalia, D., -- 1985).

El estudio del desarrollo del niño se centra alrededor de - las formas cualitativas y cuantitativas en que los niños cambian con el tiempo. Tanto cuantitativa como cualitativamente, el desarrollo es un proceso complejo y sistemático que está relacionado con la edad. Mucha gente usa los términos "crecimiento y desarrollo" de modo indistinto y en realidad son diferentes. Crecimiento se refiere a cambios cuantitativos, aumento de tamaño y de estructura y desarrollo se refiere a aquellos cambios que son de naturaleza cualitativa, se puede definir como una serie progresiva de cambios ordenados. (Hurlock, E., 1978).

El desarrollo designa los cambios que con el tiempo ocurren en el pensamiento y comportamiento de una persona. El desarrollo del pensamiento se inicia con el reconocimiento de los objetos concretos en la niñez y prosigue con la formación de conceptos -

superiores y de ideas abstractas en la adolescencia.(Craig,1988).

Por otro lado, para que un niño normal en edad escolar pueda lograr el aprendizaje de la lecto escritura, es necesario que haya alcanzado cierto grado de maduración en todas las esferas de su desarrollo que están interrelacionadas entre sí: cognoscitiva, motriz, afectiva y social. La maduración es un proceso dinámico, es el movimiento del desarrollo. Aún cuando la maduración está intimamente ligada a factores inherentes al organismo, está influida por condiciones ambientales. La maduración cerebral suministra cierto número de potencialidades que se realizan más tarde en función de sus experiencias del medio social. (Piaget,1964 en Nieto, M.,1988).

En el niño en edad escolar la actividad más importante es el aprendizaje de la lecto escritura, siendo necesario que haya alcanzado la maduración adecuada en todas las facetas de su desarrollo de una manera armónica y equilibrada.(Nieto,M.,1988).

En este capítulo se hará una breve revisión sobre el desarrollo de las diferentes funciones del niño en edad escolar y su importancia en el proceso de adquisición del aprendizaje escolar, además esta revisión permitirá conocer y comprender al niño en esta etapa.

DESARROLLO MOTOR.

Durante los años de la escuela primaria los niños cada vez se hacen más fuertes, más rápidos y más coordinados, para ellos - constituye un placer poner su cuerpo a prueba y adquirir nuevas

capacidades. Es común ver a los niños de primaria correr atropelladamente al salir del colegio, si los siguiéramos hasta sus hogares los veríamos subirse a las bardas y caminar balanceándose, al bajar intentan romper marcas de distancia. Después de precipitarse hacia la casa, tirar los libros e ir al baño y comer algo, salen de nuevo a la calle donde saltan, juegan foot-ball, montan en bicicleta, andan en patines, etc. Es sorprendente el punto al que han llegado estos niños en cuanto a lograr que sus cuerpos hagan lo que ellos quieren.

Esto nos indica que uno de los aspectos del desarrollo más importante y rápido durante estos primeros años es el desarrollo motor, el desarrollo de los diferentes músculos del cuerpo. El ser capaz de controlar su propio cuerpo también o mejor que sus compañeros es importante para el niño por algunas razones: (Hurlock, 1978).

- la buena salud y la felicidad del niño dependen en parte del ejercicio. Si su coordinación motora es deficiente en comparación con sus compañeros, no obtendrá satisfacción en participar en las actividades físicas.

- un buen control motor capacita al niño para entrenarse, las áreas de interés quedan limitadas si el niño no es capaz físicamente de explorar y controlar el medio ambiente.

- el desarrollo motor en el niño escolar proporciona oportunidades de socialización.

- el desarrollo motor tiene importancia para el concepto de sí mismo. Un niño sin inhibiciones, experimenta nuevas experien--

cias de aprendizaje y alcanza un nivel más alto de desarrollo en esta área que el niño tímido.

Como ya se señaló, los cambios a esta edad adquieren un aumento de la fuerza, la velocidad, la versatilidad, la exactitud y la uniformidad de ejecución. Se registran incrementos progresivos en la velocidad para correr, en la precisión y el alcance para lanzar objetos, en la altura y el largo de los saltos, en el mantenimiento de equilibrio, etc. La fuerza física se duplica entre los seis y los once años, se presenta un marcado incremento en la velocidad de la coordinación entre el ojo y la mano (Ausubel y Sullivan, 1989).

Después de que el niño ha adquirido control sobre los movimientos gruesos, comienza a desarrollar habilidades manuales específicas. Estas habilidades hay que aprenderlas, pero el aprendizaje debe hacerse al debido tiempo, es por eso, que los niños entre los seis y los siete años están preparados para aprovechar la enseñanza. Después de los seis años de edad, los movimientos hábiles con las manos pueden adquirirse con rapidez y facilidad si el niño recibe dirección y oportunidad de aprender los métodos más eficaces. El control de los músculos de los brazos, los hombros y las muñecas mejora rápidamente y llega casi al nivel adulto de perfección en el momento en que el niño cumple los doce años. El control de los músculos finos de los dedos, en cambio se desarrolla más despacio, como se demuestra por el hecho de que no se llega al control necesario para la escritura rápida en la mayoría de los niños hasta que no han cumplido los doce años o más. Al copiar

figuras geométricas, lo cual requiere coordinaciones finas de los músculos de los dedos, los niños mejoran rápidamente hasta los siete años de edad. (Hurlock,1978).

Las destrezas motrices finas y el aprendizaje sensoriomotor mejoran durante este período, hay un progreso continuo en la habilidad para escribir letras, números y palabras, que tiende a seguir una secuencia evolutiva ordenada. No se puede esperar que los niños escriban con una inclinación, un alinamiento y una proporción correctos antes de los nueve años. La importancia que actualmente se da a la escritura con letra de imprenta en los grados primarios concuerda con la constatación de que los niños no están en condiciones de intentar la escritura cursiva hasta los ocho o nueve años (Ausubel y Sullivan,1989).

Los estudios sobre la escritura han revelado que el desarrollo de esta habilidad se ajusta a una pauta muy definida en la que se ve un gradiente netamente recortado conforme cambia la edad. Biológicamente el cuerpo no está preparado para la escritura antes de que el niño tenga aproximadamente seis años. Hasta dicha edad, los nervios y los músculos de los dedos, la mano, la muñeca y el brazo, no están lo bastante desarrollados como para hacer las coordinaciones finas necesarias en la escritura. En estos primeros intentos de escritura, el niño mueve la mano desde la esquina inferior derecha del papel hacia el centro, después hasta la parte central alta y finalmente,hacia la parte central izquierda. Esta posición final aparece entre los siete y los ocho años de edad. La pauta de desarrollo de la formación de la letra es la

siguiente: (Hurlock,1978).

- 4 años Letras de imprenta mayúsculas, grandes irregulares, generalmente las primeras de su nombre de pila.
- 5 años Nombre de pila en letras grandes e irregulares, las más grandes hacia la mitad o el final del nombre. Es frecuente que invierta las letras, escribe del 1 al 5 de modo desigual y en tamaño mediano.
- 6 años Escribe con letra de imprenta todo el alfabeto de manera irregular y muchas inversiones. Copia palabras usando todas las mayúsculas con algunas inversiones de letras y equivocaciones de orden. Escribe los números del 1 al 20 con inversiones frecuentes.
- 7 años La mayoría de los niños pueden ya escribir aunque algunos lo hacen todavía con mayúsculas. La escritura es grande, recta, de tamaño y forma irregulares. Los números son más pequeños y hay muchos errores.
- 8 años La mayoría de los niños escriben letras grandes, cuadradas y muy negras. Las mayúsculas y las que tienen rabo hacia arriba son desproporcionadamente altas. Los números son más pequeños y hay menos errores.
- 9 años Los niños ya no escriben con letra de imprenta. La escritura es más pequeña, más igual, inclinada y muestra el comienzo de un estilo individual. Las letras tienen buenas proporciones. El comienzo del estilo individual aparece al escribir el nombre del niño. La escritura de las niñas es más pequeña, más limpia y con una inclinación más uniforme que la de los niños.

DESARROLLO PERCEPTUAL

La infancia y los años preescolares son los períodos en que se perfeccionan la discriminación perceptual y sensorial, mientras que los años escolares son aquellos en que más se desarrolla la organización perceptual. Esta nueva capacidad de organización perceptual compleja se refleja en muchos ámbitos distintos de habilidades crecientes, como las de leer, comprender matemáticas y realizar trabajos creativos de arte. La percepción de los escolares es más rápida, así como también más organizada. La percepción del escolar va de la discriminación simple y de la visión figura fondo a organizaciones complejas que el niño ahora puede dominar en una configuración visual. Además la percepción es mucho más veloz por lo que el escolar recibe más información con mayor rapidez que en los años preescolares (Weiner y Elkind, 1979).

Los niños preescolares y de primer grado tienden a mantenerse relativamente indiferentes ante los acontecimientos en su ambiente que no tienen significación personal o inmediata para ellos; a medida que el niño crece durante la escuela primaria, el universo del tiempo y el espacio se va extendiendo poco a poco más allá de los límites del hogar, del vecindario, del interés personal y pasa a incluir a la comunidad general, el mundo, el pasado histórico y el futuro. Un panorama perceptual enteramente nuevo se va abriendo ante el niño, conforme los niños crecen se hacen más independientes del campo perceptual inmediato y desarrollan mayor flexibilidad para manejar los datos que reciben a tra-

vés de la percepción. Por consiguiente, los niños que cursan el ciclo primario van desarrollando aptitudes más refinadas y una mayor facilidad para coordinar perspectivas espaciales propias y ajenas. Su capacidad para elaborar y especificar detalles va en progreso, los niños mayores revelan una reducción en su capacidad para responder a la figura total y una mayor facilidad para fragmentarla, identificar sus componentes y reorganizarlos (Ausubel y Sullivan, 1989).

En el proceso de aprendizaje de los escolares tanto la percepción visual como la auditiva son determinantes para la adquisición de la lectura y escritura. La percepción visual es la facultad de reconocer y discriminar los estímulos visuales y de interpretarlos asociándolos con experiencias anteriores. La percepción visual no es simplemente la facultad de ver en forma correcta, la interpretación de los estímulos visuales ocurre en el cerebro, no en los ojos (Frostig, 1992). Por otro lado, la percepción auditiva presenta un papel decisivo en la puesta en marcha de los procesos cognitivos. Los procesos perceptuales auditivos son determinantes de una buena lectura y de la comprensión cognitiva (Frostig y Müller, 1980).

Las capacidades perceptuales auditivas son el fundamento de la comunicación verbal que constituye una gran parte de todas las relaciones interpersonales. Los procesos perceptuales auditivos tienen un importante papel en la lectura, desde la capacidad de diferenciación auditiva y la combinación de sonidos hasta capacidades menos llamativas, como el reconocimiento de secuencias tem-

porales, los factores auditivos determinan el éxito en el aprendizaje de la lectura. (Semel, E., 1973 en Frostig, Müller, 1986).

Por último, los autores afirman que a mayor edad se dan discriminaciones que requieren una mayor complejidad y dominio de las formas y de la percepción auditiva.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

El lenguaje es la base de la comunicación con los demás. El habla es una forma de lenguaje en la que se usan sonidos articulados o palabras para comunicar un significado. El lenguaje es más que un medio de comunicación de pensamientos, sentimientos y emociones. "El lenguaje es una forma de conducta que ayuda a formar el mundo del niño, transformarlo de un ser egocéntrico en un ser social" (Baldrige, en Hurlock, 1978).

El lenguaje es importante para la adaptación personal y social del niño. Los niños capaces de comunicarse bien con los demás, se adaptan socialmente mejor.

El lenguaje es un sistema de signos vocales convencionales adecuados para la representación simbólica de relaciones con sentido efectuadas en el pensamiento. La conducta comunicativa transmite información de un emisor a un receptor. Se trata de procesos de codificación de contenidos de pensamiento en símbolos lingüísticos (vocales o escritos) por el orador (escritor) y de la decodificación de lo oído (leído) en contenidos de pensamiento por el receptor (Wurst, 1973, en Frostig y Müller, 1986).

Durante los años de la escuela primaria el vocabulario de los niños, en especial el que son capaces de reconocer en la lectura sigue aumentando a un ritmo rápido. Los niños mayores poseen un vocabulario, tanto activo como pasivo, mayor que el de los más pequeños. Al definir los vocablos, los de más edad tienden a emplear explicaciones y *sinónimos*, mientras que los menores ofrecen descripciones, ejemplos y usos. Los niños mayores responden más a las propiedades abstractas y categóricas de las palabras. En los primeros grados del ciclo primario los niños no comprenden realmente buena parte de las abstracciones que leen y emplean en sus materias escolares, a menos que posean considerable información relativamente concreta sobre dichos temas. Cuando a los niños de más edad se les presentan frases distintas, estos tienen mayor tendencia a recurrir al contexto para determinar el significado de las palabras individuales en cada frase. Entre los seis y los ocho años, los niños llegan a distinguir las oraciones anómalas de las plenamente gramaticales. Pero es importante no olvidar, que las diferencias individuales en cuanto a la comprensión de las abstracciones verbales están muy relacionadas con el nivel de inteligencia (Ausubel y Sullivan, 1959).

La escritura del niño escolar está afectada por la amplitud de su vocabulario, igual que ocurre con el lenguaje. Aunque algunos niños pueden expresarse mejor de modo verbal que por escrito, esta diferencia se debe principalmente al adiestramiento en la escritura y no a la amplitud del vocabulario. Los estudios sobre la relación entre el vocabulario oral y el escrito han revelado que

el número y la variedad de palabras usadas en la escritura guardan relación directa con el vocabulario oral del niño. El éxito en la escuela depende así del rendimiento del lenguaje oral del niño. Además, el éxito en el trabajo escolar depende mucho de que el niño pueda expresarse bien por escrito y de cómo escriba en los exámenes (Hurlock, 1978).

El número de palabras que conoce un niño determina en amplio grado su progreso escolar, y la falta de progreso normalmente tiene una importancia de largo alcance. Las palabras son los medios por los que el niño llega a conocer su mundo, si su conocimiento de las palabras es muy inadecuado, la interpretación de su medio ambiente también lo será. El niño necesita saber muchas palabras y ser capaz de usarlas, si en ello falla, sufrirá su adaptación social (Garrison, 1959, en Hurlock, 1978).

Debido a la diversidad de las actividades características de las distintas partes del día, el niño llega a saber el significado de las palabras relacionadas con ellas, a los seis o siete años el niño debe conocer el significado de palabras simples tales como "mañana", "tarde", "noche", "verano", "invierno". Al entrar al colegio aprende pronto los nombres de los diferentes días de la semana y los meses del año (op.cit).

Además de incorporar un vocabulario más amplio, el escolar hace mayor uso de las oraciones compuestas y complejas. Las acepciones que atribuye a las palabras se van aproximando cada vez más a las que asume la cultura en general. Los significados también tienden a ser más precisos y menos ambiguos. Gradualmente se

van esclareciendo los errores conceptuales fundados en las similitudes entre el sonido y la apariencia de vocablos que no guardan una relación semántica y en la falta de la experiencia previa necesaria para comprender determinadas abstracciones. Durante este período también se espera que el niño llegue a dominar varias y - nuevas aptitudes lingüísticas, como la lectura, la escritura, la ortografía, la puntuación, la gramática y la composición. La disposición para adquirir estas aptitudes no es sólo una cuestión de "maduración interna", sino que depende en gran medida del nivel intelectual y de la experiencia y motivación lingüística de un individuo determinado dentro de una familia, clase social y ambiente cultural particulares. En general, durante los años de la escuela primaria esta disposición también depende del método de instrucción que se emplee, del nivel de abstracción involucrado y de la aptitud específica que el niño deba aprender.

DESARROLLO COGNOSCITIVO

¿Cómo conoce el niño el mundo? El niño es una persona consciente y que conoce al construir y predecir la realidad física y esencial en la que vive. El niño como actor que conoce, vive en una variedad de ambientes sociales que determinan los problemas que el niño debe resolver y los recursos de que objetivamente dispone para encararlos (Newman y Newman, 1985).

El niño en edad escolar se encuentra en el período de las operaciones concretas, la aparición de las operaciones concretas marca el comienzo de la actividad racional del niño quien hacia los

seis o siete años empieza a usar ciertos principios de lógica. La capacidad de razonar por inducción y deducción se debe a la presencia de estructuras (esquemas) de pensamiento denominadas operaciones. Las operaciones se definen como acciones internalizadas que pueden retornar a su punto de partida y a las que se puede integrar con otras acciones que también poseen este aspecto de reversibilidad. Es decir, las operaciones son "actos mentales" que antes fueron acciones dotadas de propiedades reversibles (Piaget, 1965, en Ausubel y Sullivan, 1989).

El uso de representaciones mentales de las cosas y los hechos le permiten al niño adquirir bastante destreza en la clasificación y manejo de los números, en la selección y en la comprensión de los principios de conservación. El desarrollo de la comprensión del concepto de número y de la capacidad para manejarlo proporciona un excelente ejemplo de desarrollo cognoscitivo (Hurlock, 1978).

Durante los años de la escuela primaria dado que el niño puede realizar operaciones lógicas y el significado de sus conceptos son de índole más abstracto, la solución de problemas requiere un menor manejo manifiesto de objetos y más imágenes internas. La creciente capacidad de los niños para resolver problemas más complejos a medida que aumentan de edad ha sido demostrada por diversos investigadores, los estudios correspondientes verifican esa aptitud tanto en lo que concierne al aprendizaje por ensayo y error como por insight. Los niños en esta etapa desarrollan y emplean estrategias más lógicas para resolver problemas. Estas tendencias

reflejan la capacidad creciente para generalizar y manejar símbolos abstractos. Por otro lado, a medida que el niño crece va tomando más conciencia de los procesos de su propio pensamiento y va adquiriendo mayor capacidad para distinguir entre la realidad externa y la experiencia personal (Ausubel y Sullivan, 1989).

Las capacidades retentivas durante la etapa de las operaciones concretas son de gran importancia, la capacidad de recordar listas de objetos mejora de modo considerable en esta etapa. Es entonces cuando la mayoría de los niños comienzan conscientemente el proceso de memorizar. Ellos observan atentamente el material que deben recordar, comienzan a organizarlo en categorías y aplican estrategias como el repaso. Este uso creciente e intencional de estrategias hace más eficaz y adecuada la retención en los niños (Yendovitskaya, 1971, en Craig, 1988).

La investigación indica que el repaso poco a poco alcanza mayor eficiencia entre los ocho y nueve años de edad, los niños modifican sus estrategias de repaso que consisten en la capacidad de organizar, es decir, clasifican grupos de palabras que tengan un rasgo común (Ornestein, Naus y Liberty, 1975, en Craig, 1988).

Podemos entonces decir, que la memoria no es un proceso estático en el que la información almacenada se halla suspendida en estado de inactividad, por el contrario, los procesos comprendidos en la función de la memoria están constantemente construyendo y transformando la información que debe recordarse (Ausubel y Sullivan, 1989). En general, el desarrollo cognoscitivo es más veloz durante la primera infancia y en el período escolar.

Al revisar las áreas expuestas en el material presentado, resulta evidente que el desarrollo psicológico del niño es un tema inagotable pero que merece la atención cuidadosa y el conocimiento de todo profesional que muestre interés por ayudar y comprender al niño. La idea de presentar un panorama acerca del desarrollo del niño es lograr un conocimiento de las funciones que integran su desarrollo y resaltar su importancia en el aprendizaje escolar. Es en los años escolares donde vamos a observar que los niños presentan serias dificultades para aprender a leer y escribir es claro que si desamos ayudar al niño a superar sus dificultades en el aprendizaje, debemos conocer su desarrollo.

CAPITULO 2

EL NIÑO ESCOLAR Y LAS DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE

La etapa de la infancia o los años escolares abarca de los seis a los once años. Sin perder los lazos próximos de seguridad a su hogar y su familia, el niño en este lapso explora y consolida su situación y expande el mundo social de sus compañeros. La escuela es la etapa más importante en que actúan los niños durante los años intermedios de esa edad. Es en ella donde prueba sus competencias intelectuales, físicas, sociales y emocionales propias de su edad como hemos visto en el capítulo anterior. Se ha descrito al período de los años escolares como tiempo de placer y gozo, libre de las preocupaciones de la "vida real". No obstante, resulta importante considerar los peligros frecuentes que el niño encuentra en todas las edades y el hecho de que las demandas del desarrollo en un período dado depende del ajuste existoso o los problemas previos, no es fácil concluir a los años escolares como libres de problemas. (Claus, 1976).

La edad escolar es por excelencia la edad del aprendizaje, cuando hablamos de aprendizaje pensamos sobre todo en la adquisición de conocimientos. Deseamos que el niño adquiera gustosa y fácilmente conocimientos duraderos, si no ocurre así, nos preocupamos y nos disgustamos. Cuando un niño inicia la escuela primaria cualquiera que sea el sistema de enseñanza, el aprendizaje de la lecto escritura y el cálculo es un objetivo fundamental. Sin em-

bargo la adquisición de estas nociones pueden sufrir alguna desviación en el niño respecto a los procesos normales que este ori-nada en la existencia de una dificultad en el aprendizaje.

Dado que el campo de las dificultades del aprendizaje ha sido un área muy controvertida y ha sido difícil identificar cuando algún niño sufre este problema, se pretende en este capítulo hacer una revisión del término "dificultades del aprendizaje" que nos permita comprender y conocer de una manera más objetiva esta área, sin buscar una panorámica exhaustiva.

PANORAMA HISTORICO

Se organiza el desarrollo de las dificultades del aprendizaje de acuerdo a tres fases: la fase de los fundamentos, la de tran-sición y la de integración (Wiederholt, 1974 en Myers y Hammill, 1982).

La fase de los fundamentos (entre 1800 y 1940) se basa principalmente en el estudio de los adultos que sufrían de lesión cerebral o pacientes que habían sufrido algún trauma. Las teorías se postularon con base en las observaciones clínicas y hubo poca o ninguna comprobación empírica de las hipótesis con procedimientos controlados. Gall en los estudios que realizó con adultos observó, que algunos de sus pacientes no podían hablar pero expresaban bien sus pensamientos por escrito, también, al declarar que la persona había sido normal en sus capacidades de expresión verbal antes de sufrir la lesión en la cabeza, demostró que el pro-

blema era definitivamente consecuencia de la repercusión cerebral y por último, opinaba que era esencial demostrar que el desempeño del paciente no era causado por otras condiciones, por ejemplo, retraso mental o sordera.

