

116
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EJECUCION LECTORA Y DESEMPEÑO INTELLECTUAL EN NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

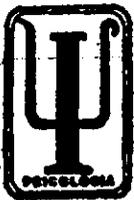
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MARIA DE LA LUZ GUTIERREZ MARTINEZ

MARIA DE LA LUZ MONTES TREJO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. IRMA CASTAÑEDA.



1998

26/11/98

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

DEDICO ESTE TRABAJO A LA MEMORIA DE MI PADRE EDUARDO MONTES Y MI ABUELO SR. JESUS TREJO. "EL CUERPO MUERE. TU ALMA PASA A LA MIA PERDURA".

A ROSITA :

MI MADRE. QUE CON SU VISION, AMOR Y TALENTO HACIA LA VIDA COMO UN EJEMPLO QUE ME MOTIVA DIA A DIA.

A HECTOR, MIMI Y YOLA :

MIOS HERMANOS. POR TODO EL AMOR QUE NOS DIERON. POR SU APOYO Y COMPRENSION DURANTE TODA MI CARRERA.....SIMPLEMENTE POR SER USTEDES.

A FERRANDO :

MI ESPOSO. POR SER MI COMPANERO Y APOYO EN TODO MOMENTO. POR TODA LA COMPRENSION Y PACIENCIA. PERO SOBRE TODO POR EL AMOR QUE NOS DIERON

MARIA DE LA LUZ MONTES

DEDICATORIAS

A LA MEMORIA DE MIS PADRES :

EFREN Y LUPITA

A MIS HERMANOS CON CARINO :

ANLADO . LUPITA Y PATY

A MIS HIJAS CON MUCHO AMOR :

LUZ MARIA Y ALEJANDRA

A TI GUILLERMO . GRACIAS POR

AGUDARME A CRECER .

" NUNCA ES TARDE PARA COMENZAR "

MARIA DE LA LUZ GUERREROS M.

AGRADECIMIENTOS

A LA LIC. IRMA CASTAÑEDA NUESTRA
ASESORA DE TESIS . POR TODO EL
APOYO Y ASESORIA EN LA REALIZACION
DE ESTE TRABAJO .

A NUESTRAS STIMULALES :

LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
LIC. PATRICIA BERNARDEZ LOZANO
LIC. MA. DEL CARMEN MONTENEGRO N.
LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA

POR LAS APORTACIONES HECHAS A
NUESTRO TRABAJO.

A LA PSIC. CLAUDIA G. VAZQUEZ R .
POR SUS APORTACIONES . APOYO .
CONFIANZA Y MOTIVACION EN LA
REALIZACION DE NUESTRA TESIS
PROFESIONAL .

ESPECIALMENTE A TODOS LOS MIEMBROS
DEL HOSPITAL PSIQUIATRIKO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO". QUE CON SU
NOBLEZA DE ESPIRITU NOS MOTIVAN A
CONTINUAR CON NUESTRA LABOR .

CONTENIDO

| | | |
|-----------------------------------|---|-----------|
| RESUMEN | | |
| INTRODUCCION | | i |
| CAPITULO 1 | ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. | 1 |
| | • PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: DEFINICION. | 6 |
| | • APROXIMACIONES TEORICAS DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. | 11 |
| CAPITULO 2 | LECTURA | 24 |
| | • ALTERNATIVAS DE EVALUACION (FORMAS) | 36 |
| CAPITULO 3 | ESTUDIOS ANTECEDENTES DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. | 39 |
| CAPITULO 4 | UN MODELO DE ATENCION PSIQUIATRICA MULTIDISCIPLINARIA PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. | 53 |
| CAPITULO 5 | METODO | 63 |
| CAPITULO 6 | RESULTADOS | 69 |
| CAPITULO 7 | ANALISIS DE RESULTADOS | 76 |
| CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | | 82 |
| BIBLIOGRAFÍA | | 85 |
| ANEXOS | | |

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo de la deficiente ejecución lectora en niños con problemas de aprendizaje evaluados a través del IDEA y su desempeño intelectual medido por medio del WISC-R.

Esto contempla la posibilidad de analizar con más detalle las habilidades y deficiencias en el desempeño lector e intelectual de niños que asisten a un Hospital Psiquiátrico.

A partir de este análisis se pretende, a futuro, aplicar estrategias de tratamiento acordes a las deficiencias de los niños.

La muestra estuvo integrada por 20 niños, quienes cursaron 2° o 3° de educación primaria, de edades entre 7 y 10 años, los cuales fueron canalizados al Bloque Psicopedagógico del Hospital Psiquiátrico Infantil por presentar bajo rendimiento y/o problemas de aprendizaje.

Se seleccionaron intencionalmente los casos, excluyendo aquellos niños cuyo problema de rendimiento obedecía primariamente dificultad en la articulación del lenguaje, retraso mental, problemas emocionales o déficit sensorial.

Se conformaron 2 Grupos de acuerdo al grado cursado en el momento de la aplicación del IDEA:

- Grupo 2° integrado por 9 niños y 1 niña, quienes lograron una ejecución lectora de 69.2%

- Grupo 3° formado por 8 niños y 2 niñas, los cuales obtuvieron 53.4% en su desempeño lector.

Se analizó el desempeño intelectual de ambos grupos y su relación con la deficiente ejecución lectora.

El análisis realizado fué de tipo cualitativo descriptivo de los subtest del WISC-R en base a los factores planteados por Kaufman.

Así también, se detectaron los errores de regla y específicos que con más frecuencia presentaron los niños con Problemas de Aprendizaje en lectura.

El análisis arrojó los siguientes resultados:

El rendimiento Intelectual de nuestra población corresponde a un nivel sub-normal. Ahora bien, aunque el rendimiento general en la prueba fué bajo, se observó un mejor desempeño en la Escala Ejecutiva.

Esencialmente se aprecia un decremento en las tareas que involucran atención y concentración (Factor III), con un mejor desempeño en aquellas que cuentan con referentes de tipo visual.

Es factible que estos niños tienen mejor procesamiento de información visual concreta que auditiva o visual simbólica.

También se obtuvieron puntuaciones bajas en los sub-test de Información, Aritmética y Vocabulario (Conocimiento Adquirido, que marca Bannantyne).

INTRODUCCION

El ámbito escolar es uno de los medios más importantes donde el niño se desarrolla afectiva y cognoscitivamente, siendo la escuela el medio donde se revelan los problemas del niño, muchos de los cuales, son los problemas de aprendizaje.

Esta dificultad es muy frecuente dentro del medio escolar, y es de primordial importancia lograr que el niño adquiera las habilidades básicas del aprendizaje, para alcanzar una máxima adaptación al medio que le rodea.

En las Instituciones educativas los maestros afrontan el problema de niños que no responden a la enseñanza en la misma forma que sus demás compañeros. Frecuentemente el maestro intenta resolver el problema de manera directa solicitando la intervención de los padres o recurriendo a la ayuda profesional de los especialistas del campo.

Comúnmente los padres y maestros confunden los problemas escolares etiquetando a los niños que funcionan de manera deficiente en las tareas académicas, siendo estigmatizados como “ retardados, disléxicos, perturbados, flojos ”, etc.

A lo largo de este siglo, ha surgido un gran interés por definir, explicar las causas y dar algunas soluciones a los problemas de aprendizaje, sin embargo en

muchos de los casos los métodos y procedimientos de evaluación no son los más óptimos y muchas veces no se relacionan del todo con los problemas tratados.

En 1963, Samuel Kirk, introduce por vez primera el término “problemas específicos de aprendizaje”. Desde entonces se han hecho diversos intentos por definir con mayor precisión esta categoría.

La finalidad de utilizar definiciones es fijar parámetros que faciliten la identificación y el diagnóstico de los estudiantes con dificultades para aprender, lo que constituye el punto de partida para el tratamiento de estos niños.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “ Dr. Juan N. Navarro ”, se atiende a niños con problemas de aprendizaje y otros trastornos del desarrollo.

En esta Institución, se brinda, entre otros, un servicio a niños que sin ser deficientes mentales, ni presentar otro tipo de impedimento(visual, motor o auditivo), muestran en su rendimiento escolar problemas para leer, escribir y hacer cálculo matemático.

Uno de los problemas que con mayor frecuencia se observa, es el bajo rendimiento en lectura. En los niños con una pobre habilidad lectora, se va limitando, conforme pasa el tiempo su aprendizaje académico. Tienen dificultad para entender tanto los problemas de aritmética, como cualquier conocimiento que requiera la recuperación de la información.

Debido al interés de profundizar en el campo de los problemas de aprendizaje, se llevó a cabo la presente investigación con niños con problemas de lectura que asisten al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” .

Consideramos que una comprensión más profunda de las habilidades y deficiencias presentadas por estos niños facilitará, en un futuro la creación de programas específicos que brinden el apoyo necesario y reduzcan el fracaso y la deserción escolar, así como las repercusiones emocionales que trae consigo este problema.

Por tal razón, el propósito de este trabajo es hacer una descripción de la ejecución lectora y desempeño intelectual de niños con problemas de aprendizaje.

Para el logro de tal propósito, el contenido del presente trabajo es el siguiente:

En el capítulo I se revisan los antecedentes históricos de los problemas de aprendizaje, desde la fase de los fundamentos (1800 - 1940), fase de la transición (1940-1963) y fase de la integración (1963- a la fecha), aquí se reseñan algunos de los aspectos más sobresalientes de cada etapa. También se abordan los modelos teóricos más representativos en el campo de los *problemas de aprendizaje*, mencionando sus principales exponentes y la interpretación que da cada enfoque a este problema.

En el capítulo II se describe el proceso de lectura, tanto en su desarrollo normal como en su patología, así como también algunas pruebas formales e informales que evalúan esta parte del aprendizaje escolar, mencionando las formas de evaluación de acuerdo al tipo de pruebas que se utilizan.

El capítulo III trata de una revisión llevada a cabo en torno a algunos estudios antecedentes realizados en México con niños con problemas de aprendizaje.

En el capítulo IV se describe el modelo de atención multidisciplinario para niños con *problemas de aprendizaje*, que se realiza en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro ”,

En el capítulo V se describe el procedimiento metodológico utilizado en esta investigación.

En el capítulo VI se presentan los resultados encontrados y en el capítulo VII el análisis de estos.

Por último se plantean las conclusiones y sugerencias que se derivan del presente estudio.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

La educación para personas con dificultades en el aprendizaje es una área con un crecimiento mucho mayor que cualquier otra área de la educación para estudiantes excepcionales (Mercer, 1991). Para proporcionar un panorama general de los hechos y los individuos que han tenido un papel importante en el campo de los problemas de aprendizaje, se enmarca de manera general en este capítulo los antecedentes históricos sobre dicho tópico.

A fines del siglo pasado y a lo largo de éste, se ha visto el nacimiento y desarrollo de lo que se denomina como problemas de aprendizaje, en donde Wiederholt (en Myers y Hammil, 1994) ha dividido en tres fases:

Fase de los fundamentos (1800-1940)

Se caracteriza por la formulación de las posturas teóricas frente a las dificultades en el aprendizaje, basadas sobre todo en el estudio de adultos que sufrían lesión cerebral o con pacientes que habían tenido algún trauma. Las teorías se postularon con base en observaciones clínicas hechas por médicos, y hubo poca o ninguna comprobación empírica de las hipótesis con procedimientos de investigación controlados.

Las primeras investigaciones sistemáticas se inician alrededor de 1800 con los estudios de Gall, en adultos que habían sufrido lesión en la cabeza y que habían perdido capacidades para expresar sus sentimientos e ideas por medio del habla. Este autor estudió lo que se denomina en la actualidad como afasia.

Otros investigadores que siguieron la línea de Gall fueron Bouillard, Broca, Jackson y Wernicke, quienes refinaron y extendieron las primeras teorías sobre la afasia e intentaron descubrir las áreas cerebrales que, al resultar lesionadas, producían la pérdida del lenguaje (Macotela, 1995).

Otros autores como Dejerine, Orton e Hinshelwood, nos hablan más específicamente sobre incapacidades o trastornos de lectura.

Goldstein postuló que el daño cerebral afectaba varias áreas del comportamiento.

Strauss y Werner aplicaron esos principios al estudio de los niños retrasados con lesión cerebral, concentrándose en un subtipo que finalmente se conoció como el niño con “ síndrome de Strauss”, es decir, aquel niño con una supuesta lesión cerebral que manifestaban problemas perceptuales, distracción, desinhibición, perseverancia y otras reacciones.

Fase de la transición (1940-1963)

Durante esta fase se hace un esfuerzo por transferir los diversos postulados teóricos a la práctica correctiva. Se pasa del estudio de los adultos al de niños y las ideas obtenidas anteriormente de los adultos, se transfieren en su totalidad a los niños con trastornos en el desarrollo. Por primera vez los educadores y los psicólogos se convierten en portadores importantes en el área de los problemas de aprendizaje.

En esta fase se elaboraron muchos instrumentos de evaluación y programas de entrenamiento. En su mayoría los profesionales dedicados en estas áreas se consideraban como especialistas en lectura, escritura, lenguaje, etc.

Se desarrollan también muchos instrumentos y pruebas relacionadas con el lenguaje hablado entre los que destacan los ideados por Wepman (Test de discriminación auditiva), Kirk y Mc Carthy (Test de habilidades psicolingüísticas) y Eisenson (Examen de afasia).

Se realizan innovaciones en los procedimientos de tratamientos correctivos en los que destacan las aportaciones de Myklebust y Mc Ginnis; las teorías de Orton estimularon el desarrollo de los métodos correctivos de lectura, como los de Gillinham y Stillman; de Spandring, Hegge, Kirk and Kirk, en los que se intenta el entrenamiento fónico correctivo.

Las ideas de Strauss influyen en Lehtinen y luego en Kephart, quienes desarrollaron programas educativos para niños con lesiones cerebrales e impedimentos perceptuales.

Cruickshank convino la orientación de Strauss con las técnicas educativas de Lehtinen, aplicándolas a niños hiperactivos y con trastornos perceptuales. Frostig por su parte, también muy influida por Strauss, se dedicó más a la enseñanza de niños que manifestaban dificultades perceptuales, contribuyendo en la elaboración de una prueba y un programa evolutivo de la percepción visual.

En el área del desarrollo motor y capacidades visomotoras destacan los programas desarrollados por Getman y Barsch, Kephart y Delacato.

Fase de la integración (1963- a la fecha)

Wiederholt denomina así a esta etapa porque refleja el surgimiento de un interés compartido entre representantes de la rama médica, psicológica y pedagógica, por integrar los desarrollos y aproximaciones ocurridos entre 1800 y principios de la década de los 60,s (obs. cit.. Macotela, 1995).

La manifestación más importante de esta fase se deriva de la conferencia dictada en 1962 por Samuel Kirk el cual introduce el término de “ problemas de aprendizaje ” (Learning Disabilities) para referirse a:

“ ... Un grupo de niños que presentan desórdenes en el desarrollo de las destrezas necesarias para la interacción social y escolar. En este grupo no se incluyen niños que tengan impedimentos tales como ceguera o sordera, ya que tenemos métodos para manejar y entrenar al ciego y al sordo. Se excluyen también de este grupo a los niños que tienen un retardo mental generalizado...”

(en Myers y Hammill, 1994).

Durante esta conferencia se crea la Asociación para niños con problemas de aprendizaje en Estados Unidos, incluyendo a padres y profesionales. Se formó un consejo consultivo cuyos miembros reflejaban un carácter integrativo de opiniones.

El área tuvo a partir de entonces un nombre genérico bajo el cual entran toda la variedad de problemas de aprendizaje que hasta entonces se veían de manera aislada.

A partir de entonces a habido un aumento en la literatura sobre los problemas de aprendizaje e incluso sobre la formación de Institutos en los cuales se discute sobre las innovaciones, métodos, evaluaciones, programas, teorías o nuevas definiciones del campo.

En México los problemas de aprendizaje son una rama de estudio joven, los antecedentes son citados por Martínez Vázquez (1988), en donde de 1929

a 1960 se trabajan diversos campos de la educación especial, con mayor énfasis en el retardo mental, problemas visuales, auditivos y de ortolalia. En 1962 se inaugura la primera escuela para niños con problemas de aprendizaje en Córdoba Veracruz, abriéndose subsecuentemente otras.

En 1970 se crea la Dirección General de Educación Especial dependiente de la S.E.P. , donde su directora, la profesora Margarita Gómez Palacios da un mayor auge a este campo creando los Centros Psicopedagógicos y los Grupos Integrados.

Macotela en 1995, menciona que los problemas de aprendizaje toman más importancia con el primer Congreso sobre dificultades de aprendizaje llevado a cabo en 1971, después del cual le siguen traducciones y publicaciones de diversos trabajos así como la generación de programas y servicios (Nieto 1976; Ferreiro y Gómez Palacios ,1980; Jiménez y Macotela, 1983; SEP, 1979,1985).

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Definición:

Se ha visto que a lo largo de la tercer fase histórica de los problemas de aprendizaje a habido diversas definiciones propuestas. En México, la SEP (1981) distingue dos tipos generales de dificultades de aprendizaje:

1) Aquellas que aparecen en la propia escuela como resultado de la aplicación de métodos inadecuados o de procedimientos convencionales de lecto-escritura o cálculo, que pueden no correspondera nivel de las nociones básicas que los alumnos han adquirido en su experiencia cotidiana.

2) Aquellas que se originan a raíz de un conjunto de alteraciones nerviosas superiores que intervienen en los procesos de aprendizaje (Lozano, 1995).