Estos conceptos básicos referentes a la afasia se extendieron al estudio de los adultos que sufrían trastornos en la lectura, siendo los primeros en afirmar que había alguna deficiencia cerebral congénita que podía ocasionar que los niños tuvieran problemas en el desarrollo de la lectura (Hinshelwood, 1919 en Myers y Hammill, 1982).

Otros médicos aplicaron algunos principios de los adultos con lesión cerebral al estudio de los niños retrasados con lesión cerebral, concentrándose en un subtipo que finalmente se conoció como el niño con el "síndrome de Strauss", aunque sus estudios estuvieron enfocados al campo del retardo mental, sus hallazgos muchas veces resultaron aplicables a los niños con inteligencia normal (Strauss y Werner, 1947 en Myers y Hammill, 1982). En esta fase las bases primarias sobre las cuales se construyeron dichas aproximaciones teóricas fueron las observaciones clínicas hechas por los médicos.

La fase de transición (entre 1940 y 1963) en que se levó a cabo un esfuerzo concertado para transferir los postulados teóricos derivados de la etapa anterior a la práctica correctiva. El foco de la investigación pasó de los adultos a los niños y las ideas que se habían obtenido a partir del estudio de los adultos, se transfirieron en su totalidad al estudio de los niños con trastornos en el desarrollo. Aquí fué donde por primera vez los psicó

logos y educadores participaron en el campo de las dificultades del aprendizaje. Se comenzaron a elaborar muchos tests y programas de entrenamiento, nadie se consideraba como especialista en las dificultades en el aprendizaje, dado que este campo como tal, todavía no existía.

La fase de integración (de 1963 a la fecha), se refleja en el surgimiento de un interés compartido entre representantes de las ramas médicas, psicológica y pedagógica por integrar los desarrollos y aproximaciones ocurridos entre 1800 y principios de la década de los 60s. La manifestación más importante de esta fase se deriva de la aportación de Samuel Kirk el 6 de abril de 1963 quien en una conferencia introduce el término de "dificultades en el aprendizaje" para referirse:

"a un grupo de niños que tienen trastornos de las capacidades necesarias para la interacción social. No incluyó en este grupo a niños que tienen impedimentos sensoriales, como ceguera o sordera porque disponemos de métodos para tratar y preparar a los sordos y a los ciegos, también excluyó de este grupo a los niños que tienen algún retraso mental generalizado" (Kirk, 1963 en Myers y Hammill, 1982).

A partir de esta fecha ha habido un tremendo aumento en el interés por las dificultades en el aprendizaje. Hoy en día, las teorías desarrolladas continúan siendo aprovechadas en su totalidad o adaptadas para su aplicación a la evaluación o remedio de los niños con dificultades en el aprendizaje.

DEFINICION.

Al tratar las dificultades en el aprendizaje el primer problema que se plantea es la delimitación del área a que hace referencia dicha expresión. La expresión "dificultades en el aprendizaje" se emplea por muchos autores al referirse a lo que es la educación general y la educación especial, otras veces se enfocan hacia los trastornos psiconeurológicos o hacia áreas específicas del aprovechamiento escolar. Esto hace que tanto los profesionales como los padres de familia no tengan una idea clara sobre quiénes son los niños que presentan dificultades en el aprendizaje.

De todas las definiciones, la que brinda el Comité Nacional Asesor Pro niños impedidos, es probablemente la que más se usa para referirse a los alumnos que requieren de los servicios especiales en caso de dificultades en el aprendizaje: (1968, en Myers y Hammill, 1982).

" Los niños con dificultades específicas en el aprendizaje muestran alguna perturbación en uno o más de los procesos psicológicos fundamentales relacionados con el entendimiento del empleo del lenguaje, sea hablado o escrito. Estas alteraciones pueden aparecer como anomalías al escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o en aritmética. Se trata de condiciones que se han definido como impedimento de tipo perceptual, lesiones cerebrales, disfunción cerebral mínima, etc. Sin embargo, no se trata de problemas debidos a impedimentos visuales, auditivos o motores

retraso mental o desventajas ambientales " (en Myers y Hammill 1982).

No obstante, existe aún considerable controversia al respecto de la definición del área. A partir del momento en que se acuña el término dificultades en el aprendizaje, se han propuesto diversas definiciones que no han logrado total aceptación. Algunos autores afirman que las limitaciones de los trabajos realizados para identificar a los niños con problemas de aprendizaje surgen de la falta de definiciones operacionales (Shepard y Smith, 1983 en Macotela, 1995).

Han transcurrido treinta años desde la aparición del término y a pesar de los avances logrados aún se debaten numerosos aspectos relacionados con este campo. Como primer paso a la solución de los aspectos debatibles se propone una definición alternativa de los problemas de aprendizaje. Esta definición intenta integrar todas las aportaciones realizadas, así como los indicadores resultantes de las definiciones de más impacto en el área a saber: dificultades académicas específicas (lectura, escritura, matemáticas) bajo rendimiento académico, procesos psicológicos básicos, desarrollo del lenguaje, disfunción del SNC, multi-impedimentos y períodos de vida. La definición alternativa propuesta es:

" Término genérico, que aglutina un grupo heterogéneo de desórdenes en procesos psicológicos básicos particularmente los asociados al lenguaje hablado y escrito, que se manifiestan en dificultades específicas para razonar (planear, analizar, sintetizar y

tomar decisiones), hablar, escuchar, leer, escribir y manejar las matemáticas. Las dificultades específicas:

- a) varían en grados de severidad que van de lo leve a lo profundo
- b) pueden estar asociadas a una disfunción del sistema nervioso central, así como a factores instruccionales o familiares.
- c) interactúan con problemas emocionales, culturales o instruccionales.
- d) se manifiestan en cualquier edad y nivel escolar.

Los problemas de aprendizaje no se deben a deficiencia mental ni a problemas sensoriales (de visión o audición) o físicos". (Macotela, 1995).

En la definición propuesta se hace énfasis en el tipo de desórdenes asociados a los problemas de aprendizaje, es decir en los procesos psicológicos básicos, como son: sensopercepción, atención, motivación, psicomotricidad, socialización, pensamiento, memoria, afectividad, etc. Se particulariza el papel que juega el desarrollo del lenguaje, debido a que los problemas relativos al hablar, escuchar y manejar la lectura, escritura y las matemáticas, involucran tanto al lenguaje hablado como al escrito. Por otro lado, las dificultades específicas se manifiestan fundamentalmente al enfrentar tareas de orden académico por lo que la identificación, diagnóstico e intervención ocurre mayoritariamente en situaciones escolarizadas (op. cit).

Esta definición es una propuesta que involucra al diagnóstico y tratamiento desde una perspectiva interactiva.

ETIOLOGIA

- De origen orgánico: las dificultades en el aprendizaje se consideran como síntomas de condiciones internas que existen en el niño, como pueden ser un funcionamiento neurológico subóptimo o alguna programación inadecuada en el tejido nervioso. La mayor parte de los casos de dificultades en el aprendizaje son de etiología desconocida o muy oscura, por lo tanto, las dificultades se basan en la sintomatología, sin prestar debida atención a cuál podría ser su causa exacta. Para muchos investigadores y clínicos de esta especialidad, las dificultades en el aprendizaje son causadas primordialmente por alguna alteración en el Sistema Nervioso Central este sistema opera como un procesador de información, cualquier desempeño inferior en sus procesos puede inhibir o retardar seriamente la capacidad que un niño tenga para aprender o responder. Como el término de disfunción cerebral mínima desempeña un papel importante en el estudio de las dificultades en el aprendizaje, es necesario comprender su concepto, las patologías de las que podría derivarse tal disfunción y su relación con las dificultades en el aprendizaje (Myers y Hammill, 1982).

El término de disfunción cerebral mínima implica sólo que el cerebro está operando de una manera subóptima, con resultados que van desde un comportamiento con desviaciones ligeras hasta casos limítrofes. El diagnóstico de disfunción cerebral mínima no incluye inferencia alguna sobre el tipo y etiología de la disfunción o el alcance y ubicación de los tejidos neuronales. Este tér

mino sólo se aplica para describir el grado de perturbación conductual que se puede asociar con mal funcionamiento, ya sea demostrable o sospechado del cerebro (Myers y Hammill, 1982).

El término disfunción cerebral mínima, en última instancia, es sólo un indicador global de la necesidad de una evaluación cuidadosa y completa tanto desde el punto de vista neurológico como conductual, con el fin de llegar a un diagnóstico específico (Caldwell, 1990).

Las patologías de las que surgen las disfunciones cerebrales en los niños pueden ser el resultado de un ambiente intrauterino desfavorable, y que a su vez pueden ser causantes primarios de los nacimientos prematuros, hipoxia, trauma físico y las malformaciones congénitas. A esto hay que añadir factores hereditarios y la desnutrición (Eastman, 1959 en Myers y Hammill, 1982).

Por otro lado, la relación entre el concepto de disfunción cerebral y el de trastorno en el aprendizaje se basa en las observaciones de cada niño. En algunos casos la relación es indudablemente causal y en otras es asociativa, pero existen otras en que no existe relación alguna. Es importante resaltar que el término de dificultad en el aprendizaje y de disfunción cerebral no son intercambiables. Si bien muchos y probablemente la mayoría de los niños con dificultades en el aprendizaje presentan deficiencias educativas como consecuencias de disfunciones cerebrales, esto no significa que todos los niños con disfunción cerebral tengan dificultades en el aprendizaje (Myers y Hammill, 1982).

Desde el punto de vista fisiopatológico se considera determinante analizar la actividad cerebral misma, tanto para comprender la naturaleza de los trastornos de aprendizaje como para planificar su corrección. La actividad cerebral normal tiene un sustento fisiológico en los procesos dinámicos de la actividad nerviosa superior cuando ésta se distorsiona, los procesos normales son sustituidos por procesos alterados que igualmente mantienen su fluidez y movilidad pero que dan lugar ahora a manifestaciones anormales. Se puede decir que los procesos normales de la actividad nerviosa superior han sido sustituidos por procesos anormales y que el curso del aprendizaje se expresa como una alteración (Arcoaga, 1979).

- De origen ambiental: hay niños que manifiestan dificultades específicas en el aprendizaje y otras conductas que se consideran producto de influencias ambientales, más no de una auténtica disfunción cerebral. Los problemas educativos que manifiestan esos niños son semejantes a los que se asocian con niños cuyos problemas en el aprendizaje provienen de disfunción cerebral. Existen dos factores ambientales que, según los profesionales, influyen adversamente en la capacidad del niño para aprender, son la falta de experiencia temprana y desajuste emocional.

Falta de experiencia temprana: el modo de crianza produce un efecto permanente en la conducta y en la madurez, de manera particular en lo que se refiere a la conducta inteligente (Hebb, 1958 en Myers, 1982). Otro autor estudió los efectos de la experiencia

visual sobre el desarrollo perceptivo e indicó que la percepción precede a la acción y es necesaria la experiencia perceptiva temprana para el desarrollo de un comportamiento coordinado y visualmente dirigido. La perfección de la coordinación sensomotora aumentará a su vez la eficiencia de los procesos perceptivos (Frantz 1966). Los conocimientos que se tienen sobre los efectos de la -- privación de la experiencia en los humanos se basan generalmente en observaciones de niños que han sido criados en ambientes restringidos. Sin embargo, no hay datos concluyentes al respecto.

Efecto de la perturbación emocional: a este respecto algunos autores opinan que "las reacciones emocionales, sean abiertas o no, desempeñan una función esencial en la percepción" (Gelhorn y Loofborrow, 1963). Otros informan acerca de las correlaciones significativas entre la perturbación emocional y el retraso en la -- lectura (Chansky, 1958, Brouse, 1955, Berkowitz y Rothman, 1955). A los conflictos emocionales en los niños también se les atribuye el efecto de predisponer para los trastornos del habla, acelerar su aparición o mantenerlos constantes (Van Riper, 1972).

Es importante resaltar que la hipótesis acerca de que la perturbación emocional puede causar dificultades en el aprendizaje -- se fundamenta más que nada en estudios de correlación. En todo caso, la investigación sólo indica que los niños que padecen problemas emocionales también tienden a mostrar deficiencias en la percepción, el habla y el desempeño académico; la relación causal es un postulado, más no un hecho demostrado. El que se acepte o no --

la premisa de que la perturbación emotiva es el agente causal de muchas de las dificultades en el aprendizaje o es meramente un síntoma que a menudo se asocia con esta dificultad o depende del modo en que se define el término dificultades en el aprendizaje (Myers y Hammill, 1982).

CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS CON DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE

Siempre han existido niños con dificultades en el aprendizaje. Los niños con impedimentos para el aprendizaje suelen presentar uno o más de tres tipos principales de desviaciones de función: pueden mostrar distorsión de la percepción visual, de la percepción auditiva, o de la función motora, solas o combinadas (Tarnapol, 1976).

Otra clasificación la integra lo planteado por diversos autores: (Johnson y Myklebust, 1976; Kirk, McCarthy y Kirk, 1968; Bryan y Bryan, 1975; Wallace y McLoughlin, 1979; Brueckner y Bond, 1980; Hallahan y Kauffman, 1985; Gearheart, 1987; Rourke y Fuerts, 1991; Bender, 1992; en Macotela, 1995).

El término característica se refiere a todos aquellos rasgos o cualidades peculiares típicamente observados en ciertos niños;

- Hiperactividad, se refiere a la actividad motora excesiva que resulta incompatible con la adquisición de habilidades escolares.

- Hipoactividad, se considera a la actividad pasiva excesiva y que se manifiesta en bajos índices de participación en clase y en

actividades de juego o sociales.

- Distracción constante o labilidad atenta, se relaciona con las dificultades para concentrarse y prestar atención a los aspectos relevantes de las tareas que se solicitan.

- Sobratentividad es la tendencia del niño a mostrar un exceso de atención o una atención indiscriminada a los aspectos no relevantes de las tareas que se solicitan.

- Torpeza motriz o desórdenes de coordinación involucran las dificultades para manejar armónicamente el cuerpo tanto a nivel grueso como fino.

- Desórdenes perceptuales en donde se incluyen problemas para organizar e interpretar los estímulos que impactan los sentidos.

- Perseverancia que tiene que ver con las conductas repetitivas o reiterativas en los niños que interrumpen una secuencia de actividad.

- Trastornos de memoria es la incapacidad para evocar estímulos visuales y/o auditivos.

- Labilidad emocional implica cambios bruscos en el estado de ánimo frecuentemente sin aparente motivo real.

- Impulsividad involucra la tendencia de actuar precipitadamente sin analizar la consecuencia de los actos.

- Trastornos de pensamiento, se refiere a las dificultades para analizar, organizar e interpretar la información, así como para solucionar problemas.

- Problemas del habla y/o el lenguaje, que se relaciona con di

facultades en los aspectos fonológicos, sintácticos, semánticos y pragmáticos del lenguaje, incluyendo también dificultades en la articulación.

- Problemas en conductas auto-regulatorias, se refiere a la dificultad mostrada por los niños para monitorear su propio comportamiento.

- Problemas de percepción social e interacción social que se refiere a la insensibilidad para percibir adecuadamente el status social personal y dificultad para adaptarse a situaciones sociales diversas.

- Signos neurológicos presumbibles se refiere al daño o disfunción cerebral inferido de características conductuales.

- Problemas específicos de aprendizaje son aquellas dificultades para desempeñarse competentemente en la lectura, escritura y las matemáticas.

Las características mencionadas pueden ocurrir en forma aislada o en combinación. Sin embargo, la última de las características es el punto de partida para la identificación de los problemas de aprendizaje, las restantes finalmente acompañan, son concomitantes o se asume que pueden explicar los problemas de lectura, escritura y matemáticas. Además es necesario asumir la relación entre los problemas de aprendizaje y los problemas de rendimiento escolar, lo cual se apoya en el análisis de las condiciones que los determinan así como las características de los individuos con este tipo de problemas (Macotela, 1995).

A partir de las diferentes características propuestas por

los autores antes mencionados, se puede observar que de alguna manera todos consideran a los siguientes elementos como presentes en el niño con problemas de aprendizaje:

- Disturbios de lenguaje
- Déficit en la coordinación motora general (gruesa y fina)
- Hiperactividad
- Déficit de atención
- Dificultades perceptuales
- Perturbaciones de la memoria
- Impulsividad

Dichas características pueden servir como punto de partida para evaluar y diagnosticar a un niño que presenta problemas de aprendizaje. Sin embargo, es muy importante que la presencia de una o varias de estas características no implica el que necesariamente el menor presenta problemas de aprendizaje, de aquí que la realización del diagnóstico diferencial sea fundamental, ya que es a través de él que podrá indicarse si efectivamente dichas características son o no las responsables de que el niño presente tal tipo de problema (Acle,1995).

Es un hecho que el campo de las dificultades en el aprendizaje ha sido un tema muy discutido y que en la actualidad ha sido objeto de numerosas investigaciones que han ayudado a su comprensión y solución. Durante la revisión se encontró que la literatura ofrece una basta información acerca de las dificultades en el aprendizaje que nos permite entender y comprender mejor este pro-

blema desde su conceptualización, etiología y manifestaciones, no obstante, no deja de ser un tema muy controvertido. Durante la revisión destaca la importancia de la participación de psicólogos que ofrecen explicaciones desde un punto de vista interactivo de los problemas de aprendizaje, en donde no sólo involucran los factores intrínsecos del niño, sino también involucran la influencia de factores externos.

CAPITULO 3

REHABILITACION DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

La solución de los niños con dificultades en el aprendizaje parece estar encaminada en la intervención efectiva para superar las deficiencias que afectan al niño escolar, por lo que no aprende normalmente como el resto de sus compañeros.

No obstante, el pretender ayudar a un niño con dificultades en el aprendizaje, sin haber determinado con claridad cuáles son sus limitaciones nos lleva con frecuencia a un diagnóstico equivdo.

Antes de llegar a una "rehabilitación" o "reeducación" de -- los trastornos del aprendizaje, es importante mencionar, que la -- base de los programas de prevención y corrección deben estar de-- terminados por el diagnóstico.

No se pretende, dar una descripción de los pasos a seguir en el diagnóstico, pero se considera de vital importancia resaltar -- que el diagnóstico de las dificultades en el aprendizaje aspira -- a cumplir los objetivos de la "rehabilitación".

Existen diversos enfoques bien definidos que abordan el tratamiento de niños con dificultades en el aprendizaje. El objetivo de este capítulo es dar a conocer los principios y algunos aspectos básicos de diferentes teóricos que tratan este aspecto.

SISTEMAS PERCEPTIVO MOTORES.

Los métodos y técnicas que entran en la categoría de los sig temas perceptivo motores son de fuerte carácter desarrollista. -

Los defensores de este tratamiento se guían por algunos prin cipios. En primer lugar, opinan que aquellos niños que tienen menos de ocho o nueve años sacarán más provecho que los niños mayores y en general, cuánto más pequeño sea el niño, tanto mejor. En segundo lugar, creen que si el niño tiene sus deficiencias princi pales en los campos visual-motor progresará más en un programa - perceptivo-motor que el niño que tiene otras deficiencias (Myers- y Hammill, 1982).

A continuación mencionaré a algunos de los teóricos que trabajan con estos sistemas y sus propuestas de tratamiento:

Newell C. Kephart. Su teoría del desarrollo del aprendizaje perceptivo motor, se basa en las experiencias clínicas y en la -- psicología del desarrollo. Considera que el desarrollo motor y - perceptual del niño le permite estructurar un mundo perceptivo mo tor que se establece durante todo el período infantil, lo que posibilita a los seis años aprendizajes de tipo escolar. Si para ese entonces el niño no ha logrado ese mundo más o menos estable, - presenta trastornos temporo espaciales que dificultan los aprendi zajes y se traducen en última instancia, por fallas cognoscitivas (Quiros y Schrager, 1993).

Las secuencias de desarrollo a las que Kephart se refiere -- son las "normales". Él compara los logros obtenidos por los niños con dificultades en el aprendizaje con los logros que deberían al

canzar a esas mismas edades en condiciones normales. Para el teórico los primeros aprendizajes de un niño se refieren a las conductas motrices que se manifiestan al estar en contacto con el ambiente.

Según Kephart cuando el ambiente no es capaz de desarrollar respuestas motoras suficientemente eficaces, se producirán dificultades en el aprendizaje.

Los procedimientos terapéuticos sugeridos por Kephart se basan en los resultados de las evaluaciones, donde se califica el aprendizaje sensomotor, el control ocular y la percepción de forma. El equipo de entrenamiento sensomotor consta de tablas para caminar, tabla para mantener el equilibrio, lonas para saltar, juegos, garrapatear, pintar con el dedo, ejercicios de cruce de la línea media, dibujos de punto a punto, etc. El control ocular se desarrolla de una manera secuencial, por entrenamiento monocular, búsqueda rotativa. El entrenamiento de la percepción de formas, se logra mediante ejercicios en el pizarrón, rompecabezas, figuras con palillos y con clavijas (Kephart, 1960 en Myers y Hammill, 1982).

Gerald N. Getman. Desarrolló una teoría visométriz en la que se otorgaba una gran significación a la visión como base del aprendizaje. Estableció un modelo visomotor y perceptivo en el cual se describían las secuencias del desarrollo motor y perceptivo en el ser humano, de acuerdo con él cada etapa o nivel es alcanzado a medida que el nivel superior es superado. El primer ni-

vel de aprendizaje se refiere al sistema de respuesta innata, este consiste en las respuestas biológicamente determinadas que -- trae el recién nacido. El segundo nivel de aprendizaje, es el sig tema motor general en el cual incluye, gatear, caminar, correr, - saltar. El tercer nivel de aprendizaje es llamado sistema motor - especial. En el se enumeran las relaciones ojo-mano, las combinaciones de las dos manos para realizar un trabajo, las relaciones- mano-pie, la voz y las relaciones pestuales. Getman considera que este nivel se refiere a las actividades motrices más finas, y por ende, más complejas, que las correspondientes al sistema motor en general. El cuarto nivel es llamado sistema motor ocular y se refiere al desarrollo y control de los movimientos de los ojos, sien do esto muy importante para la realización de tareas escolares. - El quinto nivel de aprendizaje es el sistema motor del habla, el que lleva implícito la integración auditiva. Se refiere al inter- juego entre visión y procesos lingüísticos enunciando las habilidades de balbuceo, habla imitativa y habla original como los fundamentales de este nivel. El sexto nivel esta dado, por el sistema de visualización, entendido por la posibilidad de recordar cosas que fueron vistas, oídas, tocadas o sentidas. El séptimo nivel es llamado percepción o visión, él utiliza ambos términos como sinónimos. Se alcanza este nivel mediante el completo aprendizaje de los niveles anteriores (Quiros y Schragger, 1993).

Al elaborar Getman un programa para el desarrollo de la percepción visual agrupa las actividades en seis categorías:

- Práctica de la coordinación general. Las tareas que presenta tienen el propósito de desarrollar la coordinación del torso, la cabeza y las extremidades.
- Práctica de equilibrio. Se trata de desarrollar el equilibrio mediante movimientos dirigidos visualmente, en estas tareas se emplea una viga de una longitud aprox. de cuando menos dos metros.
- Práctica de la coordinación ojo mano. Mediante ejercicios en el pizarrón, el niño aprende y experimenta los conceptos de círculo, de línea horizontal y diagonal. Al adelantar en estas tareas el niño podrá emplear con mayor precisión textos y demás instrumentos de la escuela.
- Práctica de los movimientos de los ojos. Incluye algunos ejercicios para que el niño cambie su foco de un punto fijo a otro (fijación ocular) y para seguir con el ojo mientras mueve su dedo por encima de una mesa (búsqueda).
- Práctica de la percepción de formas. Se le dan al niño moldes con diferentes figuras: círculo, cuadro, triángulo, rectángulo y rombo, y se le pide trazar cada forma en el pizarrón. Se refuerza la dirección de los movimientos haciendo que el niño siga un camino pintado con gis sobre el suelo.
- Práctica de la memoria visual. Para el entrenamiento de esta categoría se emplea el taquistoscopio, que es un instrumento que proyecta determinada forma sobre una pantalla, a intervalos regulares de tiempo. Se presentan una serie de transparencias, ante las cuales el niño responde de diversa manera. Por ejemplo, deberá nombrar la forma (oral), trazarla en el aire (cinestésico), en

cerrarla en círculo en su hoja de trabajo (igualar), seguir su -- forma con el dedo sobre la hoja de trabajo (táctil) o reproducirla (memoria visual) (Getman, 1962 en Myers y Hammill, 1982).

Marianne Frostig, Fundó el centro de Terapia Educativa, para la preparación profesional de quienes se dedican al tratamiento de niños con dificultades en el aprendizaje. Ideó un test, muy usado, sobre la percepción visual, junto con un programa de entrenamiento, de acuerdo a tal medición. Al percatarse de que el desarrollo perceptual puede ser fundamental para el éxito escolar, -- Frostig se propuso entrenar el desarrollo de las capacidades perceptuales, en vez de enseñar específicamente la lectura, el deletreo y la escritura.

Define la percepción visual como la facultad de reconocer y discriminar los estímulos visuales y de interpretarlos asociándolos con experiencias anteriores. La eficiencia de la percepción visual ayuda al niño a aprender a leer, a escribir, a usar la ortografía, a realizar operaciones aritméticas y a desarrollar las demás habilidades para tener éxito en la tarea escolar (Frostig, 1992).

El programa de entrenamiento que propone puede servir tanto de remedio como de desarrollo. La corrección debe empezar inmediatamente después de la evaluación de la áreas de percepción visual dado que es importante la identificación para impedir fallas académicas. Este programa no sólo entrena en cada una de las cinco áreas de la percepción visual medida, sino que también indica téc

nicas para desarrollar una coordinación muscular gruesa y fina, movimiento de los ojos y mejora de la imagen y concepto corporales, habilidades que son básicas para un funcionamiento perceptual adecuado. Las actividades aparecen dispuestas por orden de dificultades, según cinco áreas, y se deben emplear para preparar al niño en la realización de ejercicios de papel y lápiz, o como técnicas complementarias (Frostig, 1992). Las áreas son las siguientes:

- Ojo-Motor. El entrenamiento en esta área consiste en proporcionar al niño hojas de trabajo en donde trate de colorear, trazar y dibujar líneas rectas, curvas o quebradas, entre guías que cada vez se hacen más estrechas y que al final de la sección quedan eliminadas.

- Figura-Fondo. El niño ha de trazar líneas e identificar figuras que aparecen sobre fondos cada vez más complejos. Son parte de este programa el reconocimiento de figuras intersecantes y escondidas, así como el completamiento de figuras y actividades de ensamble.

- Constancia Perceptual. El niño realiza ejercicios de igualación discriminación y categorización de diversas formas y animales.

- Posición en el Espacio. Se inicia el trabajo con los niños con el entrenamiento de imagen corporal, del esquema somático y de los conceptos del cuerpo. Se procura la percepción de la postura del cuerpo en relación a los demás objetos, haciendo que el niño se arrastre por debajo, sobre y alrededor de diversas piezas del mobiliario. Otros ejercicios que se recomiendan para desarrollar el sentido de la dirección en el espacio, como derecha, izquierda-

antes, detrás, arriba, abajo.

- Relaciones Espaciales. Las hojas de trabajo que se le presentan a los niños son con problemas dispuestos en secuencia, como acabar figuras, recordar una oración, ensamblar las diversas partes de algo y copiar figuras. Los ejercicios referentes a las relaciones espaciales son complejos y hasta cierto grado exigen capacidades perceptuales referentes a otras áreas.

Para la mayoría de los autores mencionados el canal visual - motor es muy importante para el desarrollo de las capacidades escolares, así como para la formación de conceptos del pensamiento abstracto. Sin embargo, hay muchos profesionales que objetan esta hipótesis y que señalan "que hay niños que manifiestan graves problemas de orientación espacial, de imagen corporal, perceptuales, de coordinación, etc. pero que no son disléxicos (Bateman, 1964 en Myers y Hammill, 1982).

SISTEMAS PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Los autores a mencionar trataron sobre todo los problemas de comunicación en niños diagnosticados como áfasicos, condición que se caracteriza por una deficiencia lingüística originada por alguna lesión cerebral. Tienen en común una orientación decididamente auditiva, lo que se refleja en los sistemas de entrenamiento que presentan.

Helmer R. Myklebust. Se le conoce más por su obra en el diagnóstico y remedio de los problemas de lenguaje en niños que mani-

fiestan sordera o bien afasia. Partiendo de sus conocimientos de patología del habla y del lenguaje, llegó a postular una teoría global de los trastornos del aprendizaje (Myklebust, 1964, 1968; -- Myklebust y Boshes, 1960, 1964 en Myers y Hammill, 1982).

Este autor acepta el concepto de que existen sistemas semiautónomos dentro del cerebro que subyacen y controlan los procesos del aprendizaje. Tal concepto supone la existencia en el cerebro de sistemas semiindependientes que pueden funcionar casi independientemente unos de otros, completarse recíprocamente o funcionar de una manera interrelacionada por completo. Por ejemplo, el sistema auditivo puede funcionar independientemente del sistema visual o de otros, como en la adquisición del lenguaje hablado.

Por otro lado, menciona que para que se dé un desarrollo normal del lenguaje es esencial un funcionamiento adecuado de los sistemas nerviosos periférico y central, lo mismo que la existencia de una integridad psicológica. El sistema nervioso central ha de estar intacto, pues de otra manera surgen incapacidades psiconeurológicas para aprender. Tales desórdenes afectan el habla, la lectura, la escritura, la aritmética y el desempeño no verbal. Introduce el término "impedimento psiconeurológico para el aprendizaje", los niños con algún impedimento psiconeurológico son algo torpes, tienen perturbaciones en la conducta y no pueden leer, escribir y contar bien, lo mismo les ocurre en el habla, todo lo cual hace inferir que es el resultado de alguna disfunción cerebral. Su postura acerca de las dificultades en el aprendizaje son invariablemente causadas por alguna disfunción neurológica.

Si no se logran dominar las destrezas de cualquiera de los sistemas semiautónomos de aprendizaje, o existe deficiencia a -- cualquier nivel de la jerarquía evolutiva, resulta una incapacidad correspondiente que a su vez reduce la probabilidad de éxito a niveles superiores. Agrupa cinco grupos generales de trastornos en el aprendizaje: trastorno del lenguaje auditivo, trastornos de lectura, trastornos del lenguaje escrito, trastornos de aritmética y trastornos no verbales del aprendizaje. Este teórico antes de iniciar una terapia de las dificultades en el aprendizaje, aboga en pro de un diagnóstico preciso y diferencial en el caso de -- los niños que presentan estas incapacidades. La rehabilitación de los trastornos antes mencionados se guían por una serie de principios que al aplicarlos en la enseñanza clínica se derivaron ciertos métodos y técnicas específicas que se recomiendan en el caso de los niños con dichos trastornos (Myklebust, 1967 en Myers y Hammill, 1982).

- Terapia de los trastornos auditivos. La meta de preparar a los niños que sufren deficiencias auditivas generalizadas es enseñarles a entender el significado de los sonidos y del habla. Los ejercicios que se proponen es enseñarle al niño la localización de diferentes sonidos que él tiene que identificar el ambiente de -- que se disponga tiene que estar libre de ruidos distractores y -- donde existan materiales visuales. Cuando el trastorno es a nivel receptivo, el entrenamiento será el desarrollo del entendimiento de lo que el niño oye, se debe seleccionar un vocabulario significativo para el niño y repetir mucho la palabra hablada con mate--

rial bien estructurado. En la terapia de los niños con trastorno a nivel expresivo, dado que el niño tiene dificultad para emplear las palabras que se han dicho. Son tres las formas comunes a entrenar, la reauditoración, la integración auditivo-motora y sintaxis. En el caso de la reauditoración se entrena al niño para facilitar el recuerdo espontáneo de los vocablos con ejercicios de -- completamiento de oraciones, junto con pistas visuales. En la integración auditivo-motora, como el niño no logra decir las palabras se fomenta la repetición voluntaria se hace que el niño se -- dé cuenta de los sonidos que puede producir antes de que se le en -- señen otros nuevos. Por otro lado, hay niños que experimentan difi -- cultades en formular oraciones, even y entienden pero hablan con palabras sueltas o frases breves y manifiestan problemas de sintaxis. Los ejercicios recomendados son oraciones revueltas, donde -- el niño debe colocar las palabras en una secuencia apropiada, or -- ciones incompletas, donde el niño debe proporcionar la palabra a -- apropiada para completar la oración.

- Terapia de los trastornos en la lectura. El objetivo principal del entrenamiento es fomentar la integración de la experiencia, -- las actividades terapéuticas con las que se trabajan se han trata -- do de dos formas comunes de dislexia: la visual y la auditiva. En el caso de los niños con dislexia visual su dificultad se mani -- fiesta en asociar las palabras impresas con su significado, se re -- comienda algún procedimiento fonético si su modalidad auditiva es -- tá intacta. Se enseñan al niño sonidos aislados y su mezcla en pa -- labras, se escogen varias consonantes que difieran notablemente -

tanto en el sonido como en su apariencia (m,t,s), al mismo tiempo se dirá el sonido de la letra más no su nombre y las letras se imprimarán en tarjetas que se presentan rápidamente al niño. Se recomiendan también actividades de igualación de carácter visual como el de compaginar figuras y palabras impresas, el niño aprende que las palabras tienen su propia configuración. En los niños con dislexia auditiva, se recomienda utilizar palabras completas que se deben extraer exclusivamente del vocabulario del niño, procurando que difieran en su forma auditiva y visual. Por ejemplo se le presenta al niño una tarjeta con la palabra zapato del lado izquierdo y un dibujo de un zapato a la derecha, esto facilita el desarrollo de las asociaciones.

- Terapia de los trastornos del lenguaje escrito. Las recomendaciones terapéuticas se basan en tres formas principales de trastorno, para la disgrafía los niños afectados integraran los patrones visuales cinestésicos adecuados para dominar la escritura. Los niños observarán en un principio como se trazan varias líneas verticales en el pizarrón, luego se le mantendrá con los ojos vendados y se le guiará su dedo índice repetidamente sobre la figura trazada, hasta que logre seguir el trazado sin ayuda, se le quitará la venda y se le dirá que coordine las tareas visual y motora reproduciendo la figura. Se presentarán otros dibujos con la misma combinación, posteriormente se analizará detenidamente cada letra que se le enseñe, hasta que el niño reconozca por ejemplo, que la letra "b" consta de una línea y un semicírculo. En el entrenamiento de la memoria visual (revisualización), se recomien-

dan reforzamientos auditivos y táctiles para mejorar el recuerdo-- por ejemplo, el deletreo de las palabras se puede aprender trazán--
 dolas varias veces. En el caso del entrenamiento en la formula--
 ción y sintáxis el objetivo es que el niño se percate de sus erro--
 res de escritura, será él quien lea su propio trabajo en voz alta
 y corrija sus errores. Se recomienda construir oraciones y rela--
 tos donde hay ciertos errores, que el niño deberá descubrir.

- Terapia de los trastornos en la aritmética. El entrenamiento i--
 nicia enseñando al niño los principios de diferentes conceptos: -
 cantidad, orden, tamaño, espacio y distancia. Así como el lengua--
 je de la aritmética: significado de los signos, disposición de -
 los números, secuencias de pasos en el cálculo y solución de pro--
 blemas. Los procesos de razonamiento que se requieren para obte--
 ner un pensamiento cuantitativo se basan principalmente en la pe--
 cepción visual, por lo que son útiles rompecabezas de fragmentos--
 irregulares, tablas de clavija, tablas de formas, etc.

- Terapia de los trastornos no verbales del aprendizaje. El entre--
 namiento consiste en enseñar a saltar, a cortar con las tijeras,-
 a saltar con la cuerda y al reconocimiento de su imagen corporal.

Los teóricos en este enfoque insisten en la importancia del--
 sistema lingüístico auditivo, sin perder de vista la relación re--
 cíproca de los canales visual, auditivo y gráfico en el aprendizaj--
 verbal y no verbal (Johnson y Myklebust, 1967 en Myers y Hammil
 1982).

Hortense Barry. Se dedicó mucho tiempo a la enseñanza de ni--

ños que tenían trastornos de comunicación, en una clase experimental. En el tratamiento de niños afásicos recomienda un enfoque ecléctico, opina que no hay ningún método específico, ni conjunto de instrumentos, ni algún enfoque único que sea o pueda ser la solución a un problema tan complejo. Define la afasia "como la incapacidad de emplear o entender el lenguaje hablado, a resultas de algún defecto o dano en el sistema nervioso central" (Hortense Barry, 1961 en Myers y Hammill, 1982).

El enfoque de Barry se basa en los principios establecidos por Myklebust y en la necesidad de presentar el lenguaje en la misma secuencia como se supone que lo adquieren los niños normales. En el entrenamiento de niños afásicos considera tres aspectos importantes:

- El ambiente físico. Debe ser un ambiente especial libre de distracciones y el número de alumnos que ha de haber será limitado. Las instrucciones que se le dan al niño deben ser en un lenguaje simple y directo.
- Terapia correctiva para disfunciones psicomotoras y percepciones deficientes. Las áreas a entrenar son: imagen corporal, se le enseña al niño a hacer un trazado de tamaño natural de otro niño en un pedazo grande de papel sobre el suelo, luego lo recortará y deberá dibujar las partes del cuerpo. En el entrenamiento de percepciones dañadas, en lo que respecta a la percepción visual el niño debe ser capaz de formar relaciones visuales, se recomiendan actividades de igualación y extracción, donde se emplean diferentes colores, formas y objetos, así como la copia de formas sim

ples y la acción de colorear, recortar y pegar. Para el entrenamiento de la percepción y la memoria auditiva, las actividades -- que el niño debe realizar estarán encaminadas a la discriminación de sonidos desde los más gruesos a los más finos y finalmente los sonidos de la voz y del habla. Para practicar la memoria se emplea la imitación de ritmos o sílabas carentes de sentido. En el entrenamiento para las perturbaciones figura-fondo y la desorganización espacial en los niños que presentan perturbación visual de figura-fondo han de aprender a fijarse en los primeros planos sin fijarse demasiado en el fondo. Por último en el entrenamiento de capacidades motoras, recomienda realizar actividades que empiecen con capacidades motoras gruesas, luego se procede a capacidades motoras finas y después a las capacidades motoras del habla.

- Terapia del lenguaje y habilidades afines. Por lo común el entrenamiento del lenguaje empieza al mismo tiempo que el entrenamiento de la percepción y el motor y se coordina con ellos.

Mildred A. McGinnis. Informa que el método empleado para enseñar a niños afásicos se llama método de las asociaciones porque fomenta y asocia sistemáticamente cada una de las diversas habilidades que se deben coordinar para el desarrollo de la capacidad de entender y aplicar la comunicación oral. El método de las asociaciones se fundamenta en cinco principios importantes (McGinnis 1963 en Myers y Hammill, 1982):

- Las palabras se enseñan mediante un procedimiento fonético o elemental.
- Cada sonido se aprende por el énfasis en la producción de la ar

ticulación precisa.

- La articulación correcta de cada sonido se asocia con su símbolo escrito correspondientemente en cursiva.
- La expresión sirve de fundamento o punto de partida para construir el lenguaje.
- Se emplea la asociación sensomotora sistemática.

Al niño que está en terapia se le enseña a producir cada sonido a asociarlo con el símbolo-letra escrito particularmente para ese sonido. Al enseñar al niño cómo producir un sonido con precisión, y al proporcionarle el símbolo visual correspondiente de ese sonido, se establece un marco de referencia que puede usar en la retención y evocación del lenguaje que se le está enseñando.

Por último es importante mencionar que los métodos de Barry han sido elaborados para niños muy pequeños o para casos graves -- en niños mayores y los métodos de McGinnis son más aptos si se trata de niños mayores ya en edad escolar.

SISTEMAS DE LA LENGUA ESCRITA.

Desde otra concepción se han diseñado propuestas de estrategias que permiten superar las dificultades en el niño en el dominio del sistema de escritura y lectura, basándose en la teoría -- psicogenética y psicolingüística contemporánea. La teoría psicogenética ha demostrado que el desarrollo intelectual va evolucionando de modo que existen etapas con límites no rígidos que permiten al niño construir un cierto tipo y grado de conocimientos pero no otros. El sujeto que conocemos a través de la teoría de Piaget es

un sujeto que trata activamente de comprender el mundo que lo rodea y de resolver los interrogantes que este mundo le plantea. Es un sujeto que aprende básicamente a través de sus propias acciones sobre los objetos del mundo y que constituye sus propias categorías de pensamiento al mismo tiempo que organiza el mundo. El aprendizaje en este dominio, no puede reducirse a una serie de habilidades específicas que debe poseer el niño, ni a las prácticas metodológicas que se desarrollen, hay que dar cuenta del verdadero proceso de construcción de los conocimientos (Ferreiro y Teberosky, 1979).

El niño empieza a construir activamente su proceso de adquisición de la lengua escrita, desde antes que inicia la enseñanza formal. El niño transita por ese camino antes de llegar al nivel que le permitirá concebir la escritura como un sistema de representación alfabética. No se accede de golpe a este nivel de comprensión, aunque la escuela se empeñe en suponerlo así. Para aprender a leer y escribir el niño debe de haber adquirido ciertas formas de razonamiento que le permitan centrar su atención sobre la organización interna del sistema escrito, no se puede desconocer el nivel de desarrollo cognitivo, por el contrario, éste debe guiar el tipo de actividad que se exige al niño (op.cit).

En este proceso el niño atraviesa por una secuencia de etapas de conceptualización, estas van desde aquella en la cual el niño aún no advierte que la escritura remite a un significado, pasando por la etapa de escritura en la cual ya hay un significado pero donde aún no se toman en cuenta los aspectos sonoros, hasta-

la etapa en que el niño descubre la relación entre escritura y pauta sonora. A partir de ahí, establece primero correspondencia entre cada grafía y cada sílaba de la cadena oral (silábica) y después de una etapa de transición (silábico-alfabética) llega a comprender el sistema de representación alfabética de nuestra escritura: la correspondencia de una grafía para cada fonema, el tiempo y ritmo con el cual esto se logra varía de un niño a otro (Ferreiro y Teberosky, 1979). Aún cuando el niño ha comprendido el sistema de representación alfabética de nuestra escritura, queda un camino largo por recorrer, pues el sistema no es una simple correspondencia de grafías y sonidos. El niño va aplicando estrategias a lo largo del proceso evolutivo que van desde la conceptualización ortográfica la cual modifica y reconstruye hasta conseguir el uso convencional del grafismo. Dentro de las propuestas de estrategias para la escritura se dividen en dos grandes rubros (SEP-OEA, 1986):

- Convencionalidades ortográficas. Cuando el niño llega al nivel alfabético, es decir, ha aprendido la correspondencia uno a uno entre sonido y grafía, debe enfrentarse al uso del subsistema ortográfico que incluyen los aspectos visuales, sistemáticos y convencionales de la expresión escrita. Algunos de éstos son el uso correcto de las letras (que no son necesariamente una representación idéntica de la pronunciación), los espacios entre las palabras, los signos de puntuación, las mayúsculas, los acentos, etc. todos estos tienen una relación con el sistema fonológico, pero no son una representación directa de este.

- Dominio de aspectos semánticos y sintácticos. En otro nivel de conocimiento, se encuentra todo aquello relacionado con las estrategias para organizar y monitorear la escritura. Se ha comprobado que las estrategias para monitorear el desarrollo de un texto, para dirigir su producción y para controlar lo que efectivamente se diga lo que se quiere decir, se desarrolla conforme el niño tiene más experiencia en la actividad de escribir. El dominio de las reglas para los aspectos semánticos del texto, al igual que las reglas ortográficas y sintácticas de la lengua escrita, se logra a base de reflexión y razonamiento lingüístico durante el ejercicio mismo de la escritura.