Por su parte, Hammill (1990) realiza un análisis exhaustivo sobre los intentos por definir el campo de los problemas de aprendizaje y ofrece evidencia respecto de un posible consenso emergente alrededor de la definición mas reciente del campo (Comité Nacional Conjunto sobre problemas de aprendizaje de Estados Unidos, 1988), la cual dice:

“ ... Término general que se refiere a un grupo heterogéneo de desórdenes , manifestados en dificultades significativas en la adquisición y uso de habilidades para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar y manejar las matemáticas. Los desórdenes son intrínsecos al individuo, presumiblemente debido a una disfunción del sistema nervioso central y pueden ocurrir a lo largo de toda la vida. Los problemas de aprendizaje pueden coexistir con problemas en conductas autorregulatorias, percepción social e interacción social, pero éstas últimas no constituyen en sí un problema de aprendizaje. Aún cuando los problemas de aprendizaje pueden

ocurrir concomitantes a otras condiciones incapacitantes (por ejemplo: impedimentos sensoriales, retardo mental y perturbación emocional severa) o con influencias extrínsecas (por ejemplo: diferencias culturales, instrucción inapropiada o deficiente) no son resultado de estas condiciones o influencias " (en Macotela, 1995).

Siguiendo esta línea, Adelman (1993), propone una conceptualización de los problemas de aprendizaje como un continuo de severidad en donde los factores tanto intrínsecos como extrínsecos pueden interactuar, difiriendo totalmente con la idea de que los problemas de aprendizaje se deben únicamente a factores orgánicos (disfunción cerebral).

Este autor , plantea tres tipos de categorías dentro de un continuo, en donde en un extremo estarían los problemas de aprendizaje asociados a factores intrínsecos (cerebrales) **TIPO III**, en medio del continuo postula la presencia de problemas de aprendizaje debido tanto a factores intrínsecos como extrínsecos (instruccionales, familiares, etc.) **TIPO II**, y en el otro extremo los problemas de aprendizaje que pueden estar asociados a factores extrínsecos **TIPO I**.

De acuerdo a estas divisiones se plantean diferentes grados de severidad que requieren de acciones de tratamiento diferentes, por ejemplo las leves y moderadas (TIPO I y II) pueden ser abordados en un contexto de la educación regular, las de TIPO III deben ser abordadas dentro de la educación especial.

A partir de la revisión de algunas definiciones propuestas, consideramos que la consecuencia de esto es la controversia ante la delimitación del problema, creando, de esta manera, ciertas confusiones y dificultad para definir un problema tan complejo como lo es el aprendizaje.

En la realidad actual encontramos que la actitud de muchos investigadores es la de aceptar que los problemas de aprendizaje son el resultado de la combinación de factores tanto del propio sujeto como del medio que le rodea, dando como resultado un problema más complejo.

Ahora bien, la mayoría de los educadores especiales están de acuerdo en que los estudiantes con problemas de aprendizaje constituyen un grupo heterogéneo, donde se combinan múltiples factores(Adelman y Taylor, 1985; Gallagher, 1984; Poplin, 1984).

Es evidente que muchos de los niños con problemas de aprendizaje también han pasado por una serie de aspectos socio-emocionales que de alguna forma limitan el desarrollo escolar.

Ante esto, en las investigaciones realizadas por algunos autores (Mercer, 1991; Macotela , 1995, Gerheart, 1987) se coincide sobre la existencia de algunas características comunes en niños con problemas de aprendizaje, tales como:

- Hiperactividad
- Hipoactividad
- Distracción constante o labilidad atenta
- Sobre-atentividad
- Torpeza motora o desórdenes de coordinación
- Desórdenes perceptuales
- Perseverancia
- Trastornos de memoria
- Labilidad emocional
- Impulsividad
- Trastornos del pensamiento
- Problemas de habla o lenguaje
- Problemas en conductas autorregulatorias
- Problemas de percepción e interacción social
- Signos neurológicos presumibles: Daño o disfunción cerebral.
- Problemas específicos de aprendizaje en lectura, escritura y matemáticas.

Es evidente que al hablar de problemas de aprendizaje nos enfrentamos a un tema muy complejo, para esto es necesario contar con una visión amplia sobre la conceptualización, diagnóstico y tratamiento para este tipo de niños, tomando en cuenta la posible existencia de uno o varios de los factores antes mencionados.

APROXIMACIONES TEORICAS DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Muchas son las teorías que explican desde su punto de vista los problemas de aprendizaje, y es evidente que esto no puede ser explicado por una sola , ya que el término puede incluir numerosos trastornos relacionados, pero diferentes. Sin embargo, es necesario contar con múltiples teorías para poder apoyar a los niños con problemas de aprendizaje.

A continuación, se mencionan los enfoques teóricos más importantes, de acuerdo a su desarrollo histórico, se hace referencia a los exponentes principales de cada uno de ellos, así como la conceptualización de los problemas de aprendizaje y la forma en que abordan y tratan el problema desde su perspectiva.

Modelo Perceptomotor

Los teóricos del enfoque perceptomotor suponen que los procesos mentales de nivel superior crecen fuera de y siguen, en forma consistente, el desarrollo integrado del sistema motor. Para ellos, las habilidades perceptomotoras tempranas son la base esencial para los conceptuales posteriores.

Sus exponentes más importantes son Delacato (1959, 1963), Cratty (1969) y Kephart (1955); los cuales sus métodos y técnicas se refieren más a procesos motores; y Barsch (1965), Getman (1962) y Frostig (1964), los cuales se refieren primordialmente a aspectos perceptivos. En general sus teorías y métodos correctivos son muy similares.

Este enfoque enfatiza que el ajuste perceptivo es la base sobre la que se estructura la formación de los conceptos, la capacidad de abstracción y el comportamiento simbólico cognoscitivo.

Estos autores están convencidos que las dificultades de aprendizaje del niño tienen su génesis en un problema perceptomotor y que una vez que se le da entrenamiento en estas áreas se le puede enseñar fácilmente (Myers, 1994)

Se insiste en que se debe desarrollar a temprana edad los sistemas motores, perceptuales y espaciales del niño.

Se ha visto que estos sistemas se deben considerar como ricas fuentes de sugerencias prácticas que pueden contribuir al desarrollo de las capacidades perceptomotoras, aunque no describen aquellos trastornos de aprendizaje que se relacionan con el lenguaje y el pensamiento.

Las teorías, las evaluaciones y programas de entrenamiento de este modelo se generalizaron tanto en ese campo que hubo una época en que muchos profesionales usaban las expresiones de “dificultades de aprendizaje” e “impedimento perceptivo” como sinónimos.

Aunque hoy en día este modelo ya no suscita el interés de antes, siguen empleándose mucho en las escuelas los programas para problemas de aprendizaje.

Modelo Conductista

Uno de los primeros autores en este campo fue John B. Watson, pero la mayoría de los educadores reconocen por lo general como padre del conductismo a B.F Skinner, el cual lo popularizó hacia 1950-1960.

El principio básico del conductismo es que la conducta humana se compone de diversas respuestas que se pueden observar y relacionar con otros eventos observables. Los conductistas tratan de encontrar relaciones verificables entre estímulos, respuestas y las condiciones consecuentes.

Lo importante para este enfoque es poder establecer metas significativas así como objetivos conductuales específicos. Una de las técnicas es modelar la conducta mediante reforzamientos, con una modificación gradual de ellas,

hasta lograr la meta deseada. Estas modificaciones graduales en la enseñanza pueden constituir un encadenamiento que combinado con el modelamiento lleva al aprendizaje.

Sulzer y Mayer (1972) observaron que “el cambio del comportamiento está implícito en cualquier programa escolar... la decisión no consiste en si la conducta debe cambiar, sino en quien lo hará, cuáles serán las metas y que programa específico de cambio de conducta se usará”. (cit. Gerheart; 1987).

Ellos sugieren que el cambio conductual deseado puede clasificarse en un número de categorías generales:

- (1) Incrementar o fortalecer algún comportamiento que es débil.
- (2) Ampliar una conducta buena o deseable a un nuevo entorno.
- (3) Restringir o limitar un comportamiento a una situación específica.
- (4) Formar una conducta nueva.
- (5) Mantener algún comportamiento existente (en particular si parece estar debilitado).

(6) Reducir o eliminar alguna conducta indeseable.

Algunas de las técnicas conductistas más utilizadas para el beneficio de estudiantes con problemas de aprendizaje, son: la contingencia, modelamiento y análisis conductual aplicado. Las categorías de cambio conductual, como aumentarla, dar forma a un nuevo comportamiento, generalizarlo, limitarlo, mantenerlo, reducirlo, o eliminarlo, son relevantes para las metas educativas establecidas para niños con problemas de aprendizaje.

El conductismo no es aceptado por todos los teóricos del aprendizaje, no obstante muchos de ellos utilizan las técnicas todos los días.

Las técnicas conductistas no ayudan a los niños a hacer algo para lo cual no tengan una habilidad básica, o a dar grandes pasos en los problemas de aprendizaje; pero los estudiantes pueden ser motivados para atender las tareas académicas e intentar más de lo que habían hecho antes, si se les da una razón importante para ello (Gerheart, 1987).

Modelo Cognoscitivo

El enfoque cognoscitivo fué muy limitado durante la década de los sesentas, pero al final de esta década se produjeron algunos acontecimientos que influyeron sobre el aprendizaje de los niños con dificultades.

La teoría del desarrollo mental de Jean Piaget (Piaget, 1970; Piaget e Inhelder 1969), se interpretó como implicada en el campo de los problemas de aprendizaje. La teoría apoya la idea de que el pensamiento lógico se desarrolla en cuatro etapas de maduración y que el niño va aprendiendo algunas tareas especiales en cada una de las etapas (Mercer,1991). De esta forma se establecen las bases de la teoría cognoscitivista que se desarrolla más ampliamente.

En 1981, D. Kim Reid y Wayne P. Hresko, publicaron la primera gran obra que pone de manifiesto el enfoque cognoscitivo en relación con los problemas de aprendizaje.

Resulta difícil definir el término “cognición” pero puede decirse que éste, se involucra en la mayor parte de los procesos conductuales que se relacionan a la conciencia que se tiene del ambiente y los intentos para identificar e interpretar estos aspectos significativos. Las conductas cognoscitivas son procesos complejos e interrelaciones asociadas con comprensión, recuerdo y dar sentido a las experiencias (Mercer, 1991).

Bruner, en 1973 (citado en Mercer, 1991) sugiere que la cognición es el proceso de ir más allá de la información física y observable proporcionada por el contexto. Desde este punto de vista, la cognición ayuda a identificar, organizar, interpretar y aplicar información al entorno.

Es indispensable que el niño sea expuesto a experiencias ambientales ricas y variadas, desde las cuales pueda construir conocimiento.

Un enfoque cognoscitivo, en relación a las incapacidades para aprender, se centra en el niño y reconoce el papel de procesos de control superiores en el aprendizaje. Este enfoque enfatiza lo que el niño lleva a la situación de aprendizaje, apoyado en las experiencias y el significado que construyó desde éstas.

El principal interés del modelo es asegurar el crecimiento cualitativo y el cambio en las estructuras cognoscitivas del niño.

Modelo Basado en el Lenguaje

Las primeras teorías lingüísticas evolucionaron para convertirse en lo que ahora se denomina el modelo psicolingüístico o de lenguaje. Esto se dio a raíz de la combinación de las disciplinas de la teoría de la comunicación, sociología y antropología, con los campos de la lingüística y psicología, lo que se desarrolló hasta convertirse en la psicolingüística

Los primeros sistemas que se desarrollaron fueron los del lenguaje, representados por Barry, 1961; Mc Ginnis, 1963; Johnson y Myklebust, 1967, estos autores tratan, sobre todo, los sistemas de comunicación en niños

diagnosticados como afásicos, que se caracterizan por una deficiencia lingüística originada por una lesión cerebral. Estos sistemas funcionan a base de numerosas tareas visuales y auditivas, siendo el propósito principal el desarrollo del lenguaje (Myers y Hammill, 1994).

En otra etapa se desarrollaron los sistemas lingüísticos, donde entran los métodos y programas ideados por Gray y Ryan, Coughran y Liles, Fitzgerald y Peugh. Los programas de los dos primeros exponentes se basan en la obra de los Lingüistas Evolucionistas y de los Gramáticostransformacionistas. Como punto de referencia la intención primaria de tales programas es la enseñanza de la estructura sintáctica del idioma, apenas si prestan atención a los aspectos semánticos del lenguaje (Myers y Hammill, 1994).

Por último, se desarrollaron los sistemas psicolingüísticos que se emplean para niños con dificultades, que se derivaron del modelo de comunicación ideado por Osgood y que aplicó clínicamente Kirk. Se basan en que las deficiencias en las capacidades psicolingüísticas contribuyen en gran medida a los fracasos escolares que se pueden medir, y una vez identificados, se pueden remediar en cierto grado. La tendencia hacia el entrenamiento psicolingüístico en las escuelas empezó con el Test de Capacidades Psicolingüísticas Illinois, ITPA (Kirk y Mc Carthy, 1961, cit. Myers y Hammill, 1994).

Los enfoques psicolingüísticos enfatizan la interrelación entre los procesos de pensamiento y lenguaje. “ El estudio de como la gente utiliza el lenguaje, de que manera afecta su comportamiento y como se aprende... la lectura es el lenguaje” (Goodman y Burcke, 1980, pag. 80, cit. Myers y Hammill, 1994).

Algunos autores han expresado serias dudas sobre los beneficios de entrenamiento de los procesos en general y en particular del entrenamiento psicolingüístico, temen que esos procedimientos no hagan más que fragmentar al niño, es decir, considerarlo como un conjunto de disfunciones aisladas. Además que tales sistemas están basados en supuestos teóricos insuficientes o no comprobados.

Enfoque Neuropsicologico

La interpretación neuropsicológica parte del conocimiento realizado en investigaciones de autores como Luria, Azcoaga, Quiroz, etc., quienes tratan sobre la patología cerebral de adultos y niños, consideran que las dificultades de aprendizaje escolar son la consecuencia de una disfunción o lesión cerebral precoz .

La neuropsicología trata de conocer las funciones neuropsicológicas comprometidas en cada aprendizaje en particular, así como deficiencias funcionales específicas que determinan cada dificultad de aprendizaje concreto.

Tal enfoque presume un análisis preciso de las dificultades que presenta el niño con problemas de aprendizaje, un conocimiento del estado y nivel de desarrollo de las capacidades básicas y de las interrelaciones establecidas entre éstas, así como la posibilidad de inferir en el estado del sistema nervioso central, que presione al niño a presentar dificultades específicas en ciertas áreas del aprendizaje, así como en sus áreas de conducta y cognoscitiva (Matute, 1996 ; cit. en Ostrosky, 1996).

El modelo toma en cuenta la información dada por los marcadores biológicos (antecedentes familiares de problemas semejantes), además de las circunstancias externas que afectan positiva o negativamente al menor (Taylor y col, 1988; cit. en Ostrosky, 1996).

Proponen la existencia de subtipos de problemas de aprendizaje significativos diferenciables cuyos problemas en el “procesamiento cerebral” se expresa en el desempeño dentro de los niveles acordes a su edad en las habilidades académicas de lectura, escritura y/o aritmética. Hablando así de problemas de aprendizaje en lectura, escritura o matemáticas. El principal interés de este enfoque se centra en la existencia de alteraciones cerebrales

diferentes asociadas a cada uno de estos subgrupos (Matute, 1996; cit. en Ostrosky, 1996).

Para llevar a cabo una terapia dentro de este marco de referencia, se tiene que partir de una evaluación neuropsicológica precisa, con un diagnóstico que nos permita discriminar entre los niños con problemas de aprendizaje para hacer una clasificación por subgrupos y así realizar una intervención directamente relacionada con la evaluación y el diagnóstico.

Algunas de las críticas hechas a este modelo se derivan de:

- Las evaluaciones hechas en adultos no hacen referencia a aspectos del desarrollo.
- Se apoyan en el uso de Baterías Neuropsicológicas diseñadas para adultos, que no han sido validadas en México, teniendo que emplear otras pruebas complementarias para el diagnóstico (Matute, 1996, citado en Ostrosky, 1996).

Enfoque Psiquiátrico

Los criterios utilizados para los médicos, en particular, para los que se enfocan a la Psiquiatría, se basan principalmente en el diagnóstico realizado a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales DSMIV. Este Manual incluye a los trastornos específicos del desarrollo, el

cual a su vez contempla en su clasificación el apartado de los trastornos de aprendizaje (antes trastornos de las habilidades académicas DSM-III).

El diagnóstico de los **trastornos de aprendizaje** se realiza, cuando el rendimiento de lectura, cálculo o escritura es en gran medida, inferior al esperado por la edad, grado escolar y nivel de inteligencia de un niño. Los problemas de aprendizaje intervienen significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, escritura o cálculo.

Para establecer que una discrepancia es significativa, deben observarse más de dos desviaciones típicas entre el rendimiento escolar y el Coeficiente Intelectual.

Se pone especial énfasis en el diagnóstico diferencial excluyendo aquellos niños que presentan dificultades escolares debido a la falta de oportunidad o factores socio-culturales , también a aquellos con déficits sensoriales (auditivos y visuales) y por supuesto a casos debidos por retraso mental.

Este modelo se enfoca básicamente en el diagnóstico de los niños con problemas de aprendizaje y el tratamiento farmacológico que se requiera.

Una crítica que se le hace a dicho modelo es que clasifica a los niños por medio de un diagnóstico.

Consideramos importante mencionar que el enfoque mencionado se utiliza en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, lugar donde se llevó a cabo la presente investigación.