Tradicionalmente se ha considerado a la lectura como un acto puramente mecánico, en el cual el lector pasa sus ojos sobre lo impreso, recibiendo y registrando un flujo de imágenes perceptivo visuales y traduciendo grafías en sonido (SEP-OEA,1986).

Aprender a leer comienza con el desarrollo del sentido de -- las funciones del lenguaje escrito. Leer es buscar significado y el lector debe tener un propósito para buscar significado del texto. Aprender a leer implica el desarrollo de estrategias para obtener sentido del texto, implica el desarrollo de esquemas acerca de la información que es representada en los textos. La lectura -- es una conducta inteligente y el cerebro es el centro de la actividad intelectual humana y del procesamiento de información. Los niños desarrollan estrategias para tratar con el texto de tal manera de poder construir significado o comprenderlo, pero también las estrategias se desarrollan y se van modificando durante la -- lectura (Goodman,1981 en Ferreiro y Gómez, 1991). Las estrategias

que este autor propone son las siguientes:

- El muestreo, el texto provee índices redundantes que no son -- igualmente útiles. El lector debe seleccionar de estos índices aquellos que son más útiles, puede elegir solamente los más productivos a causa de las estrategias basadas en esquemas que el lector desarrolla para las características del texto y el significado.
- La predicción, ya que los textos tienen pautas recurrentes y estructuras, los lectores son capaces de anticipar el texto. Pueden utilizar estrategias de predicción para predecir el final de una historia, la lógica de una explicación, la estructura de una organización compleja y el final de una palabra. La velocidad de la lectura silenciosa habitual demuestra que los lectores están prediciendo y muestreando mientras leen.
- La inferencia es un medio poderoso por el cual las personas complementan la información disponible utilizando el conocimiento conceptual y lingüístico y los esquemas que ya poseen.

Ya que el muestreo, las predicciones y las inferencias son estrategias básicas de lectura, los lectores están constantemente controlando su propia lectura para asegurarse que tenga sentido. A veces se hacen predicciones que luego resultan ser falsas o descubrimos que hemos hecho inferencias sin fundamento. En este caso, el lector tiene estrategias para confirmar o rechazar sus predicciones previas. Este proceso de autocontrol a través del uso de estrategias y de confirmación es la manera en que el lector muestra su preocupación por la comprensión. Una lectura eficiente uti

liza el menor tiempo, esfuerzo y energía que sea posible para ser efectiva. Utiliza solamente la información que se necesita del texto para obtener significado, y no más. Los lectores deben tener también estrategias de autocorrección para reconsiderar la información que tienen u obtener más información cuando no pueden confirmar sus expectativas. La autocorrección es también una forma de aprendizaje, ya que es una respuesta a un punto de desequilibrio en el proceso de lectura (Goodman, 1981 en Ferreiro y Gómez 1991).

SISTEMAS RELACIONADOS CON LA MODIFICACION DE LA CONDUCTA

Se basa en la concepción de que una conducta inadecuada se aprende al igual que se aprende una conducta adecuada. Un problema de aprendizaje se refiere a la existencia de conductas incompatibles con el aprendizaje normal. La modificación de la conducta se considera más como una técnica que provee consecuencias sistemáticas para una respuesta y tiene como efecto el cambio en la probabilidad de ocurrencia de la respuesta (Gearheart, B., 1987).

Los conductistas se interesan por la conducta que es observable, medible y controlable, no intenta conseguir lo académico o fisiológicamente imposible. Las técnicas de modificación de conducta se deben usar en conjunción con otros métodos de tratamiento de problemas de aprendizaje, pero estos otros métodos no deben reducir la efectividad de los reforzadores o la precisión y sistematización impuesta por el marco de referencia de la modificación de la conducta y el éxito de ésta depende en gran medida del ~~***~~

tendimiento y cooperación entre el especialista, los maestros y los padres.

Tomas Lovitt quién más trabajos ha realizado en este campo con orientación conductual enumera trece pasos para la aplicación de un programa de modificación de conducta en niños con problemas de aprendizaje (Tomas Lovitt, 1971 en Gearheart, 1987):

- 1.- Identificar la conducta precisa que debe someterse a instrucción.
- 2.- Determinar el nivel en que se debe enseñar esa conducta.
- 3.- Arreglar la situación en la cual la conducta identificada puede ocurrir.
- 4.- Obtener datos de línea base durante algunos días (nivel diagnóstico).
- 5.- Durante la línea base además del registro de respuesta correcta o incorrecta, estudiar los patrones de error.
- 6.- A partir de la línea base determinar si es necesario proceder al programa instruccional, si lo es programar la técnica de enseñanza adecuada.
- 7.- Disponemos de dos tipos de técnicas: sucesos contingentes y los no contingentes. Los contingentes tienen relación directa de causa y efecto con la conducta medida. Los sucesos no contingentes ocurren a pesar de la calidad de la conducta.
 - a) Hay varias maneras de organizar sucesos contingentes, puede darse o retirarse por responder en forma correcta, o incorrecta, deben organizarse otras combinaciones.
 - b) Hay muchos tipos de sucesos no contingentes y varias

maneras en que pueden organizarse. Algunos tipos incluyen el modelamiento (mostrarle al alumno como hacer algo), informar (decirle al alumno como hacer algo), indicar o avisar (mostrar o decir al alumno parte de lo que debe hacer) etc. Los sucesos contingentes pueden organizarse a fin de que aparezcan antes, durante o después de la conducta.

5.- Se deben considerar dos factores sobre el desempeño de un niño:

- a) Si el niño no hace algo ¿es porque no puede o no desea hacerlo? Si el primero es verdadero tal vez sería mejor seleccionar un suceso no contingente para ayudar en el desempeño. Si se indica el último, quizás debería seleccionarse un suceso contingente.
- b) En relación al desarrollo de cierta conducta ¿está el alumno en la etapa de "adquisición" o de "dominio". Si empieza a adquirir un comportamiento, tal vez sería mejor planear una técnica no contingente. Sin embargo, si el niño está familiarizado con esa conducta, pero aún no la domina, podría ser preferible planear un suceso contingente.

9.- Emplear contingencias lo más natural posible ya que son las que están disponibles, son de fácil administración y de bajo costo.

10.- Cualquier técnica instruccional que se elija debe permanecer en efecto durante varios días a partir de los cuales se decidirá si se mantiene o se sustituye.

- 11.- Cuando el nivel de ejecución de la conducta alcance el cri
terio determinado debe retirarse la técnica.
- 12.- Promover la generalización de la conducta ya sea para que
se produzca en distintos escenarios o para que el niño -
responda a otros problemas similares relacionados con la
conducta.
- 13.- Promover la enseñanza de habilidades de autoinstrucción o
automanejo con objeto de que el niño concluya el tratamien
to como una persona independiente y responsable de su pro-
pia conducta.

SISTEMAS PARA EL REESTABLECIMIENTO DEL APRENDIZAJE DESDE UNA PERS PECTIVA NEUROPSICOLOGICA

La utilización de enfoques neuropsicológicos para la aten
ción de niños con daño cerebral es evidente ya en el siglo pasa-
do. En niños con problemas de aprendizaje no ha sido tan clara la
utilización de esta aproximación. La atención de niños con estos
problemas ha sido objeto de enfoques múltiples, y no ha estado -
siempre bien documentada su eficacia. Actualmente se reconoce que
en los niños que presentan problemas de aprendizaje existen dife
rentes factores que interfieren en el desarrollo escolar o la di-
versidad de problemas que se relacionan con las deficiencias acq
démicas, pero se habla poco de las características de las capaci-
dades básicas (Ostrosky, Ardila, Chayo, 1996).

La utilidad de un enfoque neuropsicológico se hace relevante
para el diagnóstico y atención de niños con problemas de aprendi-

zaje. Tal enfoque presume un conocimiento del estado y nivel de desarrollo de las capacidades básicas y de las interrelaciones establecidas entre éstas, así como finalmente la posibilidad de inferir el estado del Sistema Nervioso Central (SNC), que presione al niño a presentar dificultades específicas en cierta(s) área(s) del aprendizaje así como a sus correlativos conductuales y cognoscitivos. (op. cit.).

En tal aproximación, es de interés la información dada por los indicadores biológicos y no se niega la influencia de "variables moderadoras", es decir de las circunstancias externas que afectan positiva o negativamente el desarrollo de la inhabilidad en cuestión (Taylor, 1988 en Ostroky, Ardila, Chayo, 1996).

Es posible que la clasificación más utilizada en los problemas de aprendizaje es aquella que se basa en el déficit de cada una de las capacidades básicas en relación con el desempeño académico del niño, hablando así de problemas de aprendizaje de la lectura, la escritura o las matemáticas y quedando los problemas en el lenguaje como un apartado diferente. Estos problemas se pueden asociar o no con déficit en la atención y/o hiperactividad.

Existen algunos principios que subyacen a toda intervención neuropsicológica. De acuerdo con la Teoría de Luria sobre el desarrollo neuropsicológico, el cerebro opera como un sistema funcional, donde cada área cumple funciones propias pero de manera integrada con otras áreas del cerebro para producir un comportamiento específico, divide el cerebro en tres unidades básicas; La Unidad I para regular tono, vigilia y estados mentales; la Unidad II que recibe, analiza y almacena información y la Unidad III para pro--

gramar, regular y verificar la actividad. En el adulto estas unidades están involucradas en todo comportamiento sin excepción y son completamente funcionales antes de la instalación de un trastorno dado. Sin embargo, en el niño el desarrollo de estas unidades sigue una secuencia establecida (Luria,1973 en Ostrosky,Ardila,Chayo,1996).

Para llevar a cabo una terapia dentro de un enfoque neuropsicológico se tiene que partir de una evaluación neuropsicológica precisa con una capacidad diagnóstica que permita discriminar a los niños con problemas de aprendizaje y clasificarlos en subgrupos para poder llevar a cabo una intervención. Esta evaluación se realiza dentro de un enfoque sustentado por bases de neurodesarrollo pudiendo analizar cuidadosamente la manera en que la incapacidad se manifiesta a distintas edades y los cambios vinculados con la edad en el comportamiento, buscando no sólo establecer el nivel de desarrollo de cada capacidad,sino que hacer una evaluación cualitativa que permita establecer interrelaciones entre éstas.

La aplicación de un programa determinado a los niños que presentan problemas de aprendizaje está en relación con el marco teórico que subyace la concepción del desarrollo en los niños con estos problemas. Se reconocen dos líneas teóricas:

- Hipótesis de Secuencia Similar, la cual sugiere que los niños deficientes y los no deficientes difieren principalmente en términos de rapidez y nivel absoluto en el desarrollo cognitivo (Weitz y Zigler,1979 en Ostrosky, Ardila,Chayo,1996).
- El modelo de Déficit, sugiere que la organización cognitiva es

fundamentalmente diferente entre los niños con problemas de apren
dizaje y los que no presentan este tipo de problemas, este modelo
infiere la existencia de un trastorno en el funcionamiento cere-
bral (Denckla, 1979 en Ostrosky, Ardila, Chayo, 1996).

El análisis de las capacidades básicas es primordial para el
desarrollo del programa de atención de los niños con problemas de
aprendizaje. Dentro de los programas se observan tres líneas prin
cipales: (Ostrosky, Ardila, Chayo, 1996).

- Aquella que hipotetiza que el éxito de la atención estriba en el trabajo sobre el propio déficit del niño.
- La que sugiere que los niños con problemas de aprendizaje tendrían mejor desempeño cuando se les enseñe a través de métodos que utilicen sus áreas fuertes para el desarrollo de una capacidad determinada.
- Aquella que se basa en las reflexiones que el niño pueda reali-
zar de su propia ejecución, dándole la posibilidad para que él mismo monitoree su desempeño.

Por último la escuela de Azcoaga coincide con lo propuesto por Luria (1973) e insiste en la importancia de determinar no sólo lo que es el trastorno, sino también la causa y realizan una clasificación fisiopatológica y clínica de las dislexias. (Heres, J., 1996).

El conocimiento de los procesos fisiopatológicos es indispen-
sable porque es lo que permite formular un plan, precisa y ajusta-
damente aplicado a los problemas del niño. Son las funciones cere-
brales superiores las actividades fisiológicas de los sectores

superiores del Sistema Nervioso Central que sustentan formas de comportamiento específicamente humanas. La particularidad de las funciones superiores respecto del aprendizaje es que son el sustento de determinados procesos de aprendizaje. Se describen a las praxias, las gnosias y el lenguaje con el nombre de funciones cerebrales superiores. El aprendizaje de la lectoescritura incluye procesos fisiológicos, psicológicos y pedagógicos. La distorsión de los procesos normales en la escritura y las matemáticas dan lugar a una alteración del aprendizaje (Azcoaga, J. 1979).

Es factible devolver su capacidad a los niños con dificultades en el aprendizaje escolar a condición que se determine con claridad por qué se ha producido su deficiencia. El fundamento del plan para el reestablecimiento del aprendizaje debe tomar en consideración los aspectos fisiopatológicos, sintomáticos y evolutivos. Se deben definir objetivos generales y particulares, los primeros deben estar encaminados a la devolución del niño a la escuela común con su capacidad de aprendizaje normal y los segundos deberán estar dados por las deficiencias que se advierten en áreas específicas. Se consideran las siguientes áreas a tomar en cuenta en el plan de tratamiento con los niños: gnosicopráctica, lingüística, psicogenética y física (Azcoaga, 1979).

- En el área gnosicopráctica los objetivos se refieren igualmente al dominio temporoespacial y a la destreza manual necesaria para el aprendizaje de la lectoescritura y del cálculo. Estos objetivos se refieren tanto al reconocimiento (lectura y cálculo) como a la expresión gráfica (escritura, etc.). De acuerdo al grado de

severidad de este retardo se expresará en definitiva, en la legibilidad e ilegibilidad del código escrito. Teniendo predominio gnésico o predominio práxico.

- En las áreas lingüísticas los objetivos particulares conciernen a los aspectos fonológicos, semánticos y sintácticos en relación con el papel que desempeñan en el aprendizaje de la lectoescritura y el cálculo. Considera dos tipos de retardo en esta área: el retardo afásico y el anártrico, el primero se caracteriza por una deficiencia en los aspectos semánticos del lenguaje y el segundo por una dificultad en la elocución del lenguaje y estructura sintáctica del discurso.

En el niño con retardo afásico el teórico propone afianzar los dispositivos básicos del aprendizaje (atención, memoria, motivación). En el niño con retardo anártrico propone que los objetivos a cumplir se basen en consolidar los estereotipos fonemáticos que presentan determinada labilidad y corregir aquellos que son sustituidos por puntos de articulación diferentes.

Es importante resaltar que la orientación del aprendizaje escolar y sus alteraciones antes expuestas tienen como principio teórico lo que se denomina orientación "fisiopatológica". Es decir el aprendizaje normal se apoya en la fisiología del aprendizaje, mientras que la patología del aprendizaje responde a la fisiopatología. Dicho con mayor claridad: la fisiopatología del aprendizaje es al fin, el conjunto de procesos fisiológicos distorsionados.

La importancia de este enfoque enfatiza los lineamientos fi-

siopatológicos en los cuales se basa nuestro trabajo en el Hospital Psiquiátrico Infantil con los niños que presentan dificultades en el aprendizaje.

Para concluir con la revisión es importante mencionar que de acuerdo a los sistemas de tratamiento expuestos, cada uno representa opciones de resolver problemas diversos que están relacionados con las dificultades del aprendizaje, no obstante, al aplicarlos a la actividad profesional es importante conocer sus limitaciones y la utilidad de acuerdo a cada caso específico.

PROCEDIMIENTO

CAPITULO 4

El propósito de este capítulo es dar a conocer algunos antecedentes y estructura de la organización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" institución que brinda atención a la población infantil y adolescentes, así como describir detalladamente las actividades que se llevan a cabo en el servicio de psicopedagogía de dicho hospital en la atención a niños con problemas de aprendizaje cuyo objetivo es la presentación de este reporte laboral.

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "Dr. Juan N. Navarro"

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es una Institución asistencial única en su género dentro de la Secretaría de Salud. Brinda atención a la población infantil y adolescentes con una alta incidencia de trastornos psicopatológicos que a continuación se mencionan: perturbación emocional, retardo mental, perturbación de la conducta, trastornos específicos del desarrollo (retardo del desarrollo del lenguaje, problemas de aprendizaje, - trastornos mixtos del desarrollo, etc.), síndrome hiperquinético de la niñez, síndrome y síntomas especiales (tartamudeo, tics, enuresis encopresis y otros), dependencia a las drogas, psicosis confusional. Los niños que son atendidos requieren de un diagnóstico opor

tuno y tratamiento integral para disminuir las repercusiones graves que dichos trastornos tienen en los pacientes, en sus familias, en la escuela y la sociedad. Algunas de las consecuencias de no tratar oportunamente estos trastornos derivan de un mayor índice de delincuencia, farmacodependencia, fracaso escolar, conductas antisociales, etc.

Un alto porcentaje de la población infantil que ingresa al Hospital son canalizados yasea por la escuela, alguna otra institución para un manejo más integral del niño o por iniciativa propia de los familiares del menor.

Los niños que acuden por primera vez son atendidos en la consulta externa en el área de admisión, en donde el psiquiatra infantil se encarga de elaborar la historia clínica y de acuerdo al padecimiento y diagnóstico clínico inicial de cada niño se canaliza a la clínica correspondiente en la que se encuentra organizada la atención de los pacientes. Las clínicas son las siguientes: desarrollo infantil, clínica de la conducta, clínica de las emociones, clínica de la adolescencia. Ver organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

La organización de las actividades de las diferentes clínicas se llevan a cabo mediante la participación del equipo multidisciplinario integrado por:

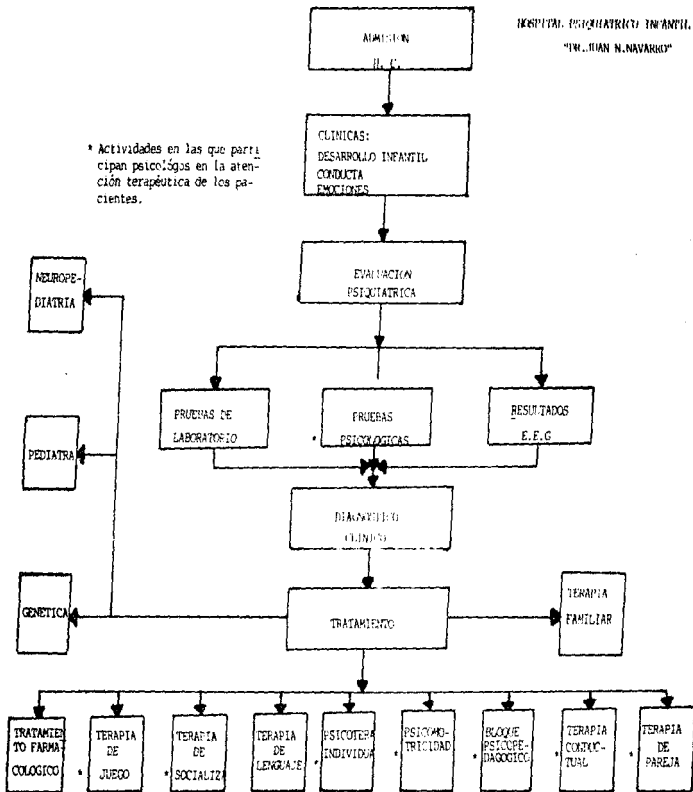
* Psiquiatra infantil. Coordinador del equipo multidisciplinario y responsable del diagnóstico y tratamiento farmacológico.

* Psicólogo clínico. Tiene una participación fundamental en las actividades diagnósticas y en el manejo terapéutico individual o de grupo de niños con problemas específicos de acuerdo a su orientación y formación.

* Trabajadora social. Se encarga del manejo de los grupos de padres y es el enlace entre los padres y el equipo para las actividades comunes.

* Enfermera y auxiliar de enfermería. Participan activamente como apoyo en la atención de los pacientes. Ver descripción del diagrama del funcionamiento de las clínicas.

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"



EL AMBIENTE TERAPEUTICO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL.

En el año de 1976 inició sus funciones el servicio Hospital de Día, aunque con anterioridad ya se impartían diferentes tipos de terapias era necesario contar con una unidad para la atención de niños que no ameritaban la hospitalización continua y a los cuales no era posible brindar el tratamiento idóneo en la consulta externa, tanto por el tiempo que se requería para cada tipo de terapia, como por la necesidad de dar atención a mayor número de pacientes en grupo. Fué así que se estructuró formalmente el servicio cuyo objetivo principal es proporcionar el diagnóstico y tratamiento oportuno a niños con problemas de aprendizaje, de lenguaje y de conducta.

El servicio de Hospital de Día se encuentra organizado de la siguiente manera: un jefe de servicio peditopsiquiatra y un residente de psiquiatría cuyas funciones son: a) valorar a todos los niños que son canalizados al servicio, con la colaboración del personal especializado (equipo multidisciplinario); b) realizar entrevistas a los padres de los menores con el fin de informarles sobre el diagnóstico, manejo y evolución de sus hijos; c) responsable del tratamiento farmacológico y d) de la supervisión de las actividades de rehabilitación. Los niños se integran a los diferentes bloques de acuerdo a un procedimiento diagnóstico. Los bloques que integran el servicio son los siguientes.

- Bloque de terapia ambiental, lo integran niños con trastornos graves del desarrollo, del tipo de autismo, según lo amerite cada caso en particular participan en las actividades de estos niños o

tros bloques como lenguaje, socialización, psicomotricidad, etc.

* Bloque de socialización. Asisten niños con problemas de conducta y aquellos que específicamente presentan dificultad para establecer relaciones interpersonales.

* Bloque de lenguaje. Lo integran niños con dificultades en la articulación, emisión, recepción o ambos.

* Bloque de psicomotricidad. Lo conforman niños con trastornos del desarrollo motor y se les da un tratamiento individual o grupal de psicomotricidad.