CAPITULO 2

LECTURA

Leer , es la habilidad escolar básica más importante que se aprende después de alcanzar el aprendizaje del habla. El poder leer significa el éxito en la escuela, en el trabajo y muchas veces en la vida. “ Su aprendizaje constituye condición de éxito o fracaso escolar ”(Peisekovicius, 1983 p.62 cit. en Ayala y Paredes, 1993).

Los niños que tiene problemas en la lectura, tienen una alta probabilidad de fracasar escolarmente y, dado que el conocimiento se adquiere a través de la lectura, de ésta depende la mayor parte de su futuro académico.

El reconocimiento de las palabras es esencial en la lectura, pero es esto solo un medio y no un fin en sí mismo ya que la lectura es algo más que el desciframiento de símbolos, siendo el fin último la extracción del significado, el análisis, la crítica e interpretación de lo que se lee (Hester y Cruz, 1982).

La conducta lectora del niño, entre otras cosas, es un fenómeno de desarrollo, lo que quiere decir que hay ciertas condiciones necesarias y suficientes para ella, y que cambia tanto cuantitativamente como cualitativamente.

El aprendizaje de la lectura y escritura son procesos en donde el niño comienza su aprendizaje mucho antes de ingresar a la escuela, esto se ve

facilitado cuando el niño tiene un ambiente donde se propicia estas actividades y puede experimentar con ellas (Ferreiro, E. Teberosky, A., 1979).

De acuerdo a Jiménez y Londoño (1982), para llegar a la adquisición de la lectura es necesario que el niño tenga una adecuada capacidad intelectual, una edad mental de 5 años y medio, buen estado de salud, sin problemas de audición, visión y motriz, y sobre todo una buena estimulación sociocultural, lo que engloba un buen desarrollo del lenguaje, experiencia variada de libros, etc.

Coderman y Blonquist (1970) afirman que los niños maduran un año y medio después que las niñas, las cuales aprenden a leer primero.

Mendoza (1987), encontró que los niños de 3 y 4 años tienen un mejor desempeño en la adquisición de la lectura cuando cuentan con mejores precurrentes como sería el lenguaje, la atención y la discriminación auditiva y visual.

Para la adquisición de la lectoescritura es necesario que el niño tenga las habilidades previas para su aprendizaje (Alvarez , 1994). En opinión de esta autora estas habilidades comprenden: reconocimiento del esquema corporal, ritmo, noción de derecha-izquierda (lateralización), memoria, reconocimiento de constancia de forma, nociones espaciales y temporales, etc.

La realidad es que para cualquier tipo de conducta evolutiva compleja es preciso que el niño cuente con una serie de aprendizajes previos, para estar en condiciones de llevarla a cabo. El niño que no culminó los aprendizajes

pre-escolares de manera adecuada, es realmente un niño incapacitado para hacerlo hasta no superar sus deficiencias, por lo que no debe ser excluido de los calificados que padecen deficiencias de aprendizaje (Monedero, 1989).

Para Ferreiro y Gómez Palacios (1982), el proceso de aprendizaje de la lectura presenta principalmente tres momentos por los que pasa toda persona que aprende a leer:

- *Primer momento:* Se caracteriza porque los niños consideran el texto como una totalidad, apoyándose en la imagen para leer, lo importante es que la lectura se hace sobre el texto. El señalamiento del texto es continuo, no hay relación entre su longitud y la cantidad de palabras emitidas.
- *Segundo momento:* Aquí, los niños consideran las características cuantitativas tomando en cuenta los fragmentos de continuidad y la longitud de las palabras.
- *Tercer momento:* Se caracteriza por las propiedades cuantitativas del texto, es decir, cada letra tiene ya su valor convencional. El texto representa sonidos con significados.

Para estas autoras, el aspecto más complejo del desarrollo del lenguaje lo constituye la adquisición de la lecto-escritura, por ser altamente convencional, su aprendizaje, requiere de estructuras mentales elaboradas, siendo la lecto-escritura procesos íntimamente relacionados pero no paralelos.

Siguiendo con el desarrollo normal, en la lectura oral el niño logra la identificación del grafema leído gracias a la coincidencia que hay en el

correspondiente fonema que forma parte de su acervo lingüístico. También sucede esto en la lectura silente y el reconocimiento de las formas gráficas se ve facilitado por la evocación del correspondiente fonema. En un plano más complejo, al hablar de lectura y escritura “ comprensivas ” se alude a la condición adquirida por quien aprende, de transferir a la lectura y escritura todos los contenidos significativos, todos los planos verbales de la comprensión, todo el conjunto de lo conocido y de las vivencias afectivas (Azcoaga, 1979).

Frank Smith (1983), reconoce dos fuentes esenciales de información para la lectura:

Información visual: Es la que se ve en el texto impreso en el momento de leer.

Información no visual: Es la que ya poseemos a partir del significado que cada sujeto construye respecto al lenguaje escrito. Sin ella, la comprensión de lo leído se verá bloqueada o disminuida.

En la lectura existen varias estrategias que son utilizadas por todos los lectores.

“ Una estrategia se define como un esquema amplio para obtener, evaluar y utilizar información ” (cit. González y Cols. , 1986).

Estas estrategias son:

1. *Muestreo*: Permite al sujeto seleccionar las formas gráficas que son los índices informativos más importantes. También permite al lector obtener significado sin leer letra por letra.
2. *Predicción*: Es posible gracias a la información no visual, crea expectativas en el lector dependiendo del tipo de lectura que haya escogido y le permite predecir el final de una historia.
3. *Anticipación* : Posibilita al lector el poder anticiparse a las palabras que va leyendo y saber cuales siguen. Puede ser semántica cuando se anticipa lo que continúa por el significado de lo leído, o sintáctica después de un artículo se anticipa un sustantivo.
4. *Inferencia*: Consiste en deducir el contenido de la información que no se explícita en el texto.
5. *Confirmación* : Es la habilidad del lector para confirmar o rechazar las predicciones, anticipaciones o inferencias de la lectura.
6. *Autocorrección*: permite al lector localizar y corregir los errores cometidos durante la lectura, aunque esto no lo haga de manera sistemática.

Ahora bien, muchos autores concuerdan en la idea de que la lectura comprensiva es el objetivo principal de esta tarea, y no tanto la simple descodificación de los símbolos gráficos.

En lo cotidiano, las dificultades que van experimentando los niños en sus propios procesos de aprendizaje son similares a las que se estudian como síntomas en las alteraciones del aprendizaje de la lectura. Aunque en el caso de los niños normales la alteración dura muy poco tiempo y a veces ni se

comprueba en un proceso muy fluido y muy rápido, mientras que en los niños anormales, las alteraciones se estabilizan en el tiempo. Se trata, entonces, de procesos similares en los que participan los mismos dispositivos fisiológicos (Azcoaga, 1979).

La falta de madurez del niño que inicia el aprendizaje formal de la lectura es, entre otros, uno de los factores determinantes en los problemas de lecto-escritura (Downing y Thrackray,1974, citado en Jiménez y Londoño, 1980). Este aspecto puede convertirse a la larga en un verdadero problema de aprendizaje, lo que a su vez puede desencadenar trastornos profundos en el desarrollo del niño.

El niño que no puede leer o lee con dificultad, en muchas ocasiones fracasa en la mayoría de las materias escolares, no puede desenvolverse normalmente en un medio que le exige leer, y se ve impedido para desarrollarse plenamente desde el punto de vista emocional, social, e intelectual.

Para autores como Iabille y Liberman (Duffy, 1988), la lectura está basada en el lenguaje, para ellos las dificultades en la lectura no van asociadas a defectos en la discriminación visual, sino a defectos de índole lingüística, es decir, están en relación con las estructuras fonológicas de las palabras y no con sus formas ópticas.

Por otro lado, muchos de los autores que tratan estos problemas, coinciden que un retraso en la lectura a una edad temprana podría ir unido a

problemas perceptivos, mientras que un retraso en la lectura en una etapa posterior puede ir unido a determinados problemas cognitivos.

A todo lo anterior, consideramos que la lectura viene a ser un proceso muchos más complejo que el simple descifrado, y en ella intervienen un sin número de habilidades que van desde lo perceptual, cognoscitivo, de lenguaje, y hasta el afectivo.

EVALUACION DE LA LECTURA

Para conocer los déficits en los niños con problemas de lectura algunos autores proponen diferentes formas de evaluación, a continuación se mencionan algunas de ellas:

Una forma de evaluar los problemas de aprendizaje en la lectura es el realizado por Brueckner (1986), este autor enfatiza la naturaleza de lo que él llama “anomalías lectoras”, incluyendo una serie de elementos para su identificación, los que se describen a continuación:

A. Estudio defectuosos de las palabras

1. Defectuosa o no utilización del contexto
2. Ineficaz análisis visual de las palabras
3. Conocimiento insuficiente sobre los elementos estructurales y fonéticos de las palabras

4. Ineptitud para combinar auditivamente y sintetizar visualmente los elementos de las palabras.
5. Actitud Hiperanalítica:
 - a) Análisis de las palabras ya conocidas
 - b) División excesiva de las palabras
 - c) Deletreo
6. Vocabulario visual muy reducido
7. Desorientación

B. Pobreza comprensiva

1. Vocabulario lector insuficiente
2. Vocabulario comprensivo insuficiente
3. Insuficiente sentido de la frase
4. Insuficiente sentido de la organización del párrafo
5. Incapacidad para adaptar la velocidad lectora a los distintos tipos de comprensión
6. Incapacidad de leer con ciertos propósitos

C. Otros defectos

1. Excesiva articulación
2. Hábitos de señalar con el dedo y mover la cabeza
3. Injustificadas pausas de palabra a palabra
4. Injustificada pérdida de tiempo al leer
5. Lectura demasiado rápida

D. Deficiencias en lectura oral

1. Intervalo demasiado corto entre la vista y la voz
2. Excesiva separación entre la visión y pronunciación de la palabra
3. Defectuosa distribución de pausas
4. Deficiente entonación de las frases
5. Tono de voz poco natural

La manera en que se evalúa la lectura desde estos elementos es más cualitativa, informal y muy generalizada, tomando en cuenta para el diagnóstico solo los puntos anteriores.

En México, la Dirección General de Educación Especial (1975), dirigida por Margarita Gómez Palacios creó la prueba Monterrey que evalúa a niños de 7 a 10 años. Esta prueba está basada en la teoría de Piaget (cognoscitivista) y en la teoría Psicolingüística. La prueba Monterrey no cuenta con bases estadísticas de estandarización, ha sufrido varios cambios, en cada uno de los cuales ha venido mejorando al acercarse a su fundamento Psicogénico. Dicha prueba está constituida por dos áreas:

- 1) Noción elemental del número natural.
- 2) Noción elemental de la lengua escrita.

Valora al niño en el área de las matemáticas (clasificación, seriación y conservación del número) y en la lecto-escritura y nos indica el nivel de desarrollo evolutivo en que se encuentra .

La lecto-escritura se considera como un proceso muy complejo, que empieza mucho antes de que el niño ingrese a la escuela, donde intervienen múltiples factores que el niño debe ir integrando los cuales van más allá de la mera correspondencia entre fonemas y grafemas.

Para esta prueba, la lectura es una actividad que no es esencialmente visual, la anticipación y predicción juegan un papel fundamental, basándose tanto en aspectos semánticos como sintácticos los que permiten la comprensión del significado. De esta manera la lectura es la comprensión de un mensaje escrito y los elementos puestos en juego para acceder a dicha comprensión no son de tipo mecánico sino cognitivos.

Otra prueba que se utiliza para evaluar lectura es el Test de análisis de lectura y escritura (TALE), elaborado en España con niños barceloneses entre 6 y 10 años de edad que cursan la Enseñanza General básica. Se tomó una muestra de 640 niños para la población normalizada. El fundamento teórico de la prueba se basa en el análisis experimental de la conducta.

El TALE es una prueba destinada a determinar los niveles generales y las características específicas de la lectura y escritura de cualquier niño en el momento dado del proceso de tales conductas.

El TALE, pretende ser una prueba fundamentalmente analítica, descriptiva, “ cualitativa ”, no da una calificación de la ejecución del sujeto, sino que persigue que el juicio general de un sujeto determinado sea el resultado del estudio por parte del examinador de todas las conductas implicadas en la lectura y escritura en la situación del test.

Una limitación en el uso de esta prueba, es que las normas de estandarización se obtuvieron con población española y no mexicana. Sin embargo, se llega a utilizar en nuestro país como una medida cualitativa de lectura y escritura.

Los niños que tienen problemas de lectura presentan una serie de errores típicos a los que se les ha llamado “específicos”, errores secundarios o grafonéticos . Estos errores son los que nos ayudan a distinguir entre un niño sin problemas de aprendizaje y uno con ellos. Para esto es fundamental conocer en que momento del aprendizaje del niño se están presentando estos errores para poder afirmar que existe un problema específico de aprendizaje.

Otra prueba que evalúa y diagnostica problemas de aprendizaje en niños de primero a tercer grado de instrucción primaria es el Inventario de Ejecución Académica, realizado por Macotela, Bermúdez y Castañeda (1995). Esto se hace a través de un análisis de errores asociados a tres áreas: lectura, escritura y matemáticas. Los aspectos relacionados con la lectura deficiente engloban dos tipos de errores: los de regla y los específicos. Los primeros se refieren a un manejo deficiente de reglas gramaticales y ortográficas tales como acentuación, uso de mayúsculas, signos ortográficos,

etc. Los errores específicos se relacionan con los problemas de aprendizaje y se refieren a las modificaciones realizadas en la palabra, enunciado o texto, que se asocian a dificultades de orden perceptodiscriminativos. Los errores específicos que contempla esta prueba son:

1. *Distorsión*: Alteración de la letra o palabras, de manera que no se entiende lo que lee. El error no debe confundirse con sustitución de letras o palabras, sino a la utilización de sonidos no identificables.
2. *Adición*: Se refiere a agregar letras a las palabras o palabras a los enunciados o a un texto al leer, ej: “parta en lugar de pata”, “El niño se sube la escalera en lugar de El niño sube la escalera”.
3. *Transposición*: Traslada o cambia de lugar las letras de una palabra o las palabras de un enunciado o texto al leer, ej: “chanpla en lugar de plancha ” o “ me se cayo en lugar de se me cayó ”.
4. *Omisión*: Es la exclusión de algún componente como puede ser alguna letra, una palabra, un número, una cifra o un signo ortográfico al leer, ej: “apache por mapache ”, “El niño sube escalera por El niño sube la escalera”
5. *Sustitución*: Cambia letras por otras de sonido diferente o palabras, generalmente alterando el significado al leer, ej: “ gato por pato ” o “ La casa amarilla por la mesa amarilla ”.
6. *Inversión*: Confunde las letras de igual orientación simétrica, leyendo por ejemplo: “d” por “b”, “p” por “q”, “u” por “n”, etc.

ALTERNATIVAS DE EVALUACION:

Algunos autores (Gearheart, 1987; Myers y Hammill 1994; Macotela, 1995) mencionan las diferentes formas de evaluar la lectura con base en el tipo de pruebas que se utilizan, dividiéndolas en:

Diagnostico Prescriptivo: (Evaluación para la enseñanza)

Trata de vincular el diagnóstico con el tratamiento por medio del desempeño del sujeto y el contenido de las pruebas. Así, al sujeto se le identifica y relaciona con sus destrezas o bien con sus deficiencias, habiendo una relación con la adquisición de nuevas habilidades por medio de la especificación de métodos, estrategias y procedimientos.

El concepto de enseñanza diagnóstico-prescriptivo ha derivado en dos modelos de trabajo que son:

- a) El modelo del proceso psico-educativo: Consiste en identificar el proceso deficiente para proceder a prescribir la instrucción necesaria. Este modelo presupone que los déficits se relacionan directamente con el rendimiento y los procesos causativos.
- b) Modelo de análisis de tareas: Es un proceso que se utiliza cuando se quiere aislar todos los componentes mas pequeños de la tarea que se va a enseñar a un niño (citado en Figueroa, 1994).

Wallace y Kauffman (en Macotela, 1995), opinan que el “análisis de tareas puede ser visto como una secuencia de actividades de evaluación que señala los problemas de aprendizaje del niño y guía al maestro en la planeación de tareas instruccionales efectivas”.

El análisis de tareas implica la fragmentación del dominio de conocimiento en partes, determinando el éxito del avance en el que el niño ya haya dominado ese conocimiento para poder pasar al siguiente (Howell, Kaplan y O’Cornell,1979; cit. Macotela, 1995).

Evaluación Curricular:

Es aquella que evalúa al sujeto con respecto a los programas instruccionales que se emplean en las escuelas, vinculando el diagnóstico con la intervención educativa (Bender, 1992; Hallahan y Kauffman, 1991; cit. Macotela, 1995).

Esta evaluación compara el desempeño del sujeto con problemas, con el de sus propios compañeros de salón o escuela, dando este tipo de evaluación normas contextuales de referencia (Hallahan y Kauffman, 1991; cit. en Macotela, 1995).

Evaluación con Referencia a la Norma y al Criterio

La medición con respecto a la norma son las pruebas estandarizadas que dan resultados más de tipo cuantitativo, comparando al sujeto con una población normativa dada, lo que permite contar con datos de comparación. Analiza las diferencias interindividuales del sujeto.

Las pruebas estandarizadas por lo general, muestran la habilidad en la lectura en áreas como el análisis de palabras , la comprensión y/o el reconocimiento de ellas.

La medición con referencia al criterio muestra la habilidad que tiene el sujeto con respecto a un criterio dado, en lugar de comparar al sujeto con una población estandarizada, analiza a éste de manera individual.

Estas pruebas se basan en que la lectura tiene una serie de habilidades secuenciales, que van de lo sencillo a lo más complejo y que en conjunto representan la habilidad para leer (Gearheart, 1987). A partir del contenido de la evaluación se sientan las bases para la construcción de programas instruccionales de tratamiento, estrechando de esta manera los vínculos entre el diagnóstico y el tratamiento.

CAPITULO 3

ESTUDIOS ANTECEDENTES

A continuación, se expondrán algunos estudios antecedentes donde se evalúa la lectura a partir de pruebas de diferente índole.

Se han realizado numerosas investigaciones en relación a los problemas de aprendizaje, en donde se ha tratado de correlacionar la ejecución de algunos test que parecían ser predictores de los problemas de aprendizaje (Bender, Frostig, ITPA, etc.). En otras investigaciones, sobre todo las realizadas en Estados Unidos se describen los criterios de identificación y ubicación de estudiantes con **problemas de aprendizaje** (Mercer, 1991).

Estos estudios en mucho han contribuido para dar luz a este tópico de investigación, pero se advierte una gran necesidad de establecer líneas de diagnóstico más claras y confiables, sobre todo con nuestra población mexicana para la elaboración de programas de tratamiento acordes a esta incapacidad.

En algunas investigaciones que han utilizado el Test Gestáltico Visomotor (Bender) en niños con dificultades de lectura, se ha encontrado una alta correlación entre el desempeño en este test y el desempeño deficiente en la lectura de estos niños (Kopitz, 1980; Heredia, 1982).

En México, Ayala y Paredes (1993) llevaron a cabo una investigación, donde detectaron el tipo y número de errores cometidos en la lecto-escritura por niños de segundo y tercer grado, medidos a través del Inventario de Ejecución Académica (IDEA), tratando de establecer una correlación entre el desempeño en esta prueba y la prueba de percepción visual de Frostig. Estas autoras no encontraron correlación entre los puntajes globales del Frostig y los de Lecto-escritura.

Por otro lado, Heredia A. (1982) realizó un estudio titulado “ La madurez en la percepción visomotora y su relación con las dificultades en el proceso de lectura ”, donde se analizó la ejecución del Bender en una muestra de 200 sujetos (niños y niñas) de segundo y tercer grado.

Los resultados al respecto sugieren que el Bender se relaciona significativamente con el rendimiento en lectura, por lo tanto se puede utilizar como un instrumento predictor de la madurez, elemento necesario para la iniciación de los niños en el aprendizaje de la lectura. Algunos elementos comunes encontrados en el Bender de los niños con problemas de lectura son: rotaciones, círculos en lugar de puntos, trazo de ángulos en lugar de curvas, integración y perseveración.

En el estudio realizado por García I., F. y Terrazas A. (1989), se evaluaron 117 sujetos (58 niños y 59 niñas) de 6 a 11 años que recibían atención en Instituciones de Educación Especial, todos ellos diagnosticados con problemas de aprendizaje. Se les aplicó el WISC-RM, analizando el

perfil de cada uno de acuerdo a la categorización de Bannatyne, observándose un patrón:

Espacial > Conceptual > Secuencial > Conocimientos.

A nivel individual el perfil muestra una mayor consistencia hacia la categoría espacial, siendo ésta la de puntaje más alto: 63.3% y la categoría de conocimientos obtiene el puntaje promedio más bajo en el 53% de los sujetos.

Por su parte, Ostrosky, Navarro, Canseco, Pérez y Zárata (1984) efectuaron un estudio con 121 niños mexicanos normales de 6 a 11 años, adscritos a escuelas primarias particulares. Entre los instrumentos utilizados aplicaron el WISC-R y analizaron la información utilizando la clasificación de Bannatyne (excluyendo la categoría de conocimientos). Se formaron cuatro grupos de niños de acuerdo a su habilidad para la lectura:

- 1) Los de alto nivel de comprensión y buena fluidez
- 2) Los de adecuados niveles de comprensión y fluidez
- 3) Los de nivel medio de comprensión y una fluidez parecida al del segundo grupo.
- 4) Los de bajos niveles de comprensión y fluidez

Un análisis de las características de cada grupo reveló diferencias cuantitativas y cualitativas en sus perfiles cognoscitivos. Mientras los tres primeros grupos de niños obtuvieron los puntajes más elevados en la categoría conceptual seguidos por la categoría secuencial y espacial en los dos primeros

grupos, y en el tercero por la espacial y luego la secuencial, el cuarto grupo mostró el perfil:

Espacial > Secuencial > Conceptual.

La población total obtuvo el puntaje más alto en la categoría conceptual seguida en orden por las categorías conocimientos, espacial y secuencial.

Diversas investigaciones han reportado patrones similares a estas categorías, en población con trastornos en la lectura y problemas de aprendizaje.

Bannatyne (1968) describió en niños con dislexia genética un patrón Espacial > Conceptual > Secuencial. Rugel (1974) revisó 17 estudios de niños con trastornos en la lectura y encontró este mismo patrón. (cit. En Ostrosky, F. Navarro. Canseco E., Pérez R., Zárate A., 1984)

Otra investigación realizada en torno a los problemas de aprendizaje es la de Lozano M. (1995), utilizando el WISC-R para diferenciar a los niños con problemas de comprensión lectora (medida a través de una prueba informal) de aquellos que no presentaban dicho problema. En base a la evaluación de la comprensión lectora se formaron tres grupos:

1. Grupo de nivel de frustración (rendimiento de 50 % o por debajo)
2. Grupo 2 o nivel de instrucción (rendimiento de 51 % a 89 %)
3. Grupo 3 o nivel independiente (rendimiento de 90 % o por arriba)

Se analizó la existencia de diferencias significativas entre los tres grupos en la prueba del WISC-R en cuanto a los puntajes por sub-test, C.I de la Escala Verbal, Escala Ejecutiva y Escala Total. Se observó que los niños con alta comprensión lectora presentan un C.I Total significativamente mayor al del los niños con baja comprensión lectora. El C.I Verbal de los niños del grupo independiente es superior al del grupo de nivel de frustración. Se observa un mejor desempeño de la Escala Verbal en el grupo de nivel independiente y de instrucción, no así en el grupo de nivel de frustración. Los alumnos con buena comprensión lectora alcanzan un rendimiento especialmente eficaz en vocabulario y semejanzas.

Con base a la revisión de los estudios realizados en México, acerca de los problemas de aprendizaje puede concluirse lo siguiente:

- a) El propósito general de estas investigaciones ha sido predecir el nivel de aprendizaje y desarrollo en lectura a partir de algunos instrumentos como Frostig (Ayala y Paredes, 1993), Bender (Heredia A, 1982). Confirmando que el Bender es una prueba predictora del desempeño en lectura.
- b) En las investigaciones donde ya se diagnosticó un problema de aprendizaje, se plantea la existencia, de patrones de inteligencia medidos a través del WISC-R o WISC-RM (Ostrosky y cols. 1984; García C., 1989; Lozano M., 1995).

Analizando lo anterior, no hay razón para pensar que las “baterías predictivas ” son en términos generales mejores pronosticadores del rendimiento lector que los test de inteligencia complejos. Ni los test de inteligencia complejos, ni las baterías predictivas tienen por qué implicar habilidades que sean requisitos específicos de la lectura o la escritura (Josep de Toro s/año).

- c) Las investigaciones que analizan los resultados de la prueba de inteligencia (WISC-R o WISC-RM) de los niños con problemas en lectura hacen referencia a la existencia de algunos patrones de inteligencia, que pueden ser de gran ayuda para la identificación y diagnóstico de los niños con dicho problema. (Ostrosky y cols. 1984; García , 1989; Lozano ,1995).

Ahora bien, para aumentar la utilidad diagnóstica y hacer un análisis más detallado de los resultados obtenidos en la Escala de Inteligencia Revisada para el nivel escolar (WISC-R) se describirá el estudio realizado por Bannatyne (1968, 1974, en García Terrazas, 1989), quien basándose en una serie de factores, agrupa los sub-test de esta prueba en cuatro categorías:

ESPACIAL: Mide la habilidad para manipular mentalmente objetos tridimensionales en el espacio. Conformada por los sub-test de ensamble de objetos, diseño con cubos y figuras incompletas.

CONCEPTUAL: Mide la habilidad para utilizar conceptos y realizar razonamiento abstracto. Formada por comprensión, vocabulario y analogías

SECUENCIAL: Mide la habilidad para retener y producir secuencias de estímulos visuales y auditivos. Conformada por los sub-test de retención de dígitos, claves y aritmética.

ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTO: Mide la habilidad para seleccionar, organizar y retener información. Los sub-test que la conforman son: Información, vocabulario y aritmética.

Kaufman, (1975, en Kaufman 1982) por su parte, al utilizar la muestra de estandarización del WISC-R engloba los resultados en 3 factores:

1. *Comprensión verbal*: Es el conocimiento que se adquiere mediante la educación formal y representa la aplicación de habilidades verbales a situaciones nuevas. Conformado por las subpruebas de información, semejanzas, vocabulario y comprensión. Este factor tiene un contenido semántico.
2. *Organización Perceptual*: Es la capacidad para organizar e interpretar el material de tipo visual. Está integrada por las subpruebas de figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, diseño con cubos, ensamble de objetos y laberintos. Tienen un contenido figurativo.
3. *Independencia de la distracción*: Mide la capacidad de distracción y está integrada por las subpruebas de aritmética, retención de dígitos y claves. Tiene un contenido simbólico.

El factor uno y dos son de dominio cognoscitivo en tanto que el tres es de dominio afectivo o conductual.

Se ha visto que utilizando la composición factorial con poblaciones atípicas como serían: niños con problemas de aprendizaje, de conducta, pacientes psiquiátricos, adolescentes o con retraso mental; los resultados obtenidos son muy consistentes y corresponden a los factores propuestos por Kaufman.

Este autor menciona que para realizar un análisis más exacto de la prueba es conveniente la interpretación de estos factores analizando las diferencias que existen. Propone que un primer paso es el análisis de las discrepancias entre el C.I., Verbal y Ejecutivo, debiéndose tener mucha cautela para establecer que dicha discrepancia puede ser por un problema de disfunción neurológica, sugiriendo que se debe apoyar con otros estudios.

Respecto a esto, Heredia (1993) concluye que deben tomarse con mucho cuidado las diferencias entre la Escala verbal y Ejecutiva, mencionando que una discrepancia en favor de esta última puede deberse a la influencia de una mayor oportunidad de estímulos ambientales.

Kaufman (1982), por su parte menciona que las diferencias en las escalas pueden deberse al funcionamiento de los hemisferios cerebrales, así, el hemisferio derecho (capacidad fluida) es experto en el manejo de estímulos viso-espaciales, en tanto que el hemisferio izquierdo (capacidad cristalizada) se encarga del procesamiento de estímulos lingüísticos. Así, la inteligencia

verbal o no verbal, es el reflejo de la mayor o menor subordinación de alguno de los hemisferios cerebrales.

Kaufman (1982) dice que al inicio de la lectura parece particularmente sensible la integración de los hemisferios. Apoyando este aspecto, Pirozzolo (1978), afirma que “ el hemisferio derecho puede ser indispensable al inicio de la lectura, cuando los niños están aprendiendo a reconocer letras, y palabras como Gestalt. Entre tanto el hemisferio izquierdo puede convertir estos símbolos en unidades fonológicas y en significados ”.

Matute (1996), menciona que las habilidades sensoriomotoras y visoperceptuales son importantes para el lector en un principio, pero dejan de serlo pasando a un segundo plano cuando otras estructuras neurológicas entran en función.

Kaufman (1982) habla de capacidades compartidas entre los subtest del WISC-R, mencionando que un subtest no mide solo una habilidad, sino que puede tener relación con otras compartiendo así estas funciones.

Estas capacidades compartidas se obtienen al calcular la media del propio sujeto, considerando una desviación significativa de $+ - 3$ puntos por cada sub-test, tanto para la Escala Ejecutiva como la Verbal y analizando las ventajas y desventajas de cada subtest. A partir de esto se da una interpretación mucho más amplia de las ventajas o deficiencias con las que cuenta un sujeto, analizando, el tipo de procesamiento que utiliza el niño en la solución de problemas.

Se ha visto que no hay un perfil de inteligencia para los niños con problemas de aprendizaje (Satler, 1982) y mucho menos para los que tienen un problema de lectura (Kaufman 1982). Sin embargo en algunos estudios se han encontrado algunas características comunes en los niños con estas dificultades.

Al analizar los resultados de la Escala de Inteligencia Weschler, algunos autores han señalado una discrepancia significativa entre el C.I., de la escala verbal y el de la ejecutiva, que puede ser característica de la población con problemas de aprendizaje.

En relación a esto, investigaciones llevadas a cabo por Anderson, Kaufman y otros (1976), Smith, Coleman y otro (1977) y Zingale, Smith (1978) observaron una discrepancia en favor de la Escala de Ejecución en niños con problemas aprendizaje.

Se ha hecho referencia que algunos patrones de los puntajes de las escalas de inteligencia Weschler pueden resultar de utilidad en el diagnóstico e identificación de los estudiantes con problemas de aprendizaje.

Kaufman (1982) cita las investigaciones de autores (Smith, Coleman y otros, 1977) que en base a la categorización de Bannatyne, encontraron que los niños con problemas de aprendizaje obtienen puntuaciones más altas en la categoría espacial, puntuaciones medias en conceptualización verbal y puntuaciones bajas en secuenciación y conocimiento adquirido.

También menciona que los niños con problemas de lectura suelen tener puntuaciones más altas en la categoría espacial de diseño con cubos, ensamble de objetos y figuras incompletas y bajas en la categoría de conceptualización verbal de vocabulario, semejanzas y comprensión.

En relación a los factores identificados por Kaufman en 1975, se citan autores como Lutey, 1977; Myklebust, Banochie y otros, 1971; Smith, Coleman y otros, 1977, quienes encontraron un rendimiento bajo de los subtest de los niños con problemas de aprendizaje, principalmente en la categoría de independencia de la distracción, mientras que otros estudios reportan iguales resultados en niños con problemas de lectura (Mc Manis, Figley y otros, 1978; Robeck, 1971; Rugel, 1974). Estos estudios reportan que los subtest de información y aritmética son dos de las escalas que mayor disminución muestran en ambos casos, junto con retención de dígitos y codificación.

Por otro lado, resulta importante el poder establecer con cautela, en base a un CI obtenido por medio de una prueba de inteligencia, si se trata de un niño con retraso mental guiándose únicamente por el CI global, ya que es posible que niños que pudieron obtener un CI de 90, con el problema de aprendizaje arrojen un CI de 75, que los ubica con inteligencia limítrofe. Algunos autores como Kaufman (1982), Monedero, (1989) sugieren que se preste mayor atención a los déficits específicos de cada subtest, aun en niños clasificados como deficientes mentales.

Entre los niños subnormales y los niños con problemas de aprendizaje no puede establecerse una línea divisoria. Esta es la razón de que, en la práctica diaria se diagnostiquen más niños con dificultades de aprendizaje escolar, con cocientes intelectuales cada vez menores y que las deficiencias cognitivas sean apeladas cada vez con más frecuencia como causa de dificultades de aprendizaje (Monedero, 1989).

Es importante poder identificar características comunes en los niños con problemas de aprendizaje, en particular los que tienen problemas de lectura, debido a que usualmente son remitidos a Centros de Educación Especial alumnos de las escuelas primarias con problemáticas diversas, los cuales son englobados con el término **Problemas de Aprendizaje**.

A partir de esto surge el interés por conocer las características específicas (habilidades y deficiencias) de estos niños, con problemas de aprendizaje en lectura, medidas con el Inventario de Ejecución Académica (IDEA) y su desempeño intelectual a partir de las subescalas de WISC-R.

Se consideraron para esta investigación el Inventario de Ejecución Académica por ser un instrumento creado en México, que se ha aplicado y probado con nuestra población y que mide de manera específica las tres áreas de aprendizaje escolar en lectura, escritura y matemáticas.

Se utilizó también el WISC-R, debido a su uso frecuente en el diagnóstico de niños, consideramos que este instrumento aporta datos cualitativos importantes tanto de capacidades como deficiencias del niño, a partir del análisis realizado por Kaufman.

Ahora bien, con respecto a la confiabilidad del WISC, Heredia A. (1993), realizó un estudio donde se compara el comportamiento de las tres versiones de esta prueba (WISC, WISC-R Y WISC-RM) en una muestra de niños mexicanos a quienes se les aplicaron las tres versiones.

Respecto al WISC-RM, esta autora menciona que se observó un promedio alto en la Escala Ejecutiva y Total, que se ubica en la segunda desviación a la derecha de la curva.

Al utilizar esta versión se sobrevalora la calificación de la prueba y por consiguiente las medidas de acción.

Con referencia al WISC se encontró que los coeficientes Intelectuales están intermedios entre el WISC-R y WISC-RM.

Los resultados encontrados indican que entre las tres versiones existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes intelectuales de los subtest, destacando que el WISC-R es la versión que mas castiga en cuanto a los coeficientes intelectuales, sin embargo, arroja los puntajes que se localizan más cerca de la media.

Dada la importancia del uso del WISC-R y el diagnóstico de los niños con problemas de aprendizaje a través del IDEA, el propósito del presente trabajo se centra en el análisis de la ejecución lectora de niños con problemas de aprendizaje y el desempeño intelectual en el WISC-R.

Dicho trabajo se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, dentro del Servicio de Psicopedagogía, que da tratamiento a niños con problemas de aprendizaje.