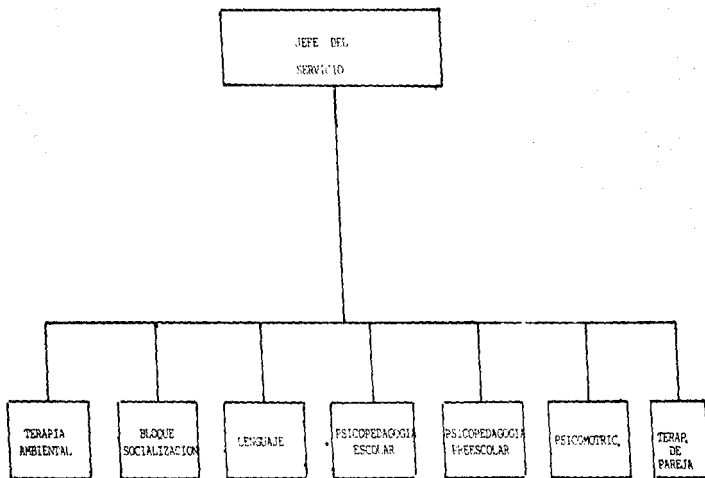
* Bloque de terapia de pareja. La inclusión de padres que por trastornos propios de su funcionamiento como pareja requiere de un abordaje más específico y especializado.

* Bloque psicopedagogía preescolar. Lo integran niños que presentan trastornos en el desarrollo y que aún no cuentan con las habilidades previas a la lectoescritura.

* Bloque psicopedagogía escolar. Atiende niños en edad escolar que presentan deficiencias en la lecto-escritura y cálculo, en donde un grupo de psicólogas (cuatro), somos las responsables de la evaluación, diagnóstico y tratamiento con la finalidad de dar una solución a los problemas de bajo rendimiento escolar que están ligados a las dificultades en el aprendizaje y brindar al educando que presenta estas dificultades apoyo en las áreas deficientes para que logre acceder con éxito al aprendizaje escolar.
Ver organigrama del servicio de Hospital de Día.

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA

73



* Integrado por 4 psicólogos responsables de la evaluación, diagnóstico y tratamiento en la atención a niños con problemas de aprendizaje.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION INFANTIL QUE ASISTE AL SERVICIO PSICOPEDAGOGICO.

El servicio de psicopedagogía brinda atención a la población infantil en edad escolar que presenta problemas en el aprendizaje. La mayoría de los niños atendidos son referidos al servicio por las diferentes clínicas que integran la consulta externa por presentar algún problema específico en la lecto-escritura y cálculo, además de cubrir con los criterios de inclusión determinados por el servicio psicopedagógico con la finalidad de que los niños atendidos realmente correspondan en la medida de lo posible a casos de niños con problemas de aprendizaje. Se consideran los siguientes criterios de inclusión que el médico responsable de la clínica así como sus residentes deberán de tomar en cuenta:

- * Niños entre 6 y 7 años hasta 13 y 14 años.
- * Con un coeficiente intelectual mínimo de subnormalidad en ambas escalas.
- * Que estén presentando un problema específico de aprendizaje que no sea secundario a otras causas tales como: retraso mental, dificultades auditivas y/o visuales, problemas emocionales severos, etc.
- * Que existan quejas en la escuela ocasionadas por el bajo rendimiento escolar acompañada de bajas calificaciones.
- * Que no estén recibiendo atención psicopedagógica en otra institución especializada (SEP,UPRE,INCH,DIF), ya que entonces se duplicaría el tratamiento.

Es importante resaltar que los niños atendidos en su mayoría no presentan un problema "puro" de aprendizaje como tal, en la gran mayoría éste se acompaña de algún trastorno como: déficit de atención, problemas de conducta y perturbación emocional. De aquí la importancia que el trabajo que se realiza con dichos niños es de una forma integral con la participación del equipo multidisciplinario, con el propósito de discutir cada caso para su manejo.

Para dar a conocer las características de la población infantil que asiste a psicopedagogía y con los cuales se lleva a cabo las estrategias de intervención motivo del presente reporte laboral, se revisaron 38 expedientes clínicos de los niños que fueron evaluados y diagnosticados para su ingreso a tratamiento psicopedagógico a partir del mes de Enero de 1996. Uno de los criterios a tomar en cuenta al revisar los expedientes es que fuera el caso de niños con una asistencia regular a sus sesiones de tratamiento y formaran parte de los grupos en donde como psicóloga tuviera una participación directa con estos niños.

Se tomaron en cuenta algunas variables para obtener las características de la población con la que se trabaja como son:

- * Edad
- * Sexo
- * Resultados de EEG (Electroencefalograma)
- * Resultados de la Escala de Inteligencia (WISC)
- * Resultados del Test Gestáltico Visomotor de Bender

A continuación se hace una descripción de las gráficas con los porcentajes obtenidos de cada una de las variables mencionadas:

* Gráfica 1.- Porcentaje de incidencia de niños con problemas de aprendizaje por edad.

De los 7 años de edad el 7.3% corresponde al sexo masculino y el 2.6% al sexo femenino. De los 8 años de edad el 13.1% corresponden al sexo masculino a esta edad no se registran datos del sexo femenino. De los 9 años de edad el 23.7% corresponde al sexo masculino y el 15.7% al sexo femenino. El 10.5% corresponde al sexo masculino que cuenta con 10 años y el 5.3% al sexo femenino. De los 11 años de edad el 15.7% corresponde al sexo masculino y el 5.3% al sexo femenino. Se puede observar que el mayor porcentaje de niños pertenece al sexo masculino y sólo un mínimo al sexo femenino.

* Gráfica 2.- Porcentaje de resultados de electroencefalograma de niños con problemas de aprendizaje. (EEG).

EEG.Normal. El 29.0% corresponde al sexo masculino y el 15.8% al sexo femenino.
 EEG.Anormal (Descargas Paroxísticas Generalizadas). El 23.7% corresponde al sexo masculino y el 15.8% al sexo femenino.
 EEG.Alteración Inespecífica. El 10.5% corresponde al sexo masculino y el 7.9% al sexo femenino.
 Sin EEG. El 7.9% al sexo masculino y el 2.6% al sexo femenino.

* Gráfica 3.- Porcentaje de los niveles de Inteligencia de niños con problemas de aprendizaje por sexo.

Normal Brillante. El 5.3% corresponde al sexo masculino, para el sexo femenino no se registraron datos.

Normal. El 39.4% corresponde al sexo masculino y el 13.1% al femnino.

Subnormal. El 13.8% al sexo masculino y el 5.3% corresponde al sexo femenino

Limitrofe. No se registran datos para el sexo masculino y el 2.6% corresponde al sexo femenino.

Sin estudio. Esto significa que en el expediente no se encontraron resultados del estudio psicológico. El 10.5% corresponde al sexo masculino y el 5.3% al sexo femenino.

* Gráfica 4.- Porcentaje de discrepancias por sexo entre niveles verbal y de ejecución en niños con problemas de aprendizaje.

A partir de 15 puntos de diferencia entre cada escala.

No Hay. El 46.9% corresponde al sexo masculino y el 15.6% al sexo femenino.

Si Hay. El 25% corresponde al sexo masculino y el 8% al sexo femenino.

* Gráfica 5.- Porcentaje de los resultados de la prueba de Bender por sexo en niños con problemas de aprendizaje.

Normal. El 3.1% corresponde al sexo masculino y el 0% para el sexo femenino.

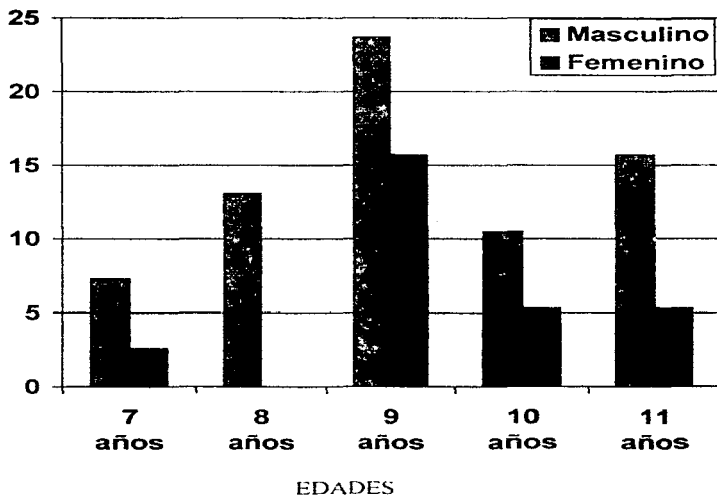
Disfunción Cerebral. El 62.5% corresponden al sexo masculino y el 25% al sexo femenino.

Tensión emocional. El 6.2% corresponden al sexo masculino y el 3.1% corresponde al sexo femenino.

“SERVICIO DE PSICOPEDAGOGIA”

PORCENTAJE DE INCIDENCIA DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE POR EDAD

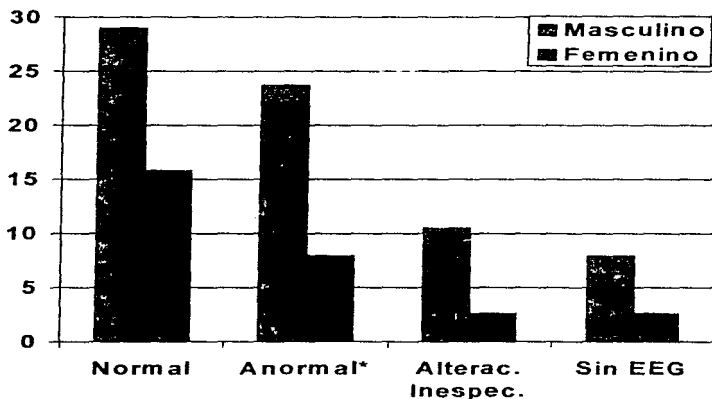
GRAFICA I



“SERVICIO DE PSICOPEDAGOGIA”

PORCENTAJE DE RESULTADOS DE ELECTROENCEFALOGRAMA DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE POR SEXO

GRAFICA 2



ELECTROENCEFALOGRAMA

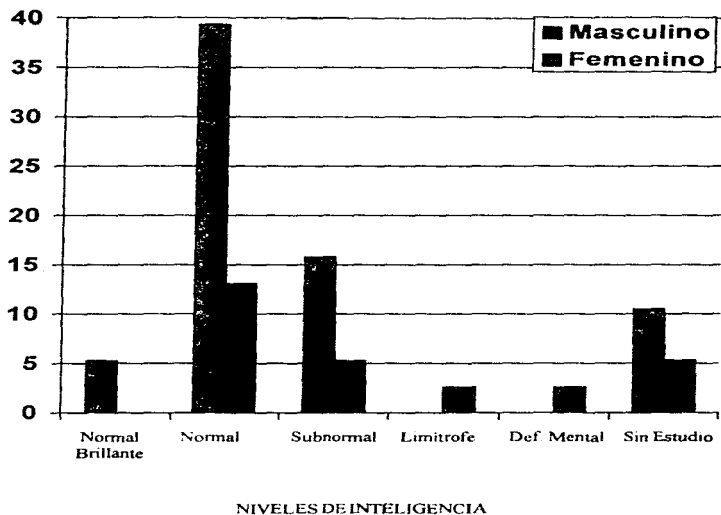
*Descargas Paroxísticas Generalizadas

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

“SERVICIO DE PSICOPEDAGOGIA”

PORCENTAJE DE LOS NIVELES DE INTELIGENCIA DE LOS NIÑOS
CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

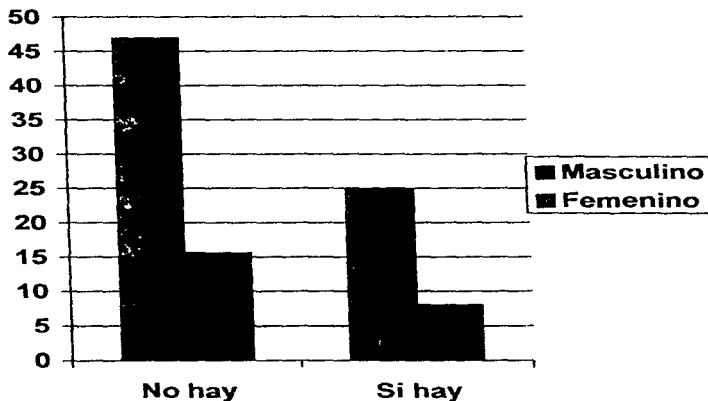
GRAFICA 3



“SERVICIO DE PSICOPEDAGOGIA”

PORCENTAJE DE DISCREPANCIAS POR SEXO ENTRE LOS NIVELES DE INTELIGENCIA DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

GRAFICA 4

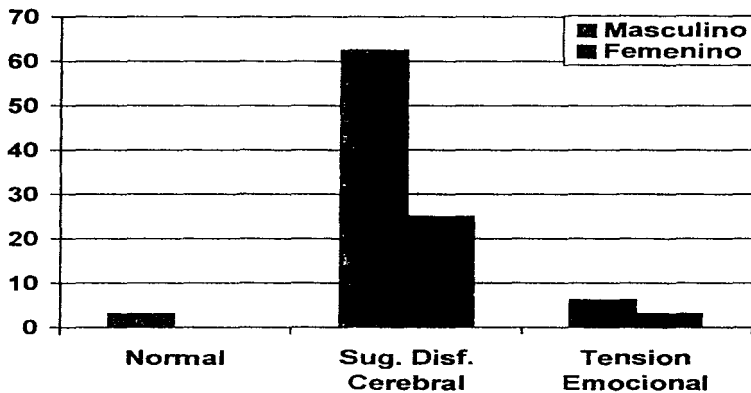


DISCREPANCIAS ENTRE LOS NIVELES DE INTELIGENCIA

“SERVICIO DE PSICOPEDAGOGIA”

PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE BENDER DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

GRAFICA 5



PRUEBA DE BENDER

A continuación se describen las actividades que se llevan a cabo en el servicio de psicopedagogía y que se dividen en tres grandes fases:

- * Fase de Evaluación
- * Fase Diagnóstica y
- * Fase de Tratamiento

Ver diagrama del funcionamiento del servicio de psicopedagogía.

El servicio de psicopedagogía se encuentra integrado por cuatro psicólogas responsables de la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

FASE I EVALUACION

Esta primera fase tiene como propósito identificar las dificultades de lectura, escritura y cálculo que presentan los niños que son canalizados con el fin de determinar un diagnóstico psicopedagógico que nos permita establecer las acciones a seguir con los niños.

Para lograr este fin se realizan una serie de actividades en donde la participación del equipo multidisciplinario es fundamental así como la participación de los padres de familia.

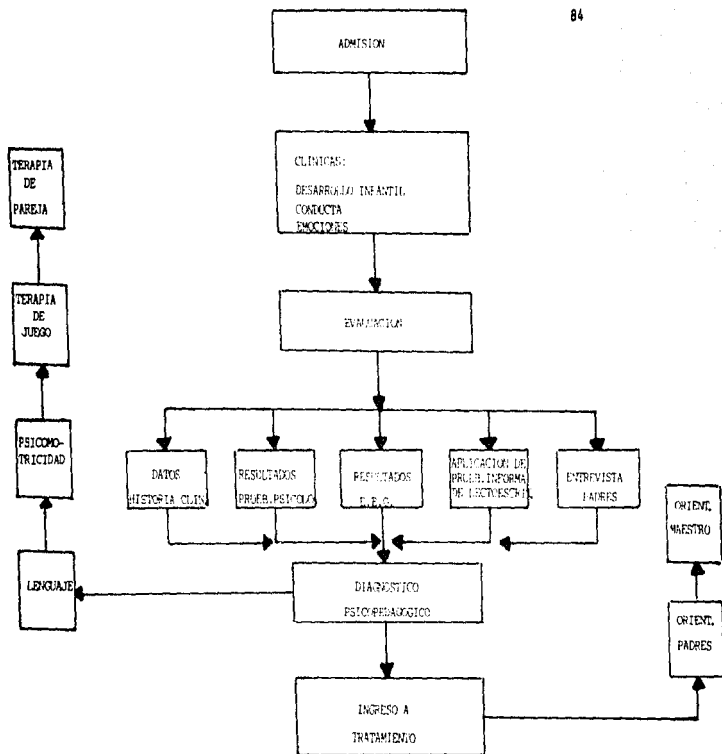
Se describen a continuación las actividades que se realizan:

- * Recolectar datos de la historia clínica:

Para poder realizar la evaluación inicial es importante

DIAGRAMA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE PSICOPEDAGOGIA

84



contar con una historia clínica completa a fin de tener información y una idea general acerca del niño.

Esta historia es elaborada por el psiquiatra infantil o residente de psiquiatría de las clínicas mencionadas y se integra al expediente clínico de cada uno de los niños que acuden a consulta

Los datos relevantes que nos interesa conocer son:

- a) Motivo de consulta. Se refiere a lo mencionado por los responsables en relación al problema del niño (quién detectó el problema), conocer si fueron los propios familiares, la escuela o alguna otra institución que este canalizando al niño para su atención.
- b) Antecedentes prenatales, peri y postnatales. Si la madre del niño presentó algún problema durante el embarazo (algún padecimiento infeccioso, disturbios metabólicos, mal uso de medicamentos, etc.), si el nacimiento del niño fué prematuro o presentó hipoxia o hubo algún traumatismo físico, etc.
- c) Desarrollo psicobiológico. Nos interesa saber si ha sido normal o se detecta algún retraso en el desarrollo del niño, además de conocer antecedentes heredofamiliares, es decir, si existe algún familiar con algún problema similar.
- d) Evolución de su historia escolar. Conocer como ha sido su rendimiento escolar y su desempeño académico así como la evolución del mismo.
- e) Dinámica familiar. Saber si existe alguna disfunción importante en la familia que pudiera estar repercutiendo en el niño.

f) Diagnóstico clínico y tratamiento farmacológico.

* Conocer resultados de pruebas psicométricas. Los estudios psicológicos son realizados por psicólogas que integran el servicio de psicología y que forman parte del equipo interdisciplinario de las diferentes clínicas.

Los estudios psicológicos que realizan son:

+ Valoración de procesos cognoscitivos:

- Test Bender Guestart
- Escala de Inteligencia para niños de Weschler (Wisc o Wisc-R)
- Test del dibujo de la figura humana

Nos interesa conocer el nivel de inteligencia para descartar alguna deficiencia mental así como la dinámica de los procesos cognoscitivos.

+ Estudio psicológico completo:

- Test Bender Guestart
- Escala de Inteligencia para niños de Weschler (Wisc o Wisc-R)
- Técnicas proyectivas gráficas:
 - Test del dibujo de la figura humana
 - Test del HTP
 - Test del dibujo de la familia de Corman
- Test de Apercepción Infantil de Bellak (CAT)

- Test de frases incompletas para niños de
Sacks

De esta valoración nos interesa también conocer la dinámica de los procesos cognoscitivos del niño así como descartar que el niño presente deficiencia mental. Además de conocer los problemas emocionales en el niño y que desempeñan un papel importante en los problemas del aprendizaje, ya que esto implicaría introducir otros aspectos en el manejo.

- * Conocer resultados de estudios complementarios como es el EEG (Electroencefalograma).

Nos interesa saber si existe alguna alteración en la actividad bioeléctrica del niño que pudiera explicar aquellos casos en que nos encontramos con niños extremadamente inquietos, impulsivos, con dificultades importantes a nivel motor, etc. que requieren la participación del equipo multidisciplinario.

- * Aplicación de pruebas informales de lectura, escritura y cálculo.

Es importante al iniciar la evaluación psicopedagógica establecer una relación favorable con el niño que le permita adaptarse a la nueva situación así como reducir su ansiedad. Esto se logra a través de preguntas sencillas tales como: ¿si conoce el motivo de estar con nosotros?, si no lo sabe se le explica.

Se investiga información relevante del medio ambiente

del niño que es aportada por él mismo: respecto a su edad, domicilio, nombre de su escuela, grado que cursa, ocupación de sus padres, etc.

Se exploran conceptos temporales, espaciales, conocimiento de esquema corporal y noción derecha-izquierda. Para conceptos temporales se realizan preguntas como: ¿qué día es hoy? ¿qué día fué ayer?, ¿qué día será mañana?, ¿cuándo es tu cumpleaños?, ¿dime en orden los días de la semana y los meses del año? Los conceptos espaciales se exploran pidiéndole al niño que esta arriba, abajo, detrás, adelante en relación a él y al espacio físico. Para evaluar conocimiento del esquema corporal se le pide que nos señale algunas partes del cuerpo y en el caso de noción derecha-izquierda que nos indique cuál es la mano derecha y cuál es la izquierda.

Se aplican pruebas para evaluar el rendimiento escolar que fueron diseñadas en el mismo servicio. Las pruebas son informales de acuerdo los conocimientos académicos de lectura, escritura y cálculo que el niño debe saber en base al grado escolar que cursa y que abarcan de lo. a 6o. grado. Las áreas que se exploran son: Escritura: libre, dictado y copia, comprensión de la escritura. Lectura: oral y en silencio, comprensión de la lectura y cálculo operaciones básicas y razonamiento de problemas. Los aspectos que se exploran en cada área son los siguientes:

a) Escritura libre. Se explora en relación a un dibujo que se le pide al niño que realice y se le indica que escriba un cuento inventado por él. Cuando el niño menciona "que no sabe

o que no se le ocurre nada", se le ayuda con algunas preguntas del dibujo que realizó ¿cómo se llama?, ¿qué le gusta hacer?, etc. ahora tú lo vas a contar pero por escrito.

b) Dictado y copia. Se utilizan textos escritos en imprenta. Al terminar el dictado y la copia se le pide al niño ncs explique qué entendió de lo que escribió.

c) Lectura oral y en silencio. Para explorar el nivel de comprensión de los aspectos esenciales se le pide al niño explique lo que leyó. Cuando el niño no describe lo que leyó o lo hace pobremente se procede a efectuar preguntas específicas del texto. Para la lectura en silencio se le pide lo mismo.

d) Cálculo. Se explora conocimiento del SND (Sistema Numérico Decimal), operaciones aritméticas básicas, solución de - problemas.