CAPITULO 4

UN MODELO DE ATENCION PSIQUIATRICA MULTIDISCIPLINARIA PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” cumplió en Octubre de 1996 treinta años de existencia, siendo el único en su género en toda la República Mexicana. Brinda atención a niños y adolescentes que presentan algún problema de tipo mental, emocional, de aprendizaje, del desarrollo, farmacodependencia, etc.

Si tomamos en cuenta, que existen alrededor de cinco millones de personas menores de catorce años de edad, que representan el 47.34 % de la población solo en el D.F., y además que el hospital dió tan solo en 1991 un total de 30 987 consultas vemos la importancia que representa un hospital de este tipo (Macías, Escotto, Faz y Márquez; 1991).

Los objetivos que se plantean dentro del hospital es proporcionar un diagnóstico y tratamiento oportuno a los niños, además de brindar información, orientación y muchas veces tratamiento a los familiares de los niños afectados, previniendo las consecuencias negativas de la familia en la sociedad, en la escuela y en el propio individuo. Todo esto se realiza desde un punto de vista multidisciplinario por gente especializada en el campo (Paidopsiquiátras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, pediatras,

etc.)

En el año de 1979, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en colaboración con la Dirección General de Salud Mental y Salud Pública, iniciaron en el Centro de Salud “ Dr. Gustavo Rovirosa Pérez ” un programa denominado Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA), el cual estuvo a cargo por el Dr. Guido Macías Valadéz T. El objetivo era brindar atención a aquellos niños que no ameritaban la hospitalización continua y a los cuales no era posible brindarles el tratamiento idóneo en la Consulta Externa, tanto por el tiempo que se requería para cada tipo de terapia, como para la utilidad de dar atención a mayor número de pacientes en grupos. El objetivo fundamental del servicio era proporcionar el diagnóstico y tratamiento oportuno a niños con problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta.

En 1980 este programa se trasladó al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan. Navarro” y a dos Centros de Salud mas.

En 1986, el Programa Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA) cambia de nombre por el de Hospital de Día y sufre algunas modificaciones.

En la actualidad se atiende a niños entre 3 y 14 años, brindando además de las diferentes terapias descritas, la terapia de psicomotricidad y la terapia de pareja a los padres.

Uno de los servicios del Hospital de Día que más demanda tiene es el relacionado con los problemas de aprendizaje, este servicio se llama Bloque Psicopedagógico. Tan solo en 1991 se dió un total de 1457 sesiones de terapia en este servicio (Macías, Escotto, Faz; Márquez, 1991).

Cuando los niños llegan al bloque ya han pasado por algunos filtros, principalmente el de la consulta externa, en donde es atendido en una primera consulta por un Paidopsiquiatra adscrito al hospital y uno o dos residentes, los cuales elaboran una historia clínica psiquiátrica completa, canalizando al menor a las diferentes clínicas que le corresponden de acuerdo al problema (Clínica de la conducta, emociones, alteraciones del desarrollo, abuso sexual, etc.) así como a los servicios que presta el hospital (estudios de EEG, psicología, laboratorio, hospital de día, rehabilitación, odontología, etc.)

Cuando se observa que el problema principal es bajo rendimiento escolar y que éste no es secundario a una deficiencia mental, se canaliza al menor al Bloque Psicopedagógico, donde se atiende a niños que asisten a primaria regular, entre los 6 y 14 años aproximadamente, los cuales están teniendo problemas para la adquisición o el manejo correcto de la lectura, escritura y cálculo matemático, ocasionando un bajo rendimiento escolar, con respecto a sus demás compañeros de la misma edad y grado escolar (Vázquez, 1993).

En primer lugar se realiza una valoración informal, que abarca los aspectos académicos de lectura (oral y de comprensión), escritura (copia,

dictado y escritura libre) y cálculo matemático (figuras geométricas, escritura de cantidades, nociones del sistema numérico decimal, las cuatro operaciones básicas y el razonamiento de problemas). Todo esto de acuerdo al grado escolar cursado por el menor.

Uno de los aspectos más importantes durante la valoración es la observación, donde se aprecia desde como se conduce el niño hasta como resuelve las distintas operaciones aritméticas, dando una impresión clínica lo más claramente posible del caso y corroborando o descartando un problema de aprendizaje.

La mayoría de los niños que ingresan al bloque han reprobado algún año y generalmente son reportados con bajo rendimiento escolar. Frecuentemente este tipo de niños presentan otros trastornos como pueden ser déficit de atención con o sin hiperquinesia, problemas emocionales o conductuales, etc. Simultáneo a esto, se les canaliza a otros servicios donde se les brinda otras modalidades terapéuticas (lenguaje, psicomotricidad, terapia de juego, etc).

Cuando el menor corresponde al bloque se integra a un grupo, conformado por un máximo de 8 niños de similar nivel académico (sin considerar el grado escolar) y desarrollo emocional, siendo los grupos abiertos en donde ingresan o se dan de alta a niños continuamente por las mismas necesidades del hospital. Las sesiones son una vez por semana con duración de dos a tres horas durante seis meses a un año aproximadamente.

Si el tratamiento se inicia antes de que el niño sepa leer o escribir se habla de una terapéutica evolutiva, dando apoyo a habilidades básicas previas al aprendizaje de la lectoescritura. Se utilizan técnicas que apoyen las áreas perceptual, motora y de lenguaje (Vázquez, 1993). Con los niños más grandes se maneja una terapéutica correctiva de los errores típicos en los niños con problemas de aprendizaje. Aquí, los métodos y técnicas empleadas son de acuerdo a los niveles de desarrollo y el tipo de problema del niño, basándose en diferentes técnicas, tales como las senso-perceptuales, psicolingüísticas y cognoscitivas.

Las actividades se planean en base a temas que pueden estar relacionados por ejemplo con la escuela, la época del año, etc., tratando de desarrollar aquellas habilidades y capacidades deficientes en el desempeño del niño. La enseñanza se planea de lo fácil a lo difícil y de lo conocido a lo desconocido, reforzando continuamente los aspectos básicos y relacionando la terapia con actividades interesantes para el niño.

Se proporciona al niño algunas herramientas y estrategias que le permitan percibir sus errores y pueda corregirlos de manera positiva. Esto se relaciona directamente con la autoestima del menor, que generalmente está muy devaluada, tratando de devolverle una imagen de sí mismo más apegada a la realidad, señalando sus errores como una parte natural del ser humano y apoyándole sobre todo en sus esfuerzos y capacidades.

La evaluación de sus progresos se hace de manera continua y cuando el

niño ha alcanzado un mejor desempeño escolar y sus calificaciones han mejorado se le da de alta.

El objetivo principal del Bloque Psicopedagógico es proporcionar un diagnóstico y tratamiento oportuno a los niños con trastornos en el desarrollo y problemas de aprendizaje, a partir de un equipo multidisciplinario. Tratando de integrar al menor al medio escolar y apoyando aquellas deficiencias que lo han limitado.

De acuerdo a la última estadística realizada en el Bloque Psicopedagógico (Gutiérrez y Montes, 1996) de los 50 niños que asistían a este servicio, se encontraron las siguientes características:

El porcentaje de niños es mayor al de las niñas, se encontró un 80 % de varones y 20 % de niñas; las edades que con mayor frecuencia se observan son entre 8 y 10 años (8.1 a 9 años = 28 % y de 9.1 a 10 años = 30 %) cursando los grados de 2º año (26 %), 3º año (38 %) y 4º y 5º (16% cada uno).

La mayor parte de los casos provienen de familias de bajos recursos y asisten a escuelas oficiales el 96 % de los casos.

Muchos de los niños han reprobado alguno o varios años escolares (56%), reportados el 100 % con bajo rendimiento escolar en alguna de las áreas escolares de lectura, escritura o cálculo matemático.

Otro dato importante encontrado en estos pacientes a los que se les realizó estudio Electroencefalográfico, el 53 % es diagnosticado como anormal, y están bajo tratamiento farmacológico supervisado el 72% , esto es indicador de signos neurológicos presumibles de disfunción cerebral.

Otros datos relevantes obtenidos de las historias clínicas sobre el nacimiento y desarrollo de estos niños reportan que:

- El 50 % no fueron planeados ni deseados
- Con referencia al parto :
 - 28 % distócicos
 - 28 % cesárea
 - 10 % distócico con cesárea
 - 20 % con hipoxia

En cuanto al desarrollo Psicomotor el 42 % presentó un retraso en esta área, asociada ocasionalmente con algunos signos de inmadurez neurológica como bruxismo, noctilalia o sonambulismo en el 60 % de los casos.

A continuación se expondrá una tabla de frecuencias con los datos del Cociente Intelectual de los 50 niños, obtenidos de las pruebas de Raven y WISC:

| | FRECUENCIA | CLASIFICACION |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| | 2 | SUPERIOR |
| W | 3 | NORMAL BRILLANTE |
| I | 7 | NORMAL |
| S | 4 | SUBNORMAL |
| C | 2 | LIMITROFE |
| | 1 | DEFICIENCIA MENTAL |
| RAVEN | 2 | TERMINO MEDIO |
| SIN C.I. | 29 | |
| TOTAL | 50 | |

Como puede verse en los datos sobre el Cociente Intelectual, tiende a haber más niños con un nivel intelectual normal. Aunque también consideramos que los puntajes bajos en las pruebas son, en gran medida, el reflejo de una población vulnerable, donde se combinan una serie de factores como pueden ser ambientes poco estimulantes de las capacidades del niño, y poblaciones marginadas, que generalmente son de bajos recursos.

Ahora bien, en el aspecto familiar el 56 % de los casos provienen de familias disfuncionales, donde la edad de los padres fluctúa entre los 20 a 30 años y entre los 31 a 40 años.

Sobre la escolaridad de ambos padres:

| <i>MADRES</i> | | <i>PADRES</i> |
|----------------------------|--|----------------------|
| Primaria 28 % | | Primaria 28 % |
| Secundaria 22 % | | Secundaria 18 % |
| Preparatoria o técnica 12% | | Preparatoria 20 % |
| Comercial 12 % | | |
| Profesional 4 % | | Profesional 10 % |

Con respecto a la ocupación de los padres se observó que la mayoría de las madres se dedican a las labores del hogar (56 %), y los padres en su gran mayoría realizan actividades de comerciantes, choferes, conserje y empleado federal.

La mayoría de los educadores especiales están de acuerdo en que los estudiantes con problemas de aprendizaje constituyen un grupo muy heterogéneo (Adelman y Taylor, 1993; Gallagher, 1984; Poplin, 1984).

Todo lo anterior nos sirve para contextualizar a los niños con problemas de aprendizaje de este estudio. A continuación se describirá ampliamente el método utilizado.

CAPITULO 5

METODO

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la ejecución lectora y el desempeño intelectual de niños con problemas de aprendizaje a través de 2 instrumentos WISC-R e IDEA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- Analizar qué sub-escalas (verbal y ejecutiva) de la prueba de inteligencia WISC-R resultan más bajas en los niños de segundo y tercer año detectados con problemas de aprendizaje en lectura, a través del IDEA .
- Analizar el rendimiento obtenido en los subtests tanto de la escala verbal como ejecutiva del WISC-R, en relación con la deficiente ejecución lectora de niños con Problemas de aprendizaje.
- Cuantificar los errores que se presentan con mayor frecuencia en los niños con problemas de aprendizaje en lectura a través del IDEA.

SUJETOS:

La población de donde se obtuvo la muestra para el presente trabajo, estuvo constituida por 48 niños, que fueron canalizados de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, de quienes se sospechaba que tenían problemas de lectura y/o un bajo rendimiento escolar.

La técnica de muestreo fué intencional, ya que se tomaron los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Edades entre los 7 y 10 años
- 2) Presentar bajo rendimiento escolar (reportado a partir del promedio de calificaciones)
- 3) Que cursaron o estaban por concluir 2° o 3° grado escolar
- 4) Repetidores o no de algún grado escolar
- 5) Sin problemas de articulación de lenguaje
- 6) Sin problemas emocionales graves como: abuso sexual, niños maltratados, quemados o abandonados, etc.
- 7) Obtener un porcentaje de 80% o menos en el Inventario de Ejecución Académica, y con una frecuencia alta de errores específicos (más de 10) y/o de regla.
- 8) Que no presenten retraso mental (un CI de 69 ó menos).

Para establecer la presencia de estos criterios se tomó en cuenta tanto una entrevista abierta informal con los padres (ver anexo 1), así como la historia clínica del expediente de cada niño (ver anexo 2) y la misma valoración tanto del IDEA como del WISC-R.

De los 48 niños valorados, solo 20 cubrieron los criterios de inclusión quedando conformada la muestra de la siguiente manera:

- 1) Grupo de 2º año (10 casos).
- 2) Grupo de 3º año (10 casos).

ESCENARIO:

El lugar donde se llevó a cabo el estudio fue en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, dependiente de la Secretaria de Salud, específicamente dentro de las instalaciones del Bloque Psicopedagógico que cuenta con dos salones de 6 x 4 metros.

MATERIALES:

- a) Mobiliario: Sillas, mesas, escritorios, etc.
- b) Papelería: Hojas, lápices, gomas, sacapuntas, etc.

INSTRUMENTOS:

- Inventario de Ejecución Académica (IDEA).
Macotela, S; Bermúdez, P. y Castañeda, I., 1996. (ver anexo 3).
- Escala de Inteligencia Revisada para el nivel escolar WISC-R.
(ver anexo 4)

DISEÑO:

El tipo de estudio realizado fué descriptivo, no experimental (ex-post-facto) ya que se describió únicamente la manifestación del fenómeno de estudio. No se incluyó ningún tratamiento experimental.

El diseño fue el siguiente:

| | |
|---------------------|---|
| (dos grupos) | (una sola medición con 2 instrumentos) |
| 2° | O |
| 3° | O |

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó a los médicos de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil la canalización al servicio de Psicopedagogía de los niños que eran traídos a esta Institución por presentar bajo rendimiento escolar.

Una vez referidos a este servicio se le realizó a cada padre de familia una entrevista informal, (anexo 1) por medio de la cual se obtuvieron los datos referentes al desempeño escolar del niño, específicamente en lectura. A su vez se revisó el expediente clínico de cada uno de ellos, donde se pudo verificar o descartar los casos que no cubrieron los criterios de inclusión.

Se asignaron varias sesiones para valorar a los niños que de acuerdo a la entrevista y la historia clínica eran candidatos para la investigación.

Durante la primer sesión se aplicó de manera individual el Inventario de Ejecución Académica.

Cabe mencionar que para asignar el grado de aplicación del Inventario (2° - 3°), se tomó en cuenta el momento escolar que atravesaba el niño. Los niños que apenas pasaron a 3° grado se les aplicó el IDEA de 2°, los que pasaron a 4° se les aplicó el nivel de 3° y los que eran repetidores de 2° o 3° se les aplicó el nivel del IDEA que repitieron.

Se hizo una selección de los sujetos que obtuvieron menos del 80% en la ejecución de lectura, además de presentar una frecuencia alta de errores específicos (mas de 10) y/o de regla.

Posteriormente se aplicó de manera individual en 2 sesiones los 12 subtest de la Escala de Inteligencia Wechsler para el nivel escolar WISC-R.

Esto constituyó la última parte de la valoración global que abarcó del mes de julio de 1996 al mes de marzo de 1997.

Quedaron asignados para el trabajo de análisis los niños que cayeran en un rango de C.I. de 70 o más en la prueba de inteligencia.

Una vez hecha la aplicación se procedió a realizar la calificación de la prueba de inteligencia, así como a su análisis por factores.

El análisis de datos se hizo a partir de la obtención de porcentajes de ejecución en la lectura en el grado de 2º y 3º así como la cuantificación de las frecuencias del tipo y número de errores encontrados en el IDEA. Simultáneamente se analizó el desempeño intelectual por grupo de 2º y 3º del C.I Total, Escala Verbal, Escala Ejecutiva y por Subtest de acuerdo al análisis que plantea Kaufman.

CAPITULO 6

RESULTADOS

En esta investigación se analizó la disminución de la ejecución lectora de 20 niños con problemas de aprendizaje y el desempeño intelectual en la prueba del WISC-R.

La población se dividió en dos grupos: de acuerdo al grado escolar: 2° y 3°, cursado en el momento de la aplicación de ambas pruebas: IDEA y WISC-R.

A continuación se presentarán los resultados de la siguiente manera:

- 1) Presentación de los resultados totales tanto de la ejecución lectora (IDEA) como del desempeño intelectual (WISC-R) de ambos grupos (2° y 3°)
- 2) Resultados encontrados en las áreas que conforman la lectura en el IDEA.
- 3) Resultados obtenidos en los subtest de la Escala Verbal y Ejecutiva del WISC-R.
- 4) Resultados obtenidos en las escalas Verbal y Ejecutiva del WISC-R.
- 5) Frecuencias totales de los errores de regla y específicos encontrados en el área de lectura (fIDEA) en ambos grupos.
- 6) Presentación del tipo y número de errores de regla y específicos encontrados con más frecuencia en el área de lectura.

El primer grupo integrado por 10 sujetos, 9 niños y 1 niña, quienes ya habían concluido 2° grado o eran repetidores, se les aplicó el IDEA de 2° año.

El segundo grupo conformado por 10 sujetos, 8 niños y 2 niñas, los cuales habían concluido tercer año o eran repetidores, se les aplicó el IDEA de 3° año.

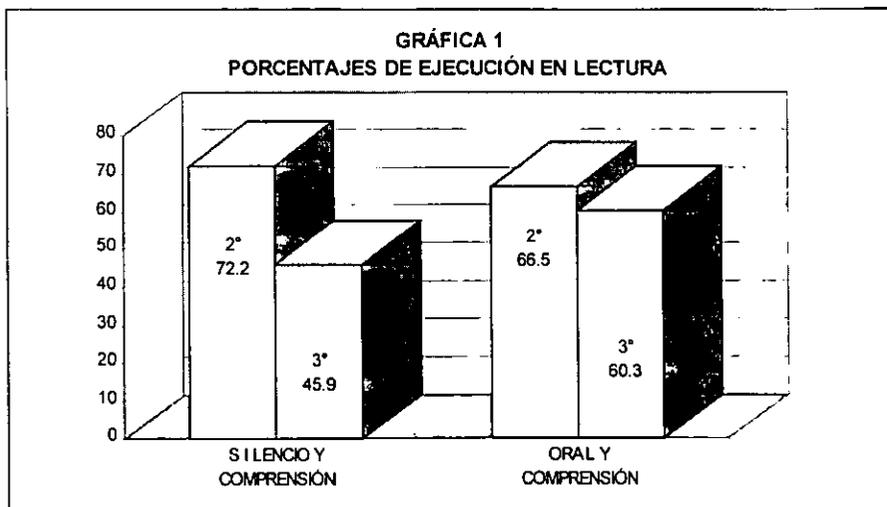
En los resultados en el área de lectura el grupo de 2° año rindió a un 69.2 %. Con respecto a los resultados en el WISC-R, este grupo obtuvo una media del C.I. de 87.0 correspondiente a un rango de inteligencia subnormal.

El grupo de 3° año rindió en lectura el 53.4 %, (Ver Tabla 1). En la prueba de inteligencia se encontró una media de C.I. total de 83.1 equivalente a un rendimiento intelectual Subnormal.

TABLA 1
RENDIMIENTO GLOBAL EN LECTURA Y MEDIAS DEL CI
TOTAL DEL GRUPO DE 2° Y 3°

| GRUPO | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN EN LECTURA | MEDIAS DEL C.I. TOTAL |
|--------------|---|------------------------------|
| SEGUNDO | 69.2 % | 87 |
| TERCERO | 53.4 % | 83.1 |

Haciendo una descripción mas específica sobre el rendimiento de ambos grupos, se encontró en el área de lectura que el grupo de 2° año rindió un 72.2 % en lectura en silencio y comprensión y el grupo de 3° año un 45.9 %. En la lectura oral y comprensión el primer grupo obtuvo un 66.5 % y el de 3° año un 60.3 %. (ver Gráfica 1)



Ahora bien, con respecto a los resultados del WISC-R, el grupo de 2° año obtuvo una media en la escala verbal de 86.2 y de 90.3 en la Escala Ejecutiva.

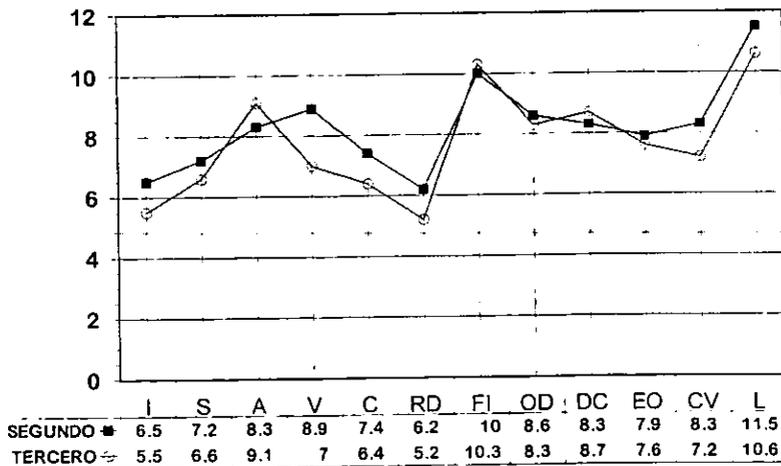
En el grupo de 3° año se encontró en la prueba de inteligencia una media de CI verbal de 80.8 y de ejecución de 88.8.

Las medias de los sub-test del WISC-R en la Escala Verbal para el grupo de 2° año fueron en orden decreciente las siguientes: vocabulario 8.9, aritmética 8.3, comprensión 7.4, semejanzas 7.2, información 6.5 y retención de dígitos 6.2.

En la Escala Ejecutiva las medias para este grupo fueron en orden decreciente: laberintos 11.5, figuras incompletas 10.0, ordenamiento de dibujos 8.6, diseño con cubos y claves 8.3 y ensamble de objetos 7.9. (ver Gráfica 2)

En cuanto al grupo de 3° las medias de los subtest en la Escala Verbal en orden decreciente fueron : aritmética 9.1, vocabulario 7.0, semejanzas 6.6, comprensión 6.4, información 5.5 y retención de dígitos 5.2.

GRAFICA 2
MEDIAS DEL SUBTEST DEL WISC - R



Las medias de los subtest de la Escala Ejecutiva en este grupo son en orden decreciente: laberintos 10.0, figuras incompletas 10.3, diseño con cubos 8.7, ordenamiento de dibujos 8.3, ensamble de objetos 7.6 y claves con 7.2 (ver Gráfica No. 2).

Se describen a continuación las medias totales obtenidas de los errores de regla y específicos en el área de lectura en los grupos de 2º y 3º año.(ver Tabla 2)

Los niños de 2º año obtienen en lectura una media total de errores de regla de 19.1 y una media de 13.8 en los errores específicos.

Los niños de 3º año mostraron en lectura una media total de errores de regla de 16.8 y una media total de errores específicos de 13.9.

TABLA No. 2
MEDIAS DE LAS FRECUENCIAS TOTALES DE LOS ERRORES DE
REGLA Y ESPECÍFICOS EN EL GRUPO DE 2° (10 CASOS)
Y 3° (10 CASOS).

| SEGUNDO | | TERCERO | |
|----------------|-------------|----------------|-------------|
| <i>LECTURA</i> | | <i>LECTURA</i> | |
| E.R | E.E | E.R | E.E |
| 10 | 13 | 31 | 28 |
| 6 | 10 | 46 | 7 |
| 32 | 33 | 17 | 7 |
| 37 | 4 | 19 | 27 |
| 33 | 8 | 6 | 11 |
| 34 | 13 | 26 | 9 |
| 17 | 13 | 0 | 12 |
| 8 | 12 | 6 | 5 |
| 4 | 14 | 5 | 11 |
| 10 | 18 | 12 | 22 |
| T = 191 | 138 | 168 | 139 |
| \bar{X} 19.1 | 13.8 | 16.8 | 13.9 |

ER = ERRORES DE REGLA E.E = ERRORES ESPECIFICOS

Por último, como puede observarse en la tabla no.3 los errores cometidos más frecuentemente en los grupos de 2° y 3° año son los siguientes:

En lectura los errores de regla mas frecuentes tanto para el grupo de segundo como de tercer año son la omisión de signos de puntuación. Ahora bien, en cuanto a los errores específicos más frecuentes podemos observar las sustituciones, omisiones y adiciones.

TABLA No. 3
PRESENTACION DE LAS MEDIAS DEL TIPO Y
NUMERO DE ERRORES ESPECIFICOS Y DE REGLA
EN LECTURA PARA EL GRUPO DE 2° Y 3°.

| ERRORES | LECTURA | |
|----------------------------|----------------|----------------|
| DE REGLA | SEGUNDO | TERCERO |
| OMIS. ACENTOS | 6.9 | 2.9 |
| OMIS SIG.PUNT. | 12.2 | 13.5 |
| TOTAL | 19.1 | 16.4 |
| | | |
| ERRORES ESPECIFICOS | MEDIAS | MEDIAS |
| DISTORSIÓN | 0.1 | 0 |
| ADICION | 2.1 | 3.3 |
| TRANSP. | 0.4 | 0.3 |
| OMISION | 3.7 | 4.6 |
| SUSTITUCION | 6.7 | 5.7 |
| INVERSION | 0.8 | 0 |
| TOTAL | 13.8 | 13.9 |

CAPITULO 7

ANALISIS DE RESULTADOS

Con respecto al objetivo general relacionado tanto con la ejecución del IDEA como del WISC-R en niños con problemas de aprendizaje en lectura, podemos decir lo siguiente:

Primero, es importante destacar que para el diagnóstico de problemas de aprendizaje, el IDEA establece una ejecución global por abajo del 80 %. De acuerdo a esto se observa que el rendimiento en nuestra población es deficiente con respecto a las tareas en lectura.

Segundo, el rendimiento intelectual general en los niños de esta investigación es muy bajo, tanto en la Escala Verbal como en la Escala Ejecutiva, correspondiente a un nivel de inteligencia subnormal.

Aunque otras investigaciones apoyan la idea de que el rendimiento intelectual en los niños con problemas de aprendizaje corresponde a un perfil general de verbal menor que ejecutiva, vemos que en la presente investigación estos planteamientos no son del todo aplicables al tipo de niños que se manejan en una Institución Psiquiátrica. Esto debe considerarse ya que los problemas de aprendizaje son el resultado de una combinación multifactorial, originando un problema mucho más complejo de difícil definición.

A pesar de que el rendimiento en las dos pruebas fue muy bajo, los niños de 2º año, en general, salen siempre con mejores resultados que los niños de 3º año, tanto en el IDEA como en el WISC-R.

Lo anterior coincide con los estudios realizados por Lara Tapia (1986) y cols. en el D. F. y la Cd. de Toluca, donde se encontró que la mayor incidencia de niños con problemas de aprendizaje y conducta se dio en el tercer grado, con clara diferencia en los demás grados.

Esto puede deberse a que los niños de 2º todavía están en proceso de consolidación de las 3 áreas de aprendizaje, (Lectura, Escritura y Cálculo matemático). Además de que segundo grado es una reafirmación del primer año. No así, para los niños de tercer año en los cuales se agregan más elementos académicos y si aunado a ello, no se han cumplido los aprendizajes previos necesarios, entonces el problema se va acentuando y los errores son cada vez más específicos, lo cual va limitando su capacidad intelectual.

Comparando la ejecución lectora del grupo de 2º y 3º año, vemos que el primero rindió mejor que el segundo. El grupo de 2º tuvo un mejor desempeño en la lectura en silencio y comprensión que en la lectura oral y comprensión. Esto podría deberse a que en la lectura en silencio, puede ayudar en la comprensión que los estímulos auditivos fonéticos incorrectos no perturban la captación del significado de lo leído (Azcoagá, 1979).

Se ha encontrado que los niños que tienen problemas en la lecto-escritura presentan dificultades básicamente en el área lingüística, pero también muestran características de un procesamiento visual y perceptual defectuoso (Rutter, 1985).

Ya que, la lectura oral, involucra más elementos de reconocimiento, descodificación y discriminación perceptivo-visual. El niño está más ocupado en leer para descifrar, que en leer para comprender, y comete más errores.

Todo lo contrario resulta para el grupo de tercer año, observándose una mejor ejecución en la lectura oral que en la silente, esto puede deberse a que un retraso en la lectura en una edad temprana podría ir unido a problemas perceptivos, mientras que un retraso en la lectura en una etapa posterior, puede ir unido a determinados problemas cognitivos (Rutter, 1985).

En lectura el sujeto debe, además de atribuir determinados fonemas a los grafemas escritos, comprender su sentido, la lectura es en esencia una asociación de lo visual y lo lingüístico, mostrando un fracaso cuando uno de estos elementos o ambos están alterados (Monedero, 1989).

Retomando uno de los objetivos específicos se observa que en el grupo de segundo y tercer año en el área de lectura, se aprecian más errores de regla que específicos en ambos grupos. Podemos observar una lectura sin entonación y omitiendo signos de puntuación.

Considerando aquí, que el niño se fija más en lo que está descifrando como tal y no tanto al sentido que da la entonación de acuerdo a los signos ortográficos.

Todo esto trae consigo un contenido incomprensible que afecta la recuperación del significado.

Cuando el niño ya integró el proceso automático (descifrado) que se da al inicio de la lectura, pasa en segundo termino al aspecto semántico gramatical, si este proceso no se consolida del todo resultan además de las fallas de la síntesis, aquellas referentes a la comprensión del significado (Azcoaga, 1979).

Haciendo un análisis cualitativo de las sub-escalas del WISC-R se observa un mejor rendimiento en la Escala Ejecutiva.

Partiendo de esto podemos observar que uno de los dispositivos básicos para poder aprender como lo es la atención y concentración, (Factor III) medida por los subtest de retención de dígitos (RD), aritmética (A) y claves (CV), se ve decrementada, sobre todo, cuando no hay un referente visual (RD), y se facilita cuando el niño tiene que resolver tareas que involucran más significado práctico (A), o con un apoyo en estímulos visuales (claves y figuras incompletas). Es posible que para estos niños sea más fácil, por un lado el procesamiento de información visual concreta, que auditiva o visual simbólica y con contenido semántico.

Por consiguiente, se observa que la principal deficiencia presentada por estos niños es la memoria auditiva a corto plazo, la cual está muy relacionada con el proceso de atención deficiente, esto se refleja en una gran necesidad de repetir instrucciones.

Se considera factible que la tendencia a la distractibilidad en estos niños esté interfiriendo en su memoria a corto y largo plazo, sobre material verbal y simbólico (Retención de Dígitos e Información).

Otra deficiencia encontrada es la referente a la capacidad de información almacenada, tanto a corto como a largo plazo (conocimiento adquirido: información, aritmética y vocabulario). Esto puede ser el origen de una deficiencia en la recuperación de la información, así como también a un ambiente poco estimulante que trae consigo limitadas oportunidades de aprendizaje. Esto se corrobora con el Factor I de comprensión verbal que marca Kaufman. Observando puntuaciones bajas en estos 4 subtest (Información , Semejanzas, Vocabulario, Comprensión).

Consideramos que el rendimiento en los subtest de información y comprensión se relacionan con habilidades importantes en la lectura de comprensión como son: la retención del material leído(Información) y la posibilidad de hacer inferencias con base en un razonamiento lógico (Comprensión). Pudiendo corroborar que el rendimiento en la lectura fue bajo, no tanto por la lectura en sí, sino por la comprensión como tal.

Con respecto a la capacidad espacial que marca Bannantyne ésta se encuentra decrementada de acuerdo a los resultados que presentan estos niños (figuras incompletas, diseño con cubos y ensamble de objetos), esto nos indica que el tipo de procesamiento de información de esta población es más dependiente del campo (Kaufman, 1982), lo que significa que requieren de un ambiente más concreto y estructurado para dar una respuesta y poder trabajar con materiales perceptuales. En esencia, estos niños muestran cierta inflexibilidad ante estímulos que implican la solución de tareas ó situaciones nuevas.

Es importante destacar que figuras incompletas es uno de los subtest con mejor rendimiento, esto se debe en gran parte a que el niño requiere derivar el significado de estímulos visuales, en tanto que sólo se necesita un grado mínimo de razonamiento (capacidad de asociación) y pocas respuestas motoras, (expresión) Kaufman, 1982.

Es necesario que el niño cuente con las habilidades básicas y los procesos lógicos para la adquisición de conocimiento, tales como atención, memoria, razonamiento, comprensión, etc., que al estar decrementados limitan en gran medida tanto la adquisición de conocimiento nuevo, como la reafirmación del ya aprendido. De esta forma el aprendizaje de la lecto-escritura y el cálculo matemático se va adquiriendo de manera defectuosa, esto a su vez da origen a que con el aumento en la edad del niño, disminuye la capacidad intelectual, quedando atrás de sus compañeros normales de la misma edad en las actividades escolares .

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Con base en los resultados antes expuestos, pueden derivarse las siguientes conclusiones:

Resulta interesante resaltar que los niños con problemas de lectura presentaron un perfil bajo en los sub-test del WISC-R, siendo este instrumento una medida del cociente intelectual del niño. Sin embargo, el Inventario de Ejecución Académica es una prueba que nos proporciona de manera cuantitativa y cualitativa tanto las habilidades como las deficiencias académicas. Dando la pauta en la realización de programas específicos de tratamiento.

Consideramos que durante los primeros años escolares como es primero y segundo año el niño aún se encuentra en la fase de adquisición de los aprendizajes académicos, por lo que las fallas detectadas en estas primeras etapas en cierta forma son normales y aún no pueden darnos un reflejo claro de una alteración específica, aunque si sería conveniente considerarlas cuando éstas persisten con el tiempo.

Por otro lado, hay que enfatizar sobre el tema del Cociente Intelectual, la evidencia de esta investigación es que muy posiblemente el C.I bajo (subnormal), en muchos de los casos, sea el reflejo de la influencia de múltiples factores como son: un ambiente socio-familiar poco estimulante, problemas emocionales y familiares, hasta en casos más severos una disfunción cerebral.

Si asociado a esto, encontramos un problema de aprendizaje, el rendimiento intelectual se verá más limitado.

Coincidimos con la postura de varios autores(Mercer, 1991; Azcoaga, 1979; Adelman, 1993, Monedero, 1989, etc.) quienes consideran que los trastornos de aprendizaje dependen de varios factores como pueden ser los intrínsecos (del propio sujeto), así como los extrínsecos (del medio que le rodea) o una combinación de ambos, lo cual hace de las dificultades de aprendizaje un problema complejo y de difícil definición.

Ahora bien, la mayoría de los investigadores, en esta área, tienden a aceptar que para el diagnóstico de problemas de aprendizaje el Coeficiente Intelectual del niño debe ser normal o por arriba de esto.

Consideramos que a partir del estudio de poblaciones como ésta, la actitud de investigadores actuales sea la de ir aceptando progresivamente que los niños con dificultades de aprendizaje no necesariamente deben tener un C.I normal o superior, sino que muchos de ellos pueden tenerlo por abajo de la media.