Conforme transcurre la sesión se va evaluando el nivel al canzado por el niño en las diferentes áreas tomando en consideración algunos aspectos importantes:

+ La observación es fundamental durante la evaluación, es a través de ésta que tenemos un mejor conocimiento del niño. Observamos sus hábitos de trabajo, desde su posición al escribir, la forma en que toma el lápiz, si la distancia del ojo al papel es adecuada, si hay limpieza en su trabajo, su período de atención, sus actitudes ante la evaluación, etc.

+ Se realiza una evaluación cualitativa de los errores que el niño va presentando en cada una de las áreas a fin de ir formulando hipótesis que nos permitan definir las causas de

las equivocaciones del niño. Es decir, los errores que el niño cometió se debieron a aspectos práxicos?,agnósicos visuales o auditivos?, localizados por algún problema de lenguaje? (Azcoaga, 1979). Lo importante a observar en las áreas es lo siguiente:

+ En el área de escritura lo que se observa son los aspectos caligráficos, manejo del espacio gráfico (tanto para la escritura de palabras, enunciados, textos y números); ortográficos como es el uso correcto de letras, manejo de mayúsculas, acentos, signos de puntuación; nivel de adquisición de la escritura. Además si el niño es capaz de autopercebir y corregir sus errores, si el predominio de errores es hacia el aspecto ortográfico o son errores específicos, es decir, este tipo de errores se asocia a los problemas de aprendizaje y se refieren a las modificaciones realizadas a los elementos evaluados que se asocian a dificultades de orden percepto-discriminativo. (Macotela, Bermúdez, Castañeda, 1995) Por ejemplo, distorsión, omisión, sustitución, etc.

+ En el área de lectura se observa el tipo de aproximación hacia esta en cuanto al tono, fluidez, prosodia y comprensión.

+ En el área de cálculo se observa mecanizaciones y razonamiento, se explora el procedimiento que utilizó en la realización de operaciones si es que esto no es claro, se le pide al niño nos explique cómo llegó al resultado?, con el fin de conocer las estrategias que utilizó. En la solución de problemas se explora el conocimiento y aplicación de las operaciones a la solución de problemas.

Se realiza entrevista con los padres una vez que se concluyó con la evaluación a fin de completar información referente a la situación escolar del niño, se formulan a los responsables preguntas como: ¿quién detectó el problema?, ¿cuál es el problema principal que presenta en la escuela?, ¿cómo es su escritura, lectura?, ¿presenta problemas en matemáticas?, ¿la escuela reporta problemas de atención, concentración, memoria?, ¿sabe estudiar o realiza sus tareas solo?, ¿se detecta algún problema en los deberes que le corresponden?, ¿asiste o ha asistido algún apoyo extraescolar?, etc.

FASE II DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO

El propósito es identificar los errores relevantes y nivel de adquisición en las áreas de lectura, escritura y cálculo a fin de determinar el nivel de rendimiento escolar del niño de acuerdo al grado académico y edad.

Para lograr este objetivo se toman en cuenta los siguientes aspectos:

- * Diagnóstico clínico elaborado por el médico responsable del caso.
- * Diagnóstico psicológico emitido por las psicólogas mediante la integración de los estudios psicológicos.
- * Diagnóstico psicopedagógico que se realiza mediante el análisis cualitativo del resultado de las pruebas in-

formales de lectura, escritura y cálculo en donde se compara el nivel de desempeño del niño con el grado escolar que cursa.

- * La observación directa durante la aplicación de las pruebas informales, por las conductas de los niños que se observan en ese momento nos lleva a tomar algunas acciones como el poder determinar la prioridad del tratamiento que el menor requiere recibir en caso de detectar algún otro problema importante en el niño (motor, lenguaje, conductual, emocional) y de esta manera sea canalizado con algún otro especialista para su manejo y tratamiento.

Tomando en cuenta todos los diagnósticos emitidos se elabora un diagnóstico psicopedagógico que nos permita apreciar las características del niño y determinar si es un niño que presenta problemas de aprendizaje.

Para poder considerar que el niño presenta un problema de aprendizaje y requiere ingresar a tratamiento se toman en cuenta aspectos como:

- * Coordinación motora fina deficiente que se refleja en una escritura ilegible, trazos incoordinados, mal manejo del espacio en la hoja.
- * Torpeza motora gruesa.
- * Trastornos perceptuales (visual/auditivo).

- * Discrepancias entre su potencial y el desempeño académico
- * Problemas de lenguaje:
 - Al hablar no muestra fluidez
 - Dificultad en la articulación de palabras
 - Dificultad para estructurar frases
 - Dificultades semánticas
- * Distracción
- * Perturbación de la memoria
- * Impulsividad
- * Problemas en áreas académicas básicas:

Escritura: Dificultad en los trazos, irregularidad de espacios entre palabras, mal uso de tiempos verbales, mal uso de concordancia entre género y número. Múltiples errores específicos. En escritura libre, pobreza de vocabulario, ideas incoherentes y poco fluidas. Deficiente comprensión de lo escrito.

Lectura: Deficiente entonación y ritmo, errores específicos. Deficiente recuperación de la información.

Cálculo: Dificultad para encolumnar cantidades. Olvida y/o desconoce procedimiento de operaciones elementales, dificultad en la comprensión para solucionar problemas así como para operacionalizar los mismos

Se informa de los resultados a los responsables y se contestan las dudas que presenten.

Se establece un contrato de ingreso a tratamiento con el niño, padres y psicóloga en donde se especifica:

- * Día y horario que el niño asistirá a terapia.
- * Material de trabajo que utilizará en las sesiones como son: cuaderno, regla, tijeras, pritt, colores, lápiz, goma.
- * Forma de pago de cada sesión.
- * Continuar asistiendo a las consultas con su médico responsable.
- * Asistir cuando el caso así lo requiera a sus demás terapias.
- * Mediante los padres establecer una comunicación permanente con el maestro de la escuela.

FASE III TRATAMIENTO

El propósito de esta fase es ayudar al niño a superar las deficiencias que lo han limitado en el proceso de la adquisición de la lecto-escritura y cálculo mediante la aplicación de diversas estrategias cuya finalidad es lograr su incorporación a su escuela regular.

Para lograr este objetivo se diseñan una serie de estrategie-

gias de tratamiento que actúan directamente en el niño retomando algunos postulados teóricos descritos anteriormente. No obstante que la intervención es con el niño no se pierde de xista la participación del grupo familiar y del medio escolar.

El hecho de trabajar en una institución en donde existe una alta incidencia de trastornos psicopatológicos ha permitido durante la práctica cotidiana tener contacto con un gran número de niños cuyos trastornos de aprendizaje son ocasionados en una mayoría por un déficit funcional el cual es causado por alguna lesión cerebral de índole diversa. El trabajar en un terreno meramente clínico nos permite conceptualizar que los lineamientos al realizar nuestro trabajo enfatizan los aspectos fisiopatológicos de las funciones cerebrales superiores (praxias, enosias, lenguaje). (Azcoaga, 1979). Los niños necesitan de las funciones cerebrales superiores para aprender en la escuela, cuando existe una alteración se manifiestan en una distorsión del proceso de aprendizaje.

Por otro lado, tenemos también al realizar el trabajo terapéutico con los niños una marcada orientación de tipo Piaget donde la obtención de conocimiento es un resultado de la propia actividad del niño. Un sujeto activo es un sujeto que compara, excluye, ordena, reformula, comprueba, etc. en acción interiorizada (pensamiento), o en acción efectiva (según su nivel de desarrollo). (Ferreiro y Teberosky, 1979).

La organización del plan de tratamiento que se lleva a cabo

en el servicio psicopedagógico funciona de la siguiente manera:

1.- Los niños acuden a terapia una vez por semana en el día asignado, durante dos horas aproximadamente tiempo que dura la sesión sin dejar de asistir a su escuela regular.

2.- Se forman grupos abiertos de máximo cinco niños de acuerdo a su nivel de rendimiento detectado durante el diagnóstico sin importar edad y grado académico.

3.- En base a la demanda de atención de los niños se trabaja con tres niveles durante el tratamiento:

- Nivel inicial. Podemos decir que lo integran niños entre los 7 y 9 años de edad aprox. que cursan 1o. y 2o. grado egcolar (en su mayoría repetidores). Estos niños se encuentran entre un nivel silábico y en una etapa de transición silábica-alfabética en lo referente a la lecto-escritura.

- Nivel intermedio. Niños entre los 8,10 y 11 años de edad que se encuentran cursando 3o. 4o. y a veces 5o. año. Estos niños se encuentran en un nivel alfabético en donde ya han adquirido lo básico de la lecto-escritura, logran escribir enunciados, textos pequeños pero que presentan errores muy específicos en las diferentes áreas.

- Nivel avanzado. Lo conforman niños entre los 11 y 13 años que cursan 5o. y 6o. año preadolescentes en su mayoría que presentan también problemas muy específicos, en donde las mayores dificultades se presentan a nivel de comprensión y razonamiento lógico matemático. Es importante resaltar que en la mayoría de los niños de los diferentes niveles hay asociado un componente emocional importante.

De los 38 expedientes clínicos de los niños que se revisaron a partir del mes de Enero de 1996 que fueron evaluados, diagnósticados y que ingresaron a tratamiento la situación actual es la siguiente:

Tabla 1

38 Casos	ALTAS	BAJAS	Reciben TRATAMIENTO
27 niños	7	3	17
11 niñas	3	1	7
TOTAL	10	4	24

De los niños que continúan en tratamiento se integraron a los grupos de acuerdo a los niveles descritos distribuidos durante la semana como sigue:

Tabla 2

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1 GRUPO	2 GRUPOS	2 GRUPOS	2 GRUPOS	1 GRUPO
Nivel Intermedio	* Nivel Intermedio Nivel Intermedio	* Nivel Inicial Nivel Avanzado	* Nivel Inicial Nivel Inicial	Nivel Intermedio.

* Participación en los grupos.

4.- Las actividades que se utilizan durante el tratamiento son diseñadas por cada una de nosotras encargadas del manejo de cada grupo antes de iniciar el trabajo grupal. Los temas con los que se trabaja son diversos, estos pueden estar relacionados con el interés de los mismos niños que asisten a tratamiento o pueden ser temas académicos y/o relacionados con algún acontecimiento histórico importante o de acuerdo a la época del año. Y mediante la utilización de diversas técnicas se van entrenando las áreas en donde los niños presentan deficiencias.

A continuación se mencionan los objetivos a cumplir en cada área de acuerdo a los niveles antes señalados.

Nivel inicial:

Lecto escritura. Los niños con los que se trabaja a este nivel presentan dificultades para escribir palabras con diferentes combinaciones de sílabas. La meta es lograr que los niños alcancen un nivel de desarrollo de palabras y logren escribir enunciados en donde relacione aspectos caligráficos, fonéticos y ortográficos así como aspectos que expresen el nivel de comprensión de lo escrito.

Dado que los niños con los cuales trabajamos presentan déficits importantes en sus capacidades perceptuales así como en su coordinación fina entre otras dificultades. Se utilizan diversas técnicas perceptuales como son: percepción visual, cuando se trabaja aspectos de figura fondo se le pide al niño localizar diferentes palabras (sopa de letras), para trabajar relaciones espaciales se les pide a los niños localicen diferentes puntos por ejem. a2,b3,etc. de tal manera que formen una figura, para posi-

ción en el espacio los niños pueden copiar cada letra según la posición que le corresponde en cada cuadro por ejem. "b", "d", "p", "q". Estas por mencionar algunas actividades.

Para los aspectos de coordinación motora fina se trabaja con los niños el trazo de diferentes líneas, es común observar en los niños deficiencias importantes en esta área que en muchas de las ocasiones es tan severo su problema que hasta trazar el márgen en su cuaderno les resulta difícil, otras actividades con las cuales trabajamos son colorear, recortar con tijeras, rasgar papel con los dedos a fin de que los niños efectúen movimientos bien coordinados. Para trabajar estos aspectos durante el tratamiento se retoman algunas propuestas por diferentes teóricos (Kephart, 1967, Frostig, 1964, Azcoaga, 1979).

En el aspecto lingüístico observamos que muchos de los niños que asisten a terapia presentan dificultad para reconocer los sonidos de las letras, problemas de discriminación auditiva, se trabaja todo lo que es el análisis fónico de palabras, se les enseña a entender lo que oven a través de instrucciones sencillas. Se instiga a los niños a repetir las palabras que dice para que se percate de los sonidos que produce. Cuando los niños tienen dificultad para formar oraciones los ejercicios que se realizan es presentar oraciones revueltas en donde los niños las ordenen en una secuencia lógica o se les presentan oraciones incompletas y los niños deben buscar la palabra apropiada. Las oraciones son sencillas de acuerdo al vocabulario de los niños. Para entrenar el recuerdo de las letras (memoria visual) se construyen oracio-

nes con errores que los niños deberán descubrir a fin de percatarse de sus errores y corregirse (Myklebust,1967).

Lecto-escritura (comprensión). El propósito es lograr que el niño sea capaz de comprender los aspectos esenciales de la lecto-escritura.

Básicamente las actividades en la terapia se encaminan a que los niños capten el significado de palabras, enunciados y pequeños textos. Se les pide a los niños lean un cuento o algún texto y se le pide nos explique lo que leyó. El énfasis en la terapia es ayudar al niño a razonar y reflexionar sobre los ejercicios mismos de su propia lectura. (Goodman,1981 en Ferreiro y Gómez 1991).

Cálculo. La meta en esta área es lograr que el niño sea capaz de escribir y leer números, conozca su valor, ejercite operaciones elementales y su aplicación en situaciones concretas (Azcoaga,1979).

Los ejercicios se encaminan a ejercitar en los niños la lecto escritura de números y su representación gráfica hasta alcanzar su consolidación. Se trabajan conceptos definidos como "mayor que" "menor que", conceptos del Sistema Numérico Decimal (SND) así como su valor, significado de signos aritméticos y ejercitación de operaciones básicas. Poco a poco se avanza en la solución de problemas que se presentan a los niños en enunciados sencillos además de su representación gráfica.

Nivel Intermedio:

Lecto-escritura. A este nivel los niños aún no han consolidado aspectos anteriores, pueden estar detenidos total

mente, retrasados o el proceso que siguen es totalmente anormal.

Han pasado por etapas previas del aprendizaje no sin dificultad y habría que estructurar lo anterior y trabajar lo actual, lo primero que se realiza es reajustar todos los aspectos ya consolidados de la lecto-escritura, se diseñan actividades encaminadas a corregir los errores específicos de los niños. Se mejoran los aspectos ortográficos en donde se trabaja con reglas y signos de puntuación a fin de que la lectura de los niños sea más rápida.

Lecto-escritura (comprensiva). Se pone énfasis en que el niño capte el significado de lo que lee. Igual que en el nivel anterior los temas con los que se trabaja son diversos se busca sean de interés para los niños, se les pide a los niños realicen un análisis de lo que lee, expliquen las ideas esenciales, es decir, aprendan a recuperar el significado de la información de lo que leen.

Se utilizan de manera combinada las técnicas descritas anteriormente. Es importante resaltar que la labor terapéutica se encamina a que los niños participen activamente, piensen, razonen, sobre los aspectos que están trabajando. Además de ser capaces de ir evaluando su trabajo a través de sus propias correcciones.

Cálculo.

Se insiste en la consolidación de la ejercitación de operaciones básicas, en el reconocimiento de SND. Los enunciados de los problemas incluyen relaciones lógicas que van aumentando en grado de complejidad.

Nivel avanzado:

A este nivel el problema de aprendizaje aunado a

las lagunas de conocimiento que se van haciendo, más los malos hábitos de trabajo ocasionan un problema escolar cada vez mayor conforme avanzan en grados escolares y de edad. La aplicación del plan de tratamiento se va ajustando al aprovechamiento de los niños. Dada la edad de estos niños que se encuentran en este nivel (preadolescentes), los problemas específicos están aunados a factores emocionales de carácter reactivo que tiende a acrecentar su problemática. Cuando se observa en la terapia que estos factores están interfiriendo notablemente en el avance de los niños se busca otro apoyo terapéutico.

No obstante sabemos por la experiencia durante el trabajo con los niños con problemas de aprendizaje que estos se encuentran embargados de emociones y afectos negativos los cuales son expresados frecuentemente en forma de coraje, miedo, inseguridad y ansiedad, son niños que se sienten rechazados y con una baja autoestima. En nuestra labor como psicólogos durante el tratamiento no podemos ignorar toda la carga emocional de estos niños y lo que se pretende es aprovechar la relación que se establece con el niño y ayudarlo a que se siente aceptado, a tener confianza en sí mismo y a darse cuenta de que puede hacer las cosas y las puede hacer bien, en la medida que el niño va superando sus deficiencias su estado emocional irá mejorando, empezará a trabajar por sí mismo y a sentir que puede. Sabemos que esto no es fácil con todos los niños y que en algunos muchos son las circunstancias que los rodean que resulta en ocasiones difícil lograr un cambio.

Por otro lado es importante resaltar que aún cuando la terapia en todos los niveles se desarrolla en un ambiente grupal, en muchas de las ocasiones por las características de los niños propias al trastorno que presentan es necesario que el trabajo con estos niños se realice de una manera personalizada, así como las técnicas y recursos se van adaptando a la problemática detectada.

Además todas las actividades se combinan con diversos juegos que son divertidos para los niños y que favorecen en su entrenamiento como son: armados de rompecabezas, juegos de mesa, juegos de mímica, relatos de historietas, etc., en donde se motiva al niño a participar e interesarse en la terapia respetando sus opiniones y sus propios intereses. Por otro lado, mediante el trabajo grupal durante la terapia se ayuda al niño a aprender de las experiencias de los demás y de sus propias experiencias a través de los logros que van teniendo durante el desarrollo de la terapia.

A fin de completar la intervención directamente con el niño se llevan a cabo algunas acciones con los padres y maestros.

* Con los padres. Es importante enfatizar que el éxito en el tratamiento con los niños mucho depende de la participación y compromiso de los padres, al final de cada sesión se les brinda un espacio a los padres a fin de expresar sus opiniones e inquietudes con respecto al tratamiento y lo observado en relación con sus hijos. Se les orienta a como ayudar al niño en casa a fin de mantener una actitud de disposición en donde su presencia al lado

del niño sea algo imprescindible y en donde el trabajo diario con su hijo requiere de dedicación y constancia por lo que se recomienda organizar y distribuir su tiempo.

* Con los maestros. Dentro de las actividades de tratamiento es fundamental la comunicación y apoyo que logremos con los maestros, esto se realiza por un lado informando al maestro de que el niño asiste a terapia y por otro se envía un cuestionario para que lo conteste después de que el niño ha asistido de manera regular a sus sesiones por un periodo mínimo de seis meses a fin de conocer sus apreciaciones respecto al problema del niño.

EVALUACION**CAPITULO 5**

En el capítulo anterior se describieron de manera detallada las actividades del procedimiento que se lleva a cabo en el servicio psicopedagógico de Hospital de Día y de las estrategias que se utilizan durante el tratamiento con los niños que presentan problemas de aprendizaje. Sin embargo no es suficiente sólo con aplicar tal o cuál estrategia de intervención sino conocemos los resultados del trabajo diario que se realiza con dichos niños.

Durante el desarrollo de las actividades se lleva a cabo la evaluación en cuatro diferentes situaciones dentro del proceso durante el trabajo cotidiano que a continuación se describen:

* Evaluación Inicial. Esta se realiza desde el momento en que se informa al médico responsable de cada clínica así como a sus residentes de los criterios de inclusión para la canalización de los niños al servicio de psicopedagogía que a continuación se mencionan:

- Niños entre 6 y 7 años hasta 13 y 14 años.
- Con un coeficiente intelectual mínimo de subnormalidad en ambas escalas.
- Que estén presentando un problema específico de aprendizaje que no sea secundario a otras causas tales co-

mo retraso mental, dificultades auditivas/visuales, problemas emocionales severos, etc.

- Que existen quejas en la escuela ocasionadas por el bajo rendimiento escolar acompañadas de bajas calificaciones.
- Que no estén recibiendo atención en otra institución especializada

La finalidad de tomar en cuenta estos criterios por el jefe de la clínica es contar con una especie de filtro para que los casos que son canalizados correspondan realmente al servicio, da do que muchas veces nos enfrentamos a casos que en su mayoría no corresponden debido a que hay un desconocimiento por parte de los médicos si no teórico si práctico sobre lo que serían los problemas de aprendizaje.

Siendo necesario en estos casos se les proporcione mayor información a fin de hacer más fluido el envío de pacientes al servicio e incluso se comenta personalmente los casos que así lo requieran.

» Evaluación Diagnóstica. A fin de determinar a la población infantil que es atendida en el servicio de psicopedagogía así como brindar el tratamiento adecuado a los niños que son considerados con problemas de aprendizaje se emite un diagnóstico psicopedagógico llevado a cabo durante el proceso de la fase de e

valuación en donde las acciones a seguir son recabar información de los niños con la finalidad de conocer la problemática que presentan así como las características de los niños canalizados.

Tal evaluación se realiza mediante:

- * Información de la historia clínica y diagnóstico clínico elaborado por el médico psiquiatra responsable de cada caso.

- * Información de la dinámica familiar que es proporcionada por el estudio realizado por trabajo social.

- * Resultados de pruebas psicológicas en donde se conoce la capacidad intelectual del niño.

- * Resultados de estudios complementarios como es el electroencefalograma.

- * Análisis cualitativo de la evaluación psicopedagógica.

A partir de los datos obtenidos con toda esta información se determinan los casos de los niños con problemas de aprendizaje que ingresan a tratamiento al servicio de psicopedagogía o se toma la de decisión de acuerdo a la problemática en particular de cada caso de canalizarlos dentro de la misma institución a alguna otra modalidad terapéutica que ofrece el hospital según se requiera.

Así como aquellos casos que requieran ser canalizados a otra institución a quienes por su problemática requieran de servicios

con los que no se cuenta en el hospital

O cuando se da el caso de los niños que viven demasiado lejos se tiene la experiencia que dejan de asistir a sus sesiones, en esta situación se toma la decisión de canalizarlos a otra institución que brinde la atención psicopedagógica en un lugar más cercano a su casa.