A partir de esto, creemos que lo más importante sería no tanto el diagnóstico clínico que hagamos del niño con problemas de aprendizaje, sino el análisis de las deficiencias que presenta en la realización de tareas académicas. Para conseguir esto es necesario no solo considerar los planteamientos estadísticos que en muchos de los casos reducen a un puntaje, también valdría la pena hacer un análisis más preciso de las capacidades y deficiencias del niño para la aplicación de medidas terapéuticas apropiadas.

También es conveniente analizar el entorno que le rodea al niño, tanto de estimulación como afectivo.

Una limitación de la presente investigación fue el tamaño de la muestra empleado, esto debido a que el tipo de población que se maneja en el Hospital Psiquiátrico Infantil constituye un grupo heterogéneo de trastornos, se excluyeron los casos de niños que no cumplieron los criterios ya mencionados.

Creemos que una contribución derivada de la presente investigación es abordar de manera diferente la interpretación de las capacidades y deficiencias de los niños con problemas de aprendizaje de una Institución Psiquiátrica, a partir del análisis de estas habilidades y deficiencias tanto intelectuales como académicas del niño para un mejor abordaje terapéutico del mismo.

Este trabajo resulta el punto de partida para la planeación de estrategias de tratamiento específicas, encaminadas a la rehabilitación de niños con Problemas de Aprendizaje.

Para esta investigación resultó de suma importancia el analizar la lectura deficiente de los niños con problemas de aprendizaje, sin embargo planteamos la necesidad de realizar otras investigaciones donde se incluyan además de la lectura, la escritura y matemáticas que guardan una relación bastante directa entre sí.

BIBLIOGRAFIA

- *Adelman, H. y Taylor, L.* (1993). Learning problems and learning disabilities, California Brooks/Cole. USA.
- *Alvarez, G.* (1994). Actividades para prevenir problemas de lecto-escritura: Un enfoque perceptomotor. Tesina Licenciatura, Fac. Psicología, UNAM
- *Ayala, S. y Paredes, H.* (1993). Comparación con el Inventario de Ejecución Académica entre los errores cometidos en la lectura y la escritura en niños de primaria que presentaron bajo rendimiento académico. Tesis profesional, Fac. de Psicología., UNAM.
- *Azcoaga, J., Derman, B.* (1979). Alteraciones en el aprendizaje escolar. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- *Brueckner, J y Bond, L .* (1986). Diagnóstico y tratamiento de las dificultades en el aprendizaje., 8a. Edición, Madrid. Editorial Rialp.
- *Carbajal, A.; Nemirovsky, M.* (1983). Contenidos de Aprendizaje. Anexo II Lectura y escritura. Universidad Pedagógica Nacional.

-
- *Codemarin*, (1982) Revista *M. Lectura y Vida*. marzo, no, 1, pp. 25-27.
 - *Duffy, H. y Geschwind. N.* (1988). *Dislexia, aspectos psicológicos y neurológicos*. España. Editorial Labor.
 - *Escotto. M. J.* (1983). Los niños con problemas de conducta y aprendizaje; recolección de datos clínicos. *Revista de salud mental*. Vol. 6, no. 1, pp. 14-20.
 - *Esquivel, F. ; Lucio, E.; Heredia, C.* (1994) *Psicodiagnóstico clínico*. México. Editorial El Manual Moderno.
 - *Figueroa, A.* (1994). *Elaboración, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento individualizado de lectura para niños con problemas de aprendizaje*. Tesis profesional, Fac. de Psic. UNAM.
 - *Ferreiro, E. ; Teberosky, A.* (1979). *Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño*. México. Editorial S. XXI.
 - *Ferreiro, E.; Gomez M. y cols:* (1982). *Análisis de las Perturbaciones en el Proceso de Aprendizaje de la Lecto-Escritura*, fascículo 1-5, Dirección Gral. de Educ. Especial. SEP-OEA. México.

- *García, I., y Terrazas, A.* (1989). Evaluación de niños con problemas de aprendizaje, de acuerdo a la categorización de Bannatyne del WISC-RM. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 6, no. 2, pp. 157-162.
- *Gerheart, B.* (1987) *Incapacidades en el Aprendizaje, Estrategias Educativas.* México. Editorial El Manual Moderno.
- *González, y cols.* (1986) *Estrategias pedagógicas para superar las dificultades en el dominio del sistema de lecto-escritura.* Dirección General de Educación Especial. SEP.OEA.
- *Hammill, D.* (1990). “ On defining learning Disabilities: An emerging Consensus ”. *Journal Learning Disabilities.* Vol. 22, no. 2, pp. 74-84.
- *Heredia, C.* (1982). *La madurez en la percepción visomotora y su relación con las dificultades en el proceso de la lectura.* Tesis profesional, Fac. de Psicología, UNAM.
- *Heredia, C.* (1993). *Poder de discriminación de las diferentes versiones del WISC-R.* Tesis de Maestría. Fac. de Psicología, UNAM.
- *Hernández, R., Fernandez, C., Baptista, P.* (1991). *Metodología de la Investigación.* Colombia. Editorial Mc Grāw- Hill.

- *Hester, B. y Cruz, (1982), D.* Hechos reales y conceptos falsos de la lectura, *Revista Lectura y Vida*. No. 1, marzo pp. 28-29.
- *Jimenez, M y Londoño L., (1982),* *Lectura y Vida*. marzo, no. 1, pp 18-21.
- *Jimenez, J. y Rodrigo L. (1994).* Is it true that the differences in reading performance between students with and without L.D: cannot be explained by I.Q. *Journal of Learning Disabilities*. Marzo, Vol. 27 (3), pp.155-163.
- *Kaufman, A. (1982).* *Psicometría razonada con el WISC-R*. México. Editorial El Manual Moderno.
- *Kerlinger, F. (1981).* *Investigación del Comportamiento*. México. Editorial Interamericana.
- *Kinsbourne, M. y Kaplan, P. (1983).* *Problemas de Atención y Aprendizaje en los niños*. México. Editorial Prensa Médica Mexicana.
- *Koppitz, Elizabeth M. (1980).* *El Test Gestáltico Visomotor para niños*. Buenos Aires. Ed. Guadalupe.

-
- Lara, H. (1986) Psicopatología en niños con Problemas de Aprendizaje y Conducta. Cuaderno de investigación. Universidad Autónoma del Estado de México. Coordinación de Investigación Científica.
 - *Lozano, J.* (1995). Perfil del niño con problemas de lectura a través de la prueba WISC-R. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
 - *Macías, G., y Verduzco, A.* (1984). Análisis cualitativo de 193 casos tratados en UTNA en 1980. Revista de salud mental. Vol. 7, No. 1, pp. 292-299.
 - *Macías, G., Escotto, J., Faz, A., Márquez, M.* (1991). Manual del Hospital Psiquiátrico Infantil.
 - *Macotela, S., Bermúdez, P., y Castañeda, I.* (1995). Evaluación de Problemas de Aprendizaje y Bajo Rendimiento. Programa de Publicaciones de Material Didáctico, México, Facultad de Psicología, UNAM.
 - *Macotela, S., Bermúdez, P., y Castañeda, I.* (1995). Desarrollo y Perspectivas en el área de problemas de aprendizaje. Programa de Publicaciones de Material Didáctico, México, Facultad de Psicología, UNAM.

- *Macotela, S., Bermúdez, P., y Castañeda, I. (1995).* Inventario de Ejecución Académica (IDEA). Manual para el Evaluador. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.(1996).* Publicado por American Psychiatric Association de Washington. Barcelona, España, Editorial Mason
- *Myers, P y Hammill, D. (1994).* Como Educar a Niños con Dificultades de Aprendizaje. México. Editorial Limusa.
- *Mercer, C. (1991).* Dificultades en el aprendizaje. Barcelona. Editorial CEAC. Tomo I y II.
- *Monedero, C. (1989).* Dificultades en el Aprendizaje Escolar. Una Perspectiva Neuropsicológica. España. Editorial Pirámide, 2º edición.
- *Nieto, M. (1994)* Casos Clínicos de Niños con Problemas de Aprendizaje. México. Editorial El Manual Moderno.
- *Ostrosky, F., Navarro, M., Canseco, E., Pérez, R. y Zárate, A. (1984).* La lectura y los perfiles cognoscitivos de una población escolar mexicana. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 1, No. 1, pp. 53-64.

-
- *Ostrosky, F., Ardila, A., Chayo, R.* (1996). Rehabilitación Neuropsicológica. México. Editorial Planeta, en Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud.
 - *Rutter, M.* (1985). Fundamentos científicos de Psiquiatría del desarrollo. España, Editorial Salvat.
 - *Sattler, M.* (1982). Evaluación de la Inteligencia Infantil y Habilidades Especiales: México. Editorial El Manual Moderno.
 - *Siegel, L.* (1989). I. Q. Is irrelevant to the difinition of learning disabilities. *Journal of learning disabilities*. Vol. 25, pp. 618-624.
 - *Siegel, L.* (1992). An evaluation of the discrepancy definition of dislexia. *Journal of learning disabilities*. Vol. 25, pp. 618-624.
 - *Smith F.* (1983). Comprensión de la lectura. Análisis Psicolingüístico de la Lectura y su Aprendizaje. México. Editorial Trillas,
 - *Suárez, A.* (1995). Dificultades en el Aprendizaje, un Modelo de Diagnóstico e Intervención. España.. Editorial Santillana.
 - *Toro, J y Cervera M.* (no se encontró año de edición.). Test de análisis de lectura y escritura. España. Editorial Pablo del Río.

- *Vázquez C.G.* (1993) Apuntes de Congreso a España.
- *Vetrano, L* (1994). El niño pre-escolar y las condiciones previas necesarias para el aprendizaje de la lecto-escritura. Tesis profesional. Fac. de Psicología. UNAM
- *Wechsler, D.* (1980). Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar: WISC-R. Manual para el Evaluador. México. Editorial El Manual Moderno.

ANEXO 1

ENTREVISTA INFORMAL A PADRES

1. ¿Por qué lo trae al Hospital?
2. ¿Presenta el menor, bajo rendimiento escolar?
3. ¿En dónde presenta más sus deficiencias?
4. ¿Cómo lee?
5. ¿Entiende lo que lee?
6. ¿Presenta o presentó algún problema de lenguaje?
7. ¿Qué calificaciones lleva?
8. ¿Ha repetido años? ¿Cuáles y cuantas veces?

ANEXO 2

**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA _____ HORA _____ REG _____

NOMBRE _____
NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ RELIGIÓN _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

RESPONSABLE: _____

DIRECCIÓN: _____

_____ TELEFONO: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL O TUTOR (PARENTESCO):

DIRECCIÓN: _____

DERECHOHABIENTE SI() NO() _____

QUIEN LO REFIERE _____

ESCUELA (DIRECCIÓN, NOMBRE Y CARACTERISTICAS) _____

NOMBRE, OCUPACIÓN Y EDAD DE LOS PADRES: _____

II.- MOTIVO DE CONSULTA _____

INTERROGATORIO

SINTOMAS POR AREAS: MARQUE CON UNA X EN EL PARENTESIS CUANDO EL SINTOMA ESTE PRESENTE DEJE EN BLANCO SI ESTA AUSENTE EN CADA LINEA QUE ENCUENTRE PONGA *A* SI EL SINTOMA SE PRESENTA ACTUALMENTE Y *P* SI SE HA PRESENTADO EN EL PASADO: Y LAS DOS LETRAS SI ES NECESARIO.

- 1.1 RENDIMIENTO MENOR AL ESPERADO () _____
- 1.2 POBRE HABILIDAD EN COMUNICACIÓN () _____
- 1.3 POBRE HABILIDAD EN INDEPENDENCIA () _____
- 1.4 POBRE HABILIDAD EN AUTOSUFICIENCIA Y CUIDADO () _____
PERSONAL
- 1.5 FRACASO EN HABILIDADES ACADEMICAS () _____
- 1.6 INDIFERENCIA AL MEDIO () _____
- 1.7 MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS () _____
- 1.8 ECOLALIA () _____
- 1.9 AUTOAGRESIÓN () _____
- 1.10 INTOLERANCIA A CAMBIOS, CONTACTO VISUAL O () _____
FISICO

- 2. COMUNICACIÓN () _____
- 2.1 VOCABULARIO LIMITADO () _____
- 2.2 DIFICULTAD EN LA EXPRESIÓN () _____
- 2.3 DIFICULTAD EN LA ARTICULACIÓN () _____
- 2.4 DIFICULTAD EN LA COMPRESIÓN DE TERMINOS () _____
- 2.5 TARTAMUDEZ () _____
- 2.6 MUTISMO ELECTIVO () _____

- 3. APRENDIZAJE () _____
- 3.1 BAJO RENDIMIENTO TIEMPO: _____ () _____
- 3.2 REPROBACIÓN AÑOS: _____ () _____
- 3.3 DIFICULTAD EN LA LECTURA () _____
- 3.4 DIFICULTAD EN LA ESCRITURA () _____
- 3.5 DIFICULTAD EN LA ARITMETICA () _____
- 3.6 INCORDINACIÓN MOTORA GRUESA () _____
- 3.7 INCORDINACIÓN MOTORA FINA () _____

- 4. CONDUCTA () _____
- 4.1 HIPERACTIVIDAD () _____
- 4.2 DISTRACTIBILIDAD Y/O INATENCIÓN () _____
- 4.3 IMPULSIVIDAD () _____
- 4.4 AGRESIVIDAD () _____
- 4.5 DESOBEDIENCIA () _____
- 4.6 USO RIESGOSO DEL FUEGO () _____
- 4.7 ROBO Y/O FUGAS () _____
- 4.8 MENTIRAS () _____
- 4.9 POCA TOLERANCIA () _____
- 4.10 TEMERIDAD () _____

- 5. HABITOS () _____
- 5.1 ENURESIS PRIMARIA () SECUNDARIA () () _____
- 5.2 ENCOPRESIS PRIMARIA () SECUNDARIA () () _____
- 5.3 CONSUMO DE SUSTANCIAS NO NUTRITIVAS () _____
- 5.4 RUMIACIÓN () _____
- 5.5 PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN () _____
- 5.6 PROBLEMAS EN EL SUEÑO () _____
- 5.7 PESADILLAS Y MIEDOS () _____
- 5.8 TERRORES NOCTURNOS () _____

- 6. EMOCIONAL () _____
- 6.1 TEMORES INESPECIFICOS () _____
- 6.2 TEMORES ESPECIFICOS ESPECIFIQUE _____ () _____
- 6.3 TIMIDEZ E INHIBICIÓN () _____
- 6.4 HIPERHIDROSIS () _____
- 6.5 IRRITABILIDAD () _____
- 6.6 MANIFESTACIONES NEUROVEGETATIVAS () _____

- 6.7 MANIFESTACIONES PSICOMATICAS () _____
- 6.8 ONICOFAGIA () _____
- 6.9 ANIMO DEPRIMIDO () _____
- 6.10 BAJA AUTOESTIMA () _____
- 6.11 BAJA CONCENTRACIÓN () _____
- 6.12 PENSAMIENTOS DE MUERTE () _____
- 6.13 INTENTO SUICIDA () _____
- 6.14 BRADIPSIQUIA () _____

- 7. ENTIDADES ESPECIALES () _____
- 7.1 PROBLEMAS EN LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL () _____
- 7.2 TICS SIMPLES () COMPLEJOS () () _____
- 7.3 ABUSO SEXUAL () _____
- 7.4 MALTRATO FISICO () _____
- 7.5 TRICOTILOMANIA () _____

OTROS ESPECIFIQUE:

- 8.1 LENGUAJE INCOHERENTE () _____
- 8.2 LENGUAJE INCONGRUENTE () _____
- 8.3 LENGUAJE VERBORRERICO () _____
- 8.4 IDEAS DE REFERENCIA () _____
- 8.5 IDEAS MEGALOMANIACAS () _____
- 8.6 DELIRIOS () _____
- 8.7 FUGA DE IDEAS () _____
- 8.8 AGITACIÓN PSICOMOTRIZ () _____
- 8.9 CONDUCTA BIZARRA () _____
- 8.10 ALUC AUDITIVAS () _____
- 8.11 ALUC VISUALES () _____
- 8.12 ALUC OLFATIVAS () _____
- 8.13 ALUC SOMATOSENSOR () _____
- 8.14 TAQUIPSIQUIA () _____
- 8.15 AUTOESTIMA EXAGERADA () _____
- 8.16 SENS DE LO YA VISTO () _____
- 8.17 SENS DE LO YA VISTO () _____
- 8.18 TRANS DEL PENSAMIENTO () _____

9. USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

| TIPO | FRECUENCIA DE USO (ESPECIFIQUE) | TIEMPO DE CONSUMO (ESPECIFIQUE) |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 9.1 NICOTINA () _____ | | |
| 9.2 ALCOHOL () _____ | | |
| 9.3 INHALANTES () _____ | | |
| 9.4 CANNABIS () _____ | | |
| 9.5 ALUCINOGENOS () _____ | | |
| 9.6. ESTIMULANTES () _____ | | |
| 9.7 COCAINA DERIV | | |
| 9.8 SEDANTES | | |

| CANTIDAD (ESPECIFIQUE) | TIPO DE USUARIO (CORRELACIONE) |
|------------------------|--------------------------------|
| | A.- USO EXPERIMENTAL |
| | B.- ABUSO |
| | C.- DEPENDENCIA |
| | D.- INTOXICACION |
| | E.- ABSTINENCIA |

9.9 OTROS (ESPECIFIQUE) _____

10. CRISIS

TIPO EPILEPTICO

- 10.1 PARCIALES SIMPLES () _____
- 10.2 PARCIAL COMPLEJA () _____
- 10.3 GENERALIZADAS () _____
- 10.4 OTRAS () _____

TIPO NO EPILEPTICO

- 10.5 ESPASMO SOLLOZO () _____
- 10.6 SINCOPE () _____
- 10.7 FEBRILES () _____

CEFALEA

- 10.8 OPRESIVA () _____
- 10.9 PULSATIL () _____

DURACIÓN

| INICIO | FRECUENCIA | MIN / SEG. |
|--------|------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

III.- PADECIMIENTO ACTUAL (HACER SEMIOLOGÍA DE CADA UNO DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS MARCADOS EN LAS COLUMNAS ANTERIORES USAR ESPACIO POSTERIOR DE LA HOJA SI ES NECESARIO).