Con la población detectada se forman los grupos a los cuales se les brinda el tratamiento psicopedagógico mediante la aplicación de diversas estrategias de intervención que ayuden a superar las deficiencias de los niños en las áreas académicas básicas cuyo fin último es la incorporación a su escuela regular.

• Evaluación permanente. El propósito de esta evaluación es conocer los logros y avances que los niños van presentando durante la aplicación de las estrategias de intervención a fin de determinar las acciones a seguir.

Una forma de evaluar la efectividad de las estrategias es la observación directa. Ésta es fundamental en nuestra actividad cotidiana. El trabajar con los niños durante cada sesión nos permite conocer su desempeño a través de lo que es capaz de hacer y de aquellas actividades en las que presenta mayor dificultad.

Esto nos permite valorar los cambios cuando los hay o revalorar las causas del por qué no se han visto cambios, es así, que al finalizar cada sesión podemos evaluar hasta que punto las actividades y las técnicas empleadas fueron efectivas o si estas fun-

cionaron para todos los niños o a que niños les funcionó mejor. Es tos resultados nos permiten programar el plan de trabajo para la siguiente sesión, por lo que las técnicas se van modificando y ajustando a los problemas que el niño va presentando.

Otra forma de valorar los logros de los niños es mediante un cuestionario diseñado para el maestro, elaborado en el servicio psicopedagógico cuyo propósito es contar con información proporcionada por el maestro en donde describe la conducta del niño dentro del salón de clases, así como algún problema especial que él haya detectado en el niño, además de sus comentarios respecto a la asistencia del niño a terapia. Es evidente, que la información proporcionada por el maestro nos permite evaluar de manera permanente el trabajo terapéutico con los niños. Se considera con veniente que el maestro conteste el cuestionario después de un pe ríodo mínimo de seis meses de estar asistiendo el niño a terapia de manera regular. (Ver anexo A)

Otro instrumento que se utiliza para conocer el grado de avance de los niños durante el tratamiento es una forma en donde se recaba información acerca de las características de cada niño con respecto a: sus datos personales, resultados de pruebas psicológicas, resultados de EEG, grado de avance en áreas académicas básicas, así como la apreciación de habilidades intelectuales, há bitos de trabajo, motivación, memoria, atención, lenguaje, a fin de determinar el nivel de rendimiento y pronóstico educativo del niño.

Este instrumento se diseñó en el servicio psicopedagógico y nos permite tener por un lado un perfil de las características de los niños que asisten al servicio además de apreciar sus avances. (Ver anexo B).

Es importante señalar que la información obtenida mediante estos instrumentos nos permite conocer al niño así como valorar los logros obtenidos mediante la aplicación de diversas estrategias de intervención.

* Evaluación Final. Tal valoración se lleva a cabo una vez que se conocen los logros alcanzados por los niños con problemas de aprendizaje mediante la aplicación de las técnicas de intervención.

Esta valoración se lleva a cabo mediante:

* El desempeño mostrado por el niño durante las sesiones de tratamiento, en donde se compara su rendimiento en las áreas académicas básicas con el grado escolar actual del niño.

* Comentarios de los padres respecto al avance académico observado en sus hijos.

* Informe de los maestros respecto a las calificaciones, desempeño escolar y conducta observada en el salón de clases.

A partir del informe de estos datos se decide dar de ALTA a los niños que asisten a tratamiento.

Para la presentación del reporte laboral se seleccionaron 10 casos de los niños que fueron dados de alta del tratamiento psico pedagógico entre los años 1995 y 1996 que acudieron regularmente a sus sesiones con una asistencia promedio de 40 sesiones efectivas de tratamiento.

La información para recabar los datos que se presentan se obtuvo del control de asistencia de los niños y de la forma (ver anexo B) que se utiliza después de un período mínimo de estar asistiendo el niño regularmente a sus sesiones de seis meses.

* Tabla 1.- Se encontró que el 60% de los casos corresponden al sexo masculino y el 40% al sexo femenino. El 50% corresponde a las edades entre los 7 y 9 años y el otro 50% entre los 10 y 12 años de edad. El 60% de los casos corresponden a los niños que estaban cursando el 2o. y 3o. grado de primaria y el 40% a los que cursaban 4o. y 5o. grado.

* Tabla 2.-El 20% de los casos del sexo masculino corresponden a normal brillante, no se registraron datos del sexo femenino por no contar con estudio psicológico. El 20% de los casos del sexo masculino corresponde al nivel de inteligencia normal y no se encontraron datos para el sexo femenino. El 10% de los casos corresponde al sexo masculino para el nivel subnormal y otro 10% corresponde al sexo femenino para este mismo nivel. En el 40% de los casos no existen datos del nivel de inteligencia por no contar con estudio psicológico.

En la prueba de Bender el 30% de los casos sugere

de disfunción cerebral corresponde al sexo masculino y el 20% al sexo femenino, el 10% de los casos con tensión emocional corresponden al sexo masculino y para el sexo femenino no se registraron datos. En el 40% de los casos no se encontró datos de los resultados de la prueba de Bender por carecer de estudios psicológico.

* Tabla 3.- El 10% de los casos con EEG normal corresponden al sexo masculino y el 20% para el sexo femenino, en el 50% de los casos los resultados indican sugerente de disfunción cerebral que corresponde al sexo masculino y el 10% para el sexo femenino, sin resultados del EEG corresponden al 10% del sexo femenino.

Con tratamiento farmacológico el 30% de los casos que corresponden al sexo masculino y el 40% de los casos al sexo femenino. Sin tratamiento el 30% de los casos del sexo masculino.

* Gráfica A.- Los problemas de los niños que se reportan son: 10% percepción auditiva, memoria visual, conducta y emocional; 40% memoria auditiva, déficit de atención y lectura; 50% problemas de cálculo; 60% percepción visual y 80% problemas de escritura.

Para una mayor descripción de los 10 casos de niños intervenidos se presenta la Tabla 4.

POBLACION INTERVENIDA

TABLA 1

10 CASOS	No.	%
DISTRIBUCION POR SEXO		
Masculino	6	60%
Femenino	4	40%
DISTRIBUCION POR EDADES		
Entre 7 y 9 años	5	50%
Entre 10 y 12 años	5	50%
DISTRIBUCION POR GRADO ESCOLAR		
Entre 2o. y 3o. grado	6	60%
Entre 4o. y 5o. grado	4	40%

TABLA 2

10 CASOS	No.	No.	%	%	TOTAL
	M	F	M	F	
NTVEL DE INTELIGENCIA					
Normal Brillante	2	-	20%	-	20%
Normal	2	-	20%	-	20%
Subnormal	1	1	10%	10%	20%
Limitrofe	-	-	-	-	-
Deficiencia Mental	-	-	-	-	-
Sin estudio	2	2	20%	20%	40%
					100%
PRUEBA DE BENDER					
Normal	-	-	-	-	-
Sugerente Disf. Cerebral	3	2	30%	20%	50%
Tensión Emocional	1	-	10%	-	10%
Sin datos	2	2	20%	20%	40%
					100%

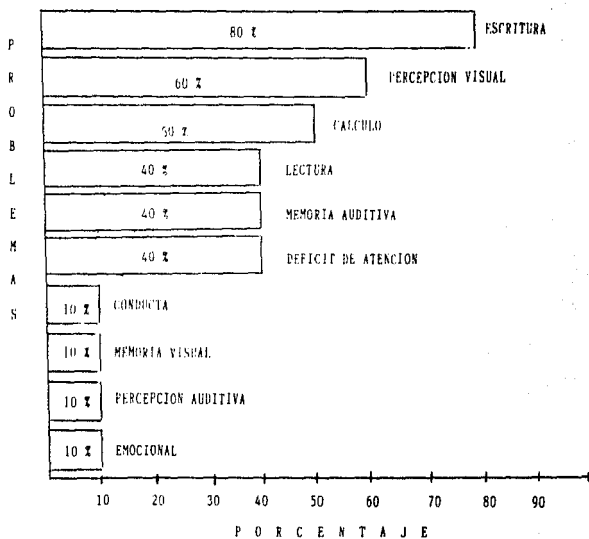
TABLA 3

10 CASOS	No.	%	No.	%	TOTAL
	M	F	M	F	
ELECTROENCEFALOGRAMA					
Normal	1	2	10	20%	30%
* Anormal	5	1	50	10%	60%
Sin Electro	-	1		10%	10%
					100%
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO					
Con tratamiento	3	4	30%	40%	70%
Sin tratamiento	3	-	30%	-	30%
					100%

* Descargas Paroxísticas Generalizadas

SERVICIO DE PSICOPEDAGOGIA

GRAFICA A



* Datos obtenidos de la forma (anexo B) y listas del control de asistencia.

TABLA 4

DESCRIPCIÓN DE 10 CASOS DE NIÑOS INTERJEDIDOS Y TADPO DE ALTA EN EL SERVICIO DE PSICOTAGACTIA

117

No.	SEXO	EDAD	GRADO ESCOLAR	PRUEBAS PSICOLÓGICAS		DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO
				WISC	BECKER	
1	M	7 años	2o. año	Esc. Verb. 110 Esc. Eje. 116 Esc. Tot. 113	Superior Inst. Ceret.	Letra escueta y rápida su nivel correspondiendo al grado escolar que cursa. Problemas de memoria.
2	M	8 años	3o. año	Esc. Verb. 106 Esc. Eje. 111 Esc. Tot. 106	Superior Inst. Ceret.	Lectura de palabras por sílaba, lit. comprensión, pobre recuperación. Escritura, faltas ortográficas, sustit. invers. sílabas. Manejo de palabras. Buen razonamiento.
3	M	7 años	2o. año	Sin estudio	Sin estudio	Lectura, fluida. Buena recuperación. Escritura, faltas ortográficas, dif. separar palabras. Cálculo, dificultad para operar. Dif. escribir números.
4	M	8 años	2o. año	Esc. Verb. 77 Esc. Eje. 109 Esc. Tot. 92	Superior Inst. Ceret.	Lectura, lenta, dif. sílaba. E. operación parcial. Informac. Escritura. Múltiples errores espelit. sustit. inver. sust. sílabas. Manejo operable. Buen razonamiento. Operación 100%
5	F	10 años	4o. año	Sin estudio	Sin estudio	Lectura, fluida, buena entonación sin buena recuperación. Escritura, faltas ortográficas, múltiples. No maneja puntuación. Cálculo. Maneja operaciones. Buen razonamiento.
6	M	10 años	5o. año	Sin estudio	Sin estudio	Lectura, fluida a nivel de comprensión, muy escueta. Escritura, faltas ortográficas y espeliticas. Cálculo. Maneja operaciones. Dif. separar palabras.
7	F	10 años	4o. año	Esc. Verb. 75 Esc. Eje. 81 Esc. Tot. 78	Superior Inst. Ceret.	Lectura, fluida, buena entonación, buena recuperación. Escritura, faltas ortográficas, múltiples y errores espelit. Cálculo. Manejamiento, manejo de elementos operativos.
8	M	9 años	1o. año	Esc. Verbi. 87 Esc. Eje. 92 Esc. Tot. 92	Mediana Escueta	Lectura, totalmente dispraxia. Dif. comprensión. Escritura, faltas ortográficas y errores espeliticos. Cálculo. Manejamiento operativo. Pobre razonamiento.
9	F	10 años	3o. año	Sin estudio	Sin estudio	Lectura, dispraxia por sílaba, buena recuperación. Escritura, faltas de ortografía. Dif. separar palabras. Cálculo. Manejamiento operativo. Resolución problemas.
10	F	11 años	5o. año	Esc. Verb. 66 Esc. Eje. 93 Esc. Tot. 88	Superior Inst. Ceret.	Lectura, fluida con buena comprensión. Buena recuperación. Escritura. Múltiples errores espeliticos y ortográficos. Cálculo. Errores de cómputo al realizar operaciones, dif. solución problemas no operativizada.

En relación al desempeño mostrado por los niños que se dig
ron de alta se observó que al concluir su tratamiento lograron:

- * Su escritura era más legible.
- * Habían alcanzado una clara codificación y esto afirmó los procesos de aprendizaje específicos de la escritura y su correspondiente integración en el papel de reforzamiento que tiene para la lectura.
- * Mejor integración tempore espacial a fin de lograr un mejor aprovechamiento del espacio gráfico.
- * Adecuada consolidación de la discriminación de los grafemas.
- * Se mejoró la codificación y decodificación del mensaje escrito y se superaron las fallas ortográficas de la escritura y lectura automática.
- * Se consolidaron reglas ortográficas para mejor dicción y prosodia de la lectura automática, logrando así un nivel adecuado de lectura corriente con la consiguiente conceptualización de la lectura comprensiva.
- * Se logro un mejor manejo en los aspectos de clasificación, seriación y correspondencia término a término.
- * Reconocieron relaciones de unidad-decena, decena-centena etc. así como la ubicación posicional del cero.
- * Aplicación del cálculo a situaciones concretas orales y

escrita.

- * Sus períodos de atención tendían a ser más prolongados
- * Requerían de mínima supervisión al realizar su trabajo.
- * Un poco más cuidadoso con su material de trabajo.
- * La calidad de su trabajo era mejor.
- * Se observaron actitudes de confianza, seguridad y mejor relación en algunos niños con sus compañeros, así como agrado al realizar su trabajo.

De los comentarios de las madres de los menores al notar la mejoría en sus hijos fueron los siguientes:

- * Las quejas de la escuela de "no trabaja" disminuyeron.
- * Es capaz de realizar la mayor parte de sus actividades sin su presencia.
- * Sus calificaciones han mejorado.
- * Va a acreditar el año escolar.
- * Mayor limpieza al realizar sus trabajos.

Del informe por parte de los maestros mediante el cuestionario que se envía (anexo A) y algunos comentarios de las madres de

los niños realizadas por los mismos maestros son los siguientes:

- * Logra concluir las actividades en el tiempo establecido.
- * Su desempeño en relación al grupo ha mejorado.
- * Su atención ha mejorado.
- * Sigue de manera adecuada las indicaciones.
- * Retiene con mayor facilidad lo aprendido.
- * Sus calificaciones han mejorado.
- * Copia y cumple con las tareas escolares.
- * Logra corregir sus errores.
- * Realiza con agrado los trabajos escolares.
- * Participa mejor en clase

Para concluir es importante resaltar que los casos seleccionados fueron de niños en donde sus dificultades específicas no eran tan severas como es el caso de otros niños en donde la permanencia durante las sesiones de tratamiento es mucho mayor dado la complejidad de los mismos.

ANALISIS**CAPITULO 6**

Como se puede apreciar y tomando los datos de los 10 casos que se seleccionaron durante el proceso de evaluación y para fines del reporte laboral se encontró:

* La mayoría de los niños que fueron atendidos corresponden al sexo masculino concluyéndose que los problemas de aprendizaje tienen una mayor incidencia en los varones.

* En un alto porcentaje los niños se encontraban cursando el 3o. grado de primaria en donde es común observar que las dificultades de los niños se acentúan más dadas las exigencias escolares. Lo que puede generar que una atención tardía en estos niños aumenten los fracasos escolares y las repercusiones sociales y emocionales sean cada vez mayores.

* La mayoría de los niños presentaron un EEG anormal y es taban bajo tratamiento farmacológico lo cual nos permite reafirmar durante nuestra práctica cotidiana que en una gran mayoría los niños los niños atendidos que presentan problemas de aprendizaje son ocasionados por un déficit funcional el cual es causado por alguna lesión cerebral de índole diversa.

A partir de estos datos y de las características específicas de los niños que acuden al servicio psicopedagógico se diseña un programa de intervención retomando propuestas y técnicas de los diferentes teóricos en el entrenamiento de habilidades específicas y en el caso particular de los niños con problemas de aprendizaje.

Es importante resaltar que los lineamientos al realizar el trabajo con dichos niños enfatizan los aspectos de las funciones cerebrales superiores. Los niños necesitan de las funciones cerebrales superiores para aprender en la escuela. Durante la evaluación permanente se aprecia los logros de los niños al superar sus deficiencias hasta lograr nivelar su capacidad de aprendizaje.

Por otro lado las estrategias de intervención se adaptan a la situación real de trabajo como es el caso de las áreas propuestas por Frestig (1964) cuando los niños presentan deficiencias en su percepción visual o en el caso de Myklebust (1964), quien propone actividades de entrenamiento para mejorar los aspectos lingüísticos, se condicionan algunas propuestas por este autor sobre todo cuando se trabaja con los niños lo que son aspectos fonéticos, es común observar que los niños que presentan problemas de lenguaje su dificultad obedece a confundir fonemas de punto de articulación muy similar y estas deficiencias se manifiestan sobre todo en la lectoescritura.

Se retoman conceptos de la teoría de Piaget en donde se enfatizan algunos aspectos de la participación del niño durante la

terapia en donde se propicia que los niños tengan una actitud más participativa y comprometida con el trabajo que realizan durante la fase de tratamiento, se les ayuda a ser más reflexivo de lo que realiza y de su propia conducta.

En los comentarios de padres y maestros emitidos en la evaluación final se aprecia que el manejo de estos aspectos durante la intervención favoreció en la participación de los niños en el salón de clases y en la realización de sus trabajos.

Se han observado algunas ventajas al trabajar con los niños de manera grupal algunas de estas es el hecho de que la terapia se desarrolle en un ambiente grupal le permite al niño sentirse integrante de un grupo social y en donde aprende a compartir, a respetar intereses ajenos y a partir de las acciones de otros el niño aprende día con día nuevas habilidades.

La participación de los padres y maestros es fundamental en el trabajo con los niños, la evolución del tratamiento es satisfactoria si existe un compromiso y participación de parte de estos. En el caso de los 10 niños seleccionados que fueron dados de alta el compromiso de parte de los padres en la problemática de los niños fué evidente por lo que el pronóstico educativo podía ser favorable, aunado a que las dificultades de estos niños no eran tan severas como lo es en otros casos.

Sabemos por la experiencia que los problemas de aprendizaje están estrechamente ligados a la problemática familiar y que el bajo rendimiento viene siendo una consecuencia directa de la si-

tuación familiar, en algunos casos estos niños pueden verse beneficiados de la terapia que se les brinda en cuanto que se les ayuda a estructurar y a comprometer a la familia en la problemática del niño, en otros casos la situación es tan severa que los niños presentan serias dificultades para integrarse a nuestros grupos así como a otras situaciones de su vida diaria por lo que dejan de asistir a la terapia o los avances son lentos y tiene que pasar un tiempo considerable para apreciar los resultados del tratamiento.

Por último es importante señalar las limitaciones durante las actividades que se realizan con los niños con problemas de aprendizaje motivo de este reporte laboral:

* El no llevar a cabo una aplicación posttest no nos permite comparar la evolución de los niños de una manera más objetiva.

* No se lleva a cabo una fase de seguimiento que nos permita conocer los resultados de la intervención a un largo plazo.

* Durante el trabajo cotidiano no se sigue una postura teórica definida por lo que muchas veces resulta difícil saber a que se deben los cambios observados en los niños o que estrategia fué más efectiva.

CONTRIBUCION**CAPITULO 7**

Durante el trabajo con los niños que presentan problemas de aprendizaje surgieron algunas inquietudes, por un lado, para entender los múltiples problemas que presentan estos niños es necesario tener una total comprensión de lo que son las dificultades en el aprendizaje y los procesos que intervienen en él. No basta con saber que el niño sufre alguna dificultad en la escritura o que lee mal, sino que es necesario identificar las causas del problema. Por otro lado, durante el tratamiento con los niños con estas dificultades nuestra participación como psicólogos juega un papel primordial, no obstante, dada la complejidad en el manejo de estos niños se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario que intervenga en la rehabilitación.

La contribución de este Reporte Laboral cuyas acciones en el tratamiento con los niños son llevadas a cabo en el servicio psicopedagógico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es la siguiente:

El lograr la aplicación de la psicología como ciencia en una Institución hacia un problema específico como es el caso de los los problemas de aprendizaje cuya trascendencia es importante tanto a nivel educativo como social.

Dado que la experiencia demuestra que el profesional de la psicología debe tener acciones directas que ayuden a superar al niño sus dificultades también es importante las estrategias que se lleven a cabo con padres y maestros.

La participación del psicólogo no sólo debe centrarse en el dominio de las técnicas para ayudar al niño a superar sus deficiencias, la intervención debe estar encaminada también a aprovechar la relación que se establece con los niños y ayudarles a regatear una imagen positiva, dado que el niño con problemas de aprendizaje tiene una serie de sentimientos negativos acerca de él mismo y que son retroalimentados por el medio que lo rodea.

Durante el trabajo con los niños con problemas de aprendizaje se resaltó la importancia de la participación de otros especialistas mediante el manejo multidisciplinario.

Contribuir mediante la experiencia descrita e informar a otros psicólogos interesados en el campo de los problemas del aprendizaje su aplicación a otras situaciones laborales con las modificaciones que sean pertinentes.

La contribución final de este Reporte Laboral es el diseño de un instrumento cuyo propósito se encamina a establecer una comparación entre la evaluación inicial y final de los niños en el rendimiento de las áreas académicas básicas. En base a los instrumentos que se han venido utilizando actualmente en el servicio psicopedagógico y retomando lo que ya se tiene se pensó en contribuir y diseñar un instrumento que sea más preciso y que nos perm

ta recabar información acerca de las características del niño en cuanto a sus hábitos de trabajo, atención, memoria, actitudes, rendimiento escolar, diagnóstico psicopedagógico de cada uno de los casos intervenidos en el servicio.

A continuación se hace una descripción del instrumento (anexo C).

• Estructura del instrumento:

El instrumento se divide en tres áreas:

- Ficha de identificación
 - Observación
 - Evolución escolar y rendimiento
- **Ficha de identificación.** Abarca datos generales del niño, de sus padres, clínica responsable del manejo del paciente y resultados del EEG. Fecha de aplicación y evaluación inicial, fecha de ingreso a tratamiento y de terminación de tratamiento.
- **Observación.** Se divide en tres subáreas:
- Hábitos de trabajo
 - Atención y memoria
 - Actitud
- Se utiliza una escala para las respuestas que corresponde a 1 Nunca y 4 que sería Muy Frecuentemente.
- **Evolución escolar y rendimiento.** Se divide en las áreas académicas básicas:

Escritura: libre, copia y dictado. Las respuestas son marcar los errores relevantes en cada una de las áreas así como identificar el nivel de rendimiento en que se encuentra el niño y compararlo con el grado que cursa actualmente.

Lectura automática y comprensiva. Las respuestas son marcar con SI o NO los errores específicos y comparar el nivel de rendimiento con el grado escolar del niño.

Cálculo. Las respuestas son marcar con SI o NO e identificar los conocimientos básicos en esta área así como comparar su nivel de rendimiento con el grado escolar que cursa el niño.

En la parte final del instrumento se determina el **pronóstico educativo y programa a seguir.**

Por último la presentación de este Reporte Laboral sugiere que los problemas de aprendizaje no son uncausales pues los factores que se observan en los niños atendidos en el servicio psicopedagógico son tanto intrínsecos como extrínsecos. A partir de lo anterior resulta evidente que muchos han sido los desacuerdos con respecto a lo que se ha dado en llamar problemas de aprendizaje debido a que existen diferentes conceptualizaciones explicativas de esta categoría. De aquí la importancia de contar con un marco teórico que sustente firmemente los factores que intervienen en los problemas de aprendizaje y dependiendo del modelo que se utilice se llevará a cabo el proceso de evaluación y diagnóstico así

como mejores programas de intervención.

Un punto de reflexión para todos aquellos psicólogos que trabajan con este tipo de niños, es el de considerar que la toma de decisiones al respecto no es tan sencilla, por lo que es recomendable analizar cada caso para poder determinar si corresponde a la categoría de problemas de aprendizaje, ya que la decisión que se tome repercutirá favorablemente o no en la vida de estos niños.

BIBLIOGRAFIA

- Ausubel, David P., Sullivan E., 1989, El desarrollo infantil Buenos Aires, Paidós.
- Acle, T.G., 1995, Educación Especial. Evaluación, Intervención e Investigación, ENEP, Zaragoza, UNAM.
- Arrieta Reyna Ma. Gpe., 1986, Estudio descriptivo sobre diferencias entre familias de niños con problemas de aprendizaje y familias de niños normales. Tesis licenciatura. Fac. Psicología, UNAM, México.
- Azcoaga, Juan E., Derman, B.I., 1979, Alteraciones del aprendizaje escolar, Buenos Aires, Paidós.
- Bima J. Hugo, Schiavoni C., 1978, El mito de la dislexia, México, Prisma.
- Bush Jo Wilma, Taylor Marian, 1975, Como desarrollar las habilidades psicolingüísticas, Barcelona, Fontanella.
- Calderón González R., 1990, El niño con disfunción cerebral, México, Limusa.
- Clauss, G.H., 1976, Psicología del niño escolar, Buenos Aires Colección Psicopedagógica.
- Craig, Grace J., 1988, Desarrollo Psicológico, Prentice-Hall, Hispanoamericana.
- Cratty, B.J., 1976, Developmental sequence of perceptual-motor tasks. Movement activities for neurologically handicapped and retarded youth. Freeport, Nueva York, Educational Activities

- Cratty, B.J., 1969, Perceptual-motor behavior and educational processes, Springfield, Illinois.
- Ferreiro, E., Gómez, P.M., 1991, Nuevas perspectivas sobre los procesos de lectura y escritura, México, Siglo XXI.
- Ferreiro, E., Teberosky, A., 1979, Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño, México, Siglo XXI.
- Frostig, M., Horne, D., 1964, Figuras y formas. Guías para el maestro, Chicago, Panamericana, 1992.
- Frostig, M., Müller, H., 1986, Discapacidades específicas del aprendizaje en niños, Buenos Aires, Panamericana.
- Gearheart, B., 1987, Incapacidad para el aprendizaje. Estrategia Educativa, El manual moderno, México.
- Getman, G.N., 1962, The visuomotor complex in the acquisition of learniks skills. En J. Hellmuth, Learning Disorders Vol.1 Seattle, Special Child Publications.
- Gómez, Palacios, M. y cols., 1986, El dominio del sistema de escritura y sus dificultades. Dirección General de Educación Especial, SEP-OEA.
- Heres, P.J., 1996, Ponencia presentada en el curso de Funciones Cerebrales Superiores en los problemas del aprendizaje, Investigación y Terapéutica. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
- Hurlock, Elizabeth., 1978, Desarrollo psicológico del niño. U.S.A, Mc.Graw Hill.

- Kephart, N.C., 1960, The slow learner in the classroom, Columbus, Ohio.
- Kirk, S.A., 1963, Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. Proceedings of the Annual Meeting of the conference on exploration into the problems of the perceptually handicapped child, Vol.1
- Macotela, Flores S., Fernández, Lozano P., Castañeda, Ramírez I., 1995, Inventario de Ejecución Académica (IDEA). Manual para el evaluador. Fac. Psicología, UNAM.
- Macotela, Flores S., 1995, Desarrollo y perspectivas en el área de problemas de aprendizaje, Mecanograma, Fac. Psicología, UNAM.
- Myers, I.P., Hammill, D.C., 1982, Cómo educar niños con dificultades en el aprendizaje. Limusa.
- Myklebust, H.R., 1967, Learning disorders psychoneurological disturbance in childhood. Rehabilitation Literature.
- Mc. Ginnis, M.A., 1963, Aphasic children, Washington, D.C Volta, Bureau.
- Newman, B., Newman, P., 1985, Desarrollo del niño, México, Limusa.
- Nieto, Margarita., 1988, El niño disléxico. México, La Prensa Médica Mexicana.
- Niño, Calixto, A.E., 1990, Propuesta de detección y evaluación de las dificultades escolares de los niños dentro de las instituciones de la educación primaria. Tesis Licenciatura. Fac. Psicología, UNAM, México.

- Ostrosky, Feggy, Ardila A., Chayo, R., 1996 Rehabilitación Neuropsicológica, Planeta, En Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud.
- Papalia, Diane E., 1985, Psicología del desarrollo, Columbia Mc.Graw Hill.
- Paín, Sara., 1983, Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Quirós, Julio., Schragar, Orlando., 1980, Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades del aprendizaje, Buenos Aires Panamericana.
- Quirós, Julio., Schragar, Orlando., 1993, Lenguaje, aprendizaje y psicometricidad, Buenos Aires, Panamericana.
- Tarnapol, L., 1976, Dificultades para el aprendizaje, U.S.A La prensa médica mexicana.
- Weiner, I.B., Elkind, D., 1970, Desarrollo normal y anormal del escolar, Buenos Aires, Paidós.
- Wiederholt, J.L., 1974, Historical perspectives on the education of the learning disabled. En Man y D.A Sabatino (Eds.) the second review of special education, Philadelphia Division of Grune y Stratton.

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
 "DR. JUAN N. NAVARRO"
 HOSPITAL DE DIA
 BLOQUE DE PSICOPEDAGOGIA

ANEXO: A

NOMBRE DEL ALUMNO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

GRADO ESCOLAR _____

ESCOLELA _____

NO. DE AÑOS REPROBADOS _____

FECHA EN QUE SE CONTESTO EL CUESTIONARIO _____

Responde con íntegridad al cuestionario con el número que mejor describa la conducta del alumno durante el año de estudio.
 Teniendo en cuenta que la escala va de 0 a 5 (0 es "nunca" o "raramente" y 5 "siempre" o "frecuentemente").

1. Cuando está interesado en temas de aprendizaje
2. Se le tiene que repetir las instrucciones varias veces
3. Conducta desordenada u distraída en materia de trabajo
4. Se distrae fácilmente e intermite atención al estar en la r
5. Le gusta mucho llamar la atención
6. Se le ve solitario (a)
7. Se le tiene que forzar a participar en las actividades Académicas
8. Sus compañeros se quejan de él por pelearse (a)
9. Se levanta inmediatamente de su lugar
10. Es capaz en la realización de actividades manuales
 11. Si éstas son fáciles
 12. Si éstas son difíciles
13. Se le olvidan las instrucciones que le son dadas oralmente
14. Su comportamiento es muy lento
15. Tiene problemas para escribir las palabras
16. Le distrae de sus tareas en muy frecuente
17. Evadente las tareas (o, n, o, c)
18. No le gusta recibir críticas
19. Cuando se le pregunta algo, se pone muy nervioso
20. Se muestra desinteresado y sólo lee (clases secundarias)
21. Se muestra tímido
22. Cuando trabaja en silencio, no mira, se distrae
23. Trabaja muy inquieto en combinación con el resto de sus compañeros
24. Cuando se le pregunta algo escucha lo que se está diciendo, pero le da otra cosa
25. Se le olvidan las cosas que ya le ha enseñado
26. Le gusta trabajar en silencio
27. Se distrae con su material de trabajo
28. Cuando trabaja distraído se ve muy nervioso de la mano los
29. Comenta las cosas que se escuchan (o, n, o, c)
30. Dificulta las actividades
31. Pasa mucho tiempo en silencio
32. Intermite al grupo al momento
33. Se muestra indiferente a las tareas escolares
34. Cuando las cosas que se le enseñan
35. Es tímido
36. No gusta las cosas que se le enseñan

	0	1	2	3	4	5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						

FRASES DE CALIFICACIONES

1. Escucha siempre (leve lat.) a cargo del grupo?
2. Alguna vez algún niño presenta un especial interés en alguna (s) que no se haya mencionado aquí?
3. ¿Algun alumno del cuestionario? ¿Alguna alguna pregunta que no estuvo clara? De ser así ponga a clarificación sus observaciones.
4. ¿Está lat. de acuerdo con que el niño estaba a cargo?
5. ¿Cuánto le interesa con la cooperación de los padres para los programas de aula (s) (s)?

fin

ELABORADO POR: Vázquez Rodríguez Claudia Gpe., Macías Valdez G.,
 Florza Pérez Tejeda H.
 1985 Área de Psicopedagogía del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro 2"

ANEXO: B

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL

DR. " JUAN N. NAVARRO "

B L O Q U E P S I C O P E D A G O G I C O

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

GRADO ESCOLAR:

E. E. G:

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

BENDER:

WISC:

OTROS:

ELABORADO POR: Vázquez Rodríguez Claudia Gpe.
1990 Area de Psicopedagogía del Hospital Psiquiá
trico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

L E C T U R A :

E S C R I T U R A :

C A L C U L O :

APRECIACION DE HABILIDADES INTELECTUALES:

- * EL C.I concuerda con lo observado en el niño?
- * Comprensión de conceptos básicos
- * Operaciones mentales (procesos)

HABITOS DE TRABAJO:

- * Limpieza:
- * Orden:
- * Uso del tiempo:
- * Cumplimiento de tareas:
- * Material:
- * Puntualidad:
- * Cooperación de los padres:

M O T I V A C I O N

* Iniciativa:

* Afán de logro, intereses:

* Actitud hacia el trabajo:

* Capacidad de trabajo:

* Responsabilidad en la realización de tareas independientes:

* ¿ Trabaja solo ?

* ¿ Trabaja cuando se está con él/ella ?

* Consistencia en su trabajo:

A T E N C I O N :

LENGUAJE:

* Receptivo:

* Comprensivo:

* Expresivo:

DX. EXPEDIENTE:

- D. O. C

()

- P. E. A

()

+ Práxico-Gnósico

+ Gnósico-Práxico

+ Afásico

+ Anártrico

+ Inmadurez

- SECUELA:

- FALTA DE ESTIMULACION:

- PROBLEMAS DE CONDUCTA

- PROBLEMA EMOCIONAL

R E N D I M I E N T O E S C O L A R

(Corresponde al año escolar en que se encuentra de acuerdo a lecto-escritura y cálculo?)

PRONOSTICO EDUCATIVO

(De acuerdo a edad, año escolar, motivación y cooperación familiar, podrá terminar la escuela, continuar la secundaria, canalizar a E.E. talleres protegidos u otros tratamientos

P R O G R A M A A S E G U I R:

ANEXO: C

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO
HOSPITAL DE DIA
BLOQUE PSICOPEDAGOGICO

I FICHA DE IDENTIFICACION

No. DE REGISTRO: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
GRADO ESCOLAR: _____ TIPO ESCUELA: PUBLICA () PART. ()
No. AÑOS REPROBADOS _____
PROBLEMA QUE PRESENTA ACTUALMENTE EN LA ESCUELA: _____
ACADEMICO () CONDUCTUAL () EMOCIONAL ()
CARACTERISTICAS ESPECIALES DEL NIÑO: _____
ES ZURDO: SI () NO () USA LENTES: SI () NO ()

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____
EDO. CIVIL: _____ DOMICILIO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____
EDO. CIVIL: _____ DOMICILIO: _____

QUIEN LO CANALIZO: _____
CLINICA RESPONSABLE: _____
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: SI () NO () ¿CUAL? _____
E.E.G.: NORMAL () ANORMAL () ESPECIFIQUE: _____
FECHA RESULTADOS: _____

FECHA DE APLICACION: _____
FECHA DE EVALUACION PSICOPEDAGOGICA INICIAL: _____
FECHA DE INGRESO A TRATAMIENTO: _____
FECHA DE TERMINACION: _____ ALTA () BAJA ()
No. SESIONES TERAPEUTICAS: _____
DIA Y GRUPO AL QUE ASISTE EL NIÑO A TERAPIA: _____

ELABORADO POR: BRAVO DELGADO JUANA

1996 Area de Psicopedagogia del Hospital Psiquiá

 INSTRUCCIONES: Marque con una (X) la respuesta que describa mejor al niño durante la terapia psicopedagógica. Tomando en cuenta la siguiente escala:
 1 NUNCA () 2 OCASIONALMENTE () 3 FRECUENTEMENTE () 4 MUY FRECUENTEMENTE ()

II OBSERVACION:

A. HABITOS DE TRABAJO:	1	2	3	4
1. Se agacha demasiado al escribir.	()	()	()	()
2. No utiliza el pulgar, índice y medio al tomar el lápiz.	()	()	()	()
3. Borra constantemente y su trabajo se ve sucio.	()	()	()	()
4. Es desordenado con el material que utiliza.	()	()	()	()
5. Se le olvida o pierde el material con facilidad.	()	()	()	()
6. Es descuidado con su material de trabajo.	()	()	()	()
7. Es incumplido con sus tareas.	()	()	()	()
8. Llega tarde a sus sesiones.	()	()	()	()

B. ATENCION Y MEMORIA:	1	2	3	4
9. Tiene dificultad para permanecer sentado por un período prolongado (mayor a 30 min.).	()	()	()	()
10. Se distrae fácilmente.	()	()	()	()
11. Se le dificulta regresar a la actividad que estaba realizando.	()	()	()	()
12. Cambia constantemente de una actividad a otra.	()	()	()	()
13. Deja inconclusas sus actividades.	()	()	()	()
14. Busca pretextos para salir del salón.	()	()	()	()
15. Se fija demasiado en detalles triviales y pasa por alto aspectos esenciales.	()	()	()	()
16. Es necesario repetirle una orden varias veces.	()	()	()	()
17. Se le olvida fácilmente lo que ha aprendido.	()	()	()	()
18. El tiempo que emplea para realizar sus actividades es mayor en relación al grupo.	()	()	()	()

19. Cuando se le pregunta de que se esta hablando no sabe. () () () ()
 20. No recuerda sucesos de días o - () () () ()
 semanas atrás.

C. ACTITUD

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 21. Es indiferente ante cualquier actividad. | () | () | () | () |
| 22. No se responsabiliza de su trabajo. | () | () | () | () |
| 23. Es inconsistente en su forma de trabajar. | () | () | () | () |
| 24. No se relaciona, se le ve solitario. | () | () | () | () |
| 25. Se le dificulta expresar sus opiniones. | () | () | () | () |
| 26. Solo trabaja si se esta con él. | () | () | () | () |
| 27. No le interesa integrarse al grupo. | () | () | () | () |
| 28. Es agresivo y molesta a sus compañeros. | () | () | () | () |
| 29. Le gusta mucho llamar la atención. | () | () | () | () |
| 30. Se enoja fácilmente. | () | () | () | () |
| 31. Es bromista exageradamente e invita al grupo al desorden. | () | () | () | () |
| 32. No le gusta recibir órdenes. | () | () | () | () |
| 33. Busca constante aprobación de lo que realiza. | () | () | () | () |

OBSERVACIONES ADICIONALES:

 INSTRUCCIONES: Marque con una (X) el nivel de aproximación y los
 errores que presenta el niño en cada una de las -
 áreas académicas básicas:

III EVOLUCION ESCOLAR Y RENDIMIENTO:

A: ESCRITURA Nivel de aproximación:

- a) Grafemático ()
- b) Silábico ()
- c) Polisilábico ()
- d) Emunciados ()
- e) Textos ()

	COPIA	DICTADO	ESCRITURA LIBRE
1. Orientación invertida de los trazos.	()	()	()
2. Realiza el trazo de las letras en dos tiempos.	()	()	()
3. Aglutina letras y palabras.	()	()	()
4. Irregularidad de los espacios entre palabras.	()	()	()
5. Manejo inadecuado del espacio gráfico.	()	()	()
6. Confunde letras de similar configuración (u,v;m,n;t,f).	()	()	()
7. Invierte la posición de letras de similar configuración, pero con distinta orientación espacial (b,d;p,q).	()	()	()
8. Confunde letras por otras de sonidos semejantes (b,v;g,j;s,c).	()	()	()
9. Confunde letras que poseen un punto de articulación común (d,t;p,b).	()	()	()
10. Traslada o cambia de lugar letras de una palabra ("es"X"se").	()	()	()
11. Agrega letras a palabras "ele"X"el").	()	()	()
12. Omite letras en sílabas directas, inversas ("mea"X"mesa"; -- "ato"X"alto").	()	()	()
13. Omite letras en sílabas trabadas ("tenza ó treza"X"trenza").	()	()	()

	COPIA	LECTURA	ESCRITURA LIBRE
14. Omite palabras dentro de enunciados o textos.	()	()	()
15. Traslada o cambia de lugar palabras de un enunciado o texto ("me se cayó" X "se me cayó").	()	()	()
16. Cambia palabras alterando el significado ("busca" X "busca").	()	()	()
17. Se salta palabras y/o renglones completos.	()	()	()
18. Se limita a enumerar sus ideas, pobreza en contenido.	()	()	()
19. Falta de artículos, preposiciones en la estructura de la oración.	()	()	()
20. Mal uso de tiempos verbales.	()	()	()
21. Mal uso de concordancia en género y número.	()	()	()
22. Sus ideas son incoherentes y poco fluidas.	()	()	()
23. Pobreza de vocabulario.	()	()	()

OBSERVACIONES ADICIONALES: _____

¿ EN QUE NIVEL DE RENDIMIENTO SE ENCUENTRA EL NIÑO ? _____
 ¿ CORRESPONDE AL GRADO QUE CURSA ACTUALMENTE ? _____

B: LECTURA Nivel de aproximación:

- a) Deletreado ()
- b) Silábica ()
- c) Silábica con reinteracción ()
- d) Fluida disprosódica ()
- e) Fluida prosódica. ()

a) AUTOMÁTICA

	SI	NO
24. Confunde letras de similar configuración (u,v;-m,n;t,f).	()	()

	SI	NO
25. Confunde letras de similar configuración, pero con distinta orientación espacial (b,d;p,q).	()	()
26. Sustituye letras por otras con similar punto de articulación, pero de sonido diferente (d,t; -p,b).	()	()
27. Traslada o cambia de lugar letras de una palabra ("al"X"la").	()	()
28. Traslada o cambia de lugar palabras dentro de un enunciado.	()	()
29. Separa sílabas dentro de las palabras ("sapo"se - lee "sap-o").	()	()
30. Cambia palabras alterando el significado ("tenían"X "temían").	()	()

b) COMPRENSIVA

	SI	NO
31. Dificultad en el significado de las palabras principales.	()	()
32. Dificultad de la captación para comprender los aspectos esenciales de un texto.	()	()

OBSERVACIONES ADICIONALES: _____

¿ EN QUE NIVEL DE RENDIMIENTO SE ENCUENTRA EL NIÑO ? _____

¿ CORRESPONDE AL GRADO QUE CURSA ACTUALMENTE ? _____

C: CALCULO

Conocimientos básicos:

- a) Conocimiento del S.N.D. ()
- b) Conoce procedimiento de operaciones básicas. ()
- c) Comprende significado de operaciones. ()
- d) Aplicación de operaciones a la solución de problemas. ()
- e) Comprensión de enunciados de problemas. ()

	SI	NO
33. Se apoya con los dedos para realizar operaciones sencillas.	()	()
34. Manejo inadecuado del espacio gráfico, empieza a realizar operaciones de derecha a izquierda.	()	()
35. No en columna adecuadamente cantidades.	()	()
36. Desconoce valor del S.N.D.	()	()
37. Confunde signos de operaciones básicas.	()	()
38. Uso indiscriminado de los signos de las operaciones.	()	()
39. Desconoce procedimiento de operaciones básicas:		
sumas	()	()
restas	()	()
multiplicación	()	()
división	()	()
40. Olvida procedimiento de operaciones básicas.	()	()
41. Mezcla procedimientos diferentes de las operaciones.	()	()
42. Comete múltiples errores de cómputo.	()	()
43. No sabe tablas de multiplicar.	()	()
44. Olvida con facilidad las tablas de multiplicar.	()	()

	SI	NO
45. Invierte números y cantidades ("6x9"; "96x69").	()	()
46. Dificultad en la comprensión de los enunciados de problemas para su resolución.	()	()
47. Dificultad para aplicar correctamente la operación en la solución de problemas.	()	()

OBSERVACIONES ADICIONALES: _____

¿ EN QUE NIVEL DE RENDIMIENTO SE ENCUENTRA EL NIÑO ? _____
 ¿ CORRESPONDE AL GRADO QUE CURSA ACTUALMENTE ? _____

RENDIMIENTO ESCOLAR: _____

¿ EL NIVEL DE RENDIMIENTO DE LECTO-ESCRITURA Y CALCULO CORRESPONDE AL GRADO ESCOLAR ACTUAL DEL NIÑO ? _____

PRONOSTICO EDUCATIVO: _____

PROGRAMA A SEGUIR: _____