IV.- ANTECEDENTES.

HEREDO FAMILIARES: DE TIPO PSIQUIATRICO _____

DE TIPO MEDICO _____

V.- TIPO Y CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

| | | | | | | | | |
|-------------|-----|-----|---------|-----|-----|----------------------|-----|-----|
| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
| COMPLETA | () | () | NUCLEAR | () | () | INTEGRADA | () | () |
| INCOMPLETA | () | () | EXTENSA | () | () | DESINTEGRADA | () | () |
| FUNCIONAL | () | () | | | | | | |
| DISFUNCIONA | () | () | | | | | | |
| L | | | | | | NIVEL SOCIOECONOMICO | | |
| | | | | | | BAJO | () | () |
| | | | | | | MEDIO | () | () |
| | | | | | | ALTO | () | () |

OTRAS (ESPECIFIQUE) _____

VI.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: _____

VII.- HISTORIA DEL DESARROLLO

ANTECEDENTES PERINATALES:

| | | | |
|------------------------|-------|------------------|-------|
| EMBARAZO PLANEADO | _____ | DESEADO | _____ |
| PREFERENCIA DE SEXO | _____ | MEDICAMENTO(S) | _____ |
| SITUACIÓN DE LA PAREJA | _____ | CONTROL PRENATAL | _____ |
| ENFERMEDADES | _____ | LUGAR QUE OCUPA | _____ |

G P A C

TIPO Y LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO O CESAREA

DURACIÓN EN HORAS DEL TRABAJO DE PARTO _____
RUPTURA DE MEMBRANAS (HRS) _____
ANESTESIA _____
RESPUESTA RESPIRATORIA Y LLANTO _____

CIANOSIS _____ PESO _____ TALLA _____
APGAR _____ ICTERICIA _____ DIAS DE ESTANCIA _____

REACCIÓN AL NACIMIENTO _____
DESARROLLO MOTOR: _____
SOSTEN CEFALICO _____
SEDESTACIÓN _____
GATEO _____
BIPEDESTACIÓN _____
DEAMBULACIÓN _____
DESARROLLO DEL _____
LENGUAJE_ 1's FONEMAS _____
1's PALABRAS _____
1's FRASES _____
LENGUAJE ESTRUCTURADO _____
DESARROLLO SOCIAL, EMOCIONAL Y CRIANZA: _____

EJERCICIO DEL MATERNAJE _____
1's SONRISAS _____
DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA DEL BEBE _____
ANGUSTIA DE SEPARACIÓN DEL 8º MES _____
NEGACIÓN (NO) _____
OBJETO TRANSICIONAL _____
TEMORES A EXTRAÑOS _____
TEMORES EXCESIVOS _____
JUEGOS PREFERIDOS _____
RELACIONES FAMILIARES _____
INTERPERSONALES _____
TIPO DE VINCULO _____
FIGURAS DE VINCULO _____
ROLES QUE ASUME EN SUS ACTIVIDADES _____
REACCIONES ANTE LA FRUSTRACIÓN _____
DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN: _____

SENO MATERNO _____
ABLACTACIÓN _____
BIBERON _____
ACEPTACIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS _____
INICIO DE LA DENTICIÓN _____

PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN

DESARROLLO DEL SUEÑO:
1º NOCHE COMPLETA _____
TIPO DE SUEÑO _____
CON QUIEN DUERME _____
TERRORS NOCTURNOS _____
SONAMBULISMO _____
PESADILLAS _____
BRUXISMO _____
NOCTILALIA _____
TEMOR AL DORMIR _____

ENTRENAMIENTO DE ESFINTERES:

TIPO DE ENTRENAMIENTO _____
EDAD DE INICIO _____
EDAD DE CONTROL TOTAL _____
TECNICAS CORRECTIVAS _____

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

JUEGOS CON GENITALES _____
CURIOSIDAD _____
JUEGO CON ROLES SEX. _____
CARACTERES SEXUALES SEC. _____
MASTURBACIÓN _____
POLUCIONES NOCTURNAS _____
INTERES POR EL SEXO OPUESTO _____
MENSTRUACIÓN _____
TIPO DE CICLOS _____
SEXUALIDAD INAPROPIADA _____
INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA _____
FORMAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PADRES _____

ESCOLARIDAD (ESPECIFIQUE EDAD DE INGRESO, TIEMPO DE ESTANCIA.
RELACIONES, RENDIMIENTO Y/O TIPO DE REPORTES)

GUARDERIA _____
 JARDIN DE NIÑOS _____
 PRIMARIA _____
 SECUNDARIA _____
 PREPARATORIA _____
 OTROS _____

ESPECIFIQUE SI DESEMPEÑA ACTIVIDAD LABORAL _____
 COMENTARIOS AL DESARROLLO _____

VIII.- EXPLORACIÓN FISICA GENERAL Y NEUROLÓGICA

| T/A | F.C. | F.R. |
|-------|------|------|
| TEMP. | PESO | P.C. |

TALLA _____

| | DATOS PATOLOGICOS | | ESPECIFIQUE |
|------------------------|-------------------|--------|-------------|
| CABEZA | SI () | NO () | _____ |
| CARA Y CUELLO | SI () | NO () | _____ |
| TORAX | SI () | NO () | _____ |
| ABDOMEN | SI () | NO () | _____ |
| GENITALES | SI () | NO () | _____ |
| EXTREMIDADES | SI () | NO () | _____ |
| PARES CRANEALES | SI () | NO () | _____ |
| TONO Y FUERZA MUSCULAR | SI () | NO () | _____ |
| COORD. MOTORA GRUESA | SI () | NO () | _____ |
| MARCHA | SI () | NO () | _____ |
| REFLEJOS ANORMALES | SI () | NO () | _____ |
| SIGNOS MENINGEOS | SI () | NO () | _____ |

LATERALIDAD DERECHA () IZQUIERDA () INDEFINIDA _____

IX.- EXAMEN MENTAL (ESTADO DE CONCIENCIA, CONDUCTA Y MOVIMIENTOS, ALIÑO, ACTITUD, ORIENTACIÓN, ATENCIÓN, COMPRENSIÓN, VOLICIÓN, SENSO PERCEPCIÓN, DISCURSO, LENGUAJE, PENSAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO), IMAGINACIÓN, JUICIO, INTELIGENCIA, MEMORIA. AREA. AFECTIVA. ESQUEMA CORPORAL, AUTOCONCEPTO Y CONCIENCIA) (SI ES NECESARIO USAR EL ESPACIO POSTERIOR.

X.- INTERVENCIONES, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS PREVIOS

XI.- IMPRESIONES DIAGNOSTICAS DIAGNOSTICOS SINTOMATICOS

DIAGNOSTICO SINDROMATICO

ICD - 10

D S M - IV EJE1

EJE II _____
EJE III _____
EJE IV _____
EJE V _____

XII.- PLAN TERAPEUTICO Y COMENTARIOS _____

CANALIZADO A: _____

REALIZO _____ SUPERVISO: _____

FIRMA: _____ FIRMA _____

CEDULA PROFESIONAL _____

ANEXO 3

INVENTARIO DE EJECUCIÓN ACADÉMICA (IDEA)

Macotela, S. Bermúdez, P. y Castañeda, I.

El Inventario de Ejecución Académica es una prueba de escrutinio que permite evaluar las habilidades y deficiencias que el niño muestra en las áreas de lectura, escritura y matemáticas. Está diseñada para utilizarse con niños de 1º, 2º y 3º grado escolar a nivel primaria, incorporando elementos relativos a los contenidos de los programas educativos de la SEP.

El objetivo principal del Inventario consiste en analizar las habilidades y deficiencias que el niño posee en las tres áreas, las cuales se establecen de acuerdo al tipo de errores que se cometen.

Este tipo de análisis permite identificar a los niños con posibles problemas de aprendizaje distinguiéndose de problemas de bajo rendimiento.

El nivel de eficiencia del niño se determina a partir del grado de dificultad de los reactivos del Inventario, pudiendo localizar el punto a partir del cual el menor comienza a disminuir su eficiencia, este nivel de eficiencia esta asociada con el nivel de conocimiento del menor.

El análisis de los errores y de las habilidades del niño nos conduce a decisiones de intervención que pueden ser de carácter instruccional o correctivo.

La estructura del Inventario se establece con base a tres componentes: categorías, reactivos e incisos.

Las categorías se relacionan con concepto de clases de respuestas que incluyen un conjunto de actividades que comparten elementos en común.

Los reactivos se refieren a las habilidades concretas, que para sus propósitos programáticos se convierten en objetivos instruccionales.

Los incisos representan un muestreo de estímulos que permiten determinar si el niño posee o no la habilidad en cuestión.

CONTENIDO:

El Inventario consta de tres instrumentos los cuales corresponden a cada una de las áreas a evaluar (Escritura, Matemáticas y Lectura).

Cada instrumento a su vez consta de 2 subpruebas: una para 1º grado, otra para segundo y otra para tercero. Para su aplicación, se integran las subpruebas de cada área por grado, de manera que se evalúan íntegramente la escritura, la lectura y las matemáticas.

ORGANIZACIÓN:

El Inventario está compuesto por:

A).- Cuadernillos de estímulos tamaño esquila, para cada uno de los grados (1º, 2º y 3º año), estos se encuentran divididos en tres áreas: escritura, matemáticas y lectura; están organizados de tal forma que al abrirlos, los estímulos quedan frente al niño y frente al evaluador las instrucciones de aplicación, las instrucciones para el niño y la clave del reactivo.

B).- Cada cuadernillo consta de hojas adicionales de trabajo de las 3 áreas.

C).- Protocolo de registro: 1 para cada grado.

D).- Hojas de registro complementario de lectura (hojas del examinador) donde se reproducen los enunciados y el texto que el niño va a leer oralmente.

E).- Hojas de integración y concentración de datos provenientes de los protocolos de registro. En la portada se registran los datos generales del niño, en la hoja 1 el tiempo, total de la evaluación de cada área, así como la organización de un histograma general para las categorías y errores principales de las 3 áreas.

APLICACIÓN

Para la aplicación del material es necesario revisar el Manual y los materiales, para estar familiarizados con ellos.

El tiempo de aplicación es variable, puede durar de 30 a 40 minutos, siendo preferible aplicar las tres áreas en una sola sesión.

Aún cuando el Inventario puede emplearse para determinar ejecuciones grupales, la aplicación se realiza siempre de forma individual.

Es necesario utilizar un lugar libre de distracciones, sin ruido y con iluminación adecuada, colocándose el evaluador frente al niño.

CALIFICACIÓN

Se realiza a partir de los aciertos y errores del niño.

Primero se deben ver los productos permanentes (ver instrucciones en el Manual).

Los tipos de errores y características a calificar se encuentran en forma variable para cada una de las áreas. (ver Manual).

Cuando se han calificado los productos permanentes y se han pasado los puntajes al protocolo, se suman las puntuaciones totales absolutas por área. El porcentaje se calcula considerando siempre el puntaje total absoluto, que es especificado como el 100% y por regla de 3 obtener el puntaje obtenido por el niño.

Es importante señalar que los errores específicos de las áreas no se centralizan para el total absoluto, únicamente se registra su frecuencia en el código correspondiente.

INTEGRACIÓN DE DATOS.

En la portada de la hoja se registran los datos generales del niño, el tiempo de evaluación e información adicional, en la hoja 1 se anotan los tiempos totales de la evaluación, en el perfil general de ejecución se pueden presentar los datos en histogramas, así como la suma de frecuencias de errores específicos.

En las hojas 2, 3, y 4 se encuentran cada una de las áreas donde se desglosa la ejecución del niño por categorías. Existen 2 columnas una para datos representados por un número y otra para porcentajes.

En la hoja final se puede escribir las recomendaciones de las deficiencias detectadas en cada una de las áreas.

ANEXO 4

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA NIÑOS (WISC - R)

La primera Escala Wechsler Bellevue se publicó en 1939 y en 1949 apareció la Escala para evaluar niños, el WISC (Escala de Inteligencia Wechsler para niños).

En 1974 el WISC fue sometido a una revisión en Estados Unidos y surgió la versión que se conoce como WISC-R.

En México en 1965 se realizó la adaptación del WISC de 1949.

Posteriormente en 1983 se publicaron los resultados de la adaptación y estandarización del WISC-R, versión que se conoce como WISC-RM.

WISC-R

La versión revisada de la Escala de Inteligencia (WISC-R) se desarrolló tratando de mejorar en algunos aspectos la versión original, aunque conservando sus características principales.

Tres son los principales cambios que presenta el WISC-R con respecto al WISC:

- 1.- Los subtests de la escala Verbal y de Ejecución se aplican de manera alternada.

2.- Se permite más demostración y ayuda en el WISC-R.

3.- Se aumentó el número de reactivos por lo que el sujeto debe obtener crédito para ubicarse a nivel promedio en todos los grupos de edad.

El WISC-R abarca un rango de edad de 6 - 0 a 16 - 11 años y contiene 12 Subpruebas; seis forman la Escala Verbal (Información, semejanzas, aritmética, vocabulario, comprensión y retención de dígitos), y seis la de Ejecución (Figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, diseño con cubos, ensamble de objetos, claves y laberintos).

Solo el 30% de los reactivos en la Escala Verbal son nuevos.

En la Escala Ejecutiva se conservan los mismos reactivos en un 90%.

ESTANDARIZACIÓN:

El WISC-R se estandarizó con 2200 niños blancos y de otras razas seleccionadas de manera aleatoria, considerando variables como: edad, sexo, raza, región geográfica, ocupaciones del jefe de familia y residencia urbana o rural.

CONFIABILIDAD

Se obtuvieron coeficientes de confiabilidad para cada prueba (excepto Retención de Dígitos y Codificación) por medio del método de mitades con la correlación apropiada para la prueba total mediante la fórmula de Spearman Brown.

Esto proporciona una medida de la consistencia interna.

En cuanto a codificación y Retención de Dígitos, se calcularon coeficientes de estabilidad temporal.

VALIDEZ:

La validez concurrente del WISC-R se verificó correlacionando la prueba con otras medidas de inteligencia.

(WIPPSI y WAIS).

Para la aplicación y calificación del WISC-R, es necesario tomar en consideración todos los criterios establecidos en el manual.

El WISC-R es una prueba estandarizada que nos proporciona una medida de Coeficiente Intelectual (C.I) Total, así como también por sub-escalas Verbal y Ejecutiva por separado.

ANEXO 4

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA NIÑOS (WISC - R)

La primera Escala Wechsler Bellevue se publicó en 1939 y en 1949 apareció la Escala para evaluar niños, el WISC (Escala de Inteligencia Wechsler para niños).

En 1974 el WISC fue sometido a una revisión en Estados Unidos y surgió la versión que se conoce como WISC-R.

En México en 1965 se realizó la adaptación del WISC de 1949.

Posteriormente en 1983 se publicaron los resultados de la adaptación y estandarización del WISC-R, versión que se conoce como WISC-RM.

WISC-R

La versión revisada de la Escala de Inteligencia (WISC-R) se desarrolló tratando de mejorar en algunos aspectos la versión original, aunque conservando sus características principales.

Tres son los principales cambios que presenta el WISC-R con respecto al WISC:

1.- Los subtests de la escala Verbal y de Ejecución se aplican de manera alternada.

2.- Se permite más demostración y ayuda en el WISC-R.

3.- Se aumentó el número de reactivos por lo que el sujeto debe obtener crédito para ubicarse a nivel promedio en todos los grupos de edad.

El WISC-R abarca un rango de edad de 6 - 0 a 16 - 11 años y contiene 12 Subpruebas; seis forman la Escala Verbal (Información, semejanzas, aritmética, vocabulario, comprensión y retención de dígitos), y seis la de Ejecución (Figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, diseño con cubos, ensamble de objetos, claves y laberintos).

Solo el 30% de los reactivos en la Escala Verbal son nuevos.

En la Escala Ejecutiva se conservan los mismos reactivos en un 90%.

ESTANDARIZACIÓN:

El WISC-R se estandarizó con 2200 niños blancos y de otras razas seleccionadas de manera aleatoria, considerando variables como: edad, sexo, raza, región geográfica, ocupaciones del jefe de familia y residencia urbana o rural.

CONFIABILIDAD

Se obtuvieron coeficientes de confiabilidad para cada prueba (excepto Retención de Dígitos y Codificación) por medio del método de mitades con la correlación apropiada para la prueba total mediante la fórmula de Spearman Brown.

Esto proporciona una medida de la consistencia interna.

En cuanto a codificación y Retención de Dígitos, se calcularon coeficientes de estabilidad temporal.

VALIDEZ:

La validez concurrente del WISC-R se verificó correlacionando la prueba con otras medidas de inteligencia.

(WIPPSI y WAIS).

Para la aplicación y calificación del WISC-R, es necesario tomar en consideración todos los criterios establecidos en el manual.

El WISC-R es una prueba estandarizada que nos proporciona una medida de Coeficiente Intelectual (C.I) Total, así como también por sub-escalas Verbal y Ejecutiva por separado.