

01025
92



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGÍA



**PROBLEMAS DE APRENDIZAJE
EN EL BLOQUE PSICOPEDAGOGICO
ESCOLAR DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"JUAN N. NAVARRO."**

**INFORME ACADEMICO DE SERVICIO SOCIAL
COMO OPCION PARA LA TITULACION
DE LICENCIADO EN PEDAGOGIA**

**POR
JORGE RODRIGUEZ NAVA**

**ASESORA
PSICOLOGA MARIA CECILIA RIOS DE LA TORRES**



FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS



MEXICO, D.F.

2003

COLEGIO DE PEDAGOGIA

9



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**

TESIS CON
FALLA DE JUREN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADEZCO A DIOS LA OPORTUNIDAD DE CONTINUAR MI VIDA.

Este trabajo esta dedicado a los seres más importantes de mi vida y a los cuales les debo la oportunidad de construirme día a día, sabiendo que cuento con ellos en cualquier momento.

Cuando llegue a este mundo me percate que era mas frío en comparación al lugar donde estaba, que e las voces no eran tan cálidas como ahí, que las luces lastimaban mis ojos, entendí que había nacido entonces pedí regresar, pero solo basto una fracción de segundo para que tu me tomaras en tus brazos y supiera que todo siempre bien que no corría peligro y que Dios me había mandado con un Angel, he crecido pero no deje de voltear a tus ojos para encontrar seguridad y saber que una sonrisa puede cambiar un día entero de mala suerte, aun hoy corro a tu cama para acurrucarme y contarte mis aventuras de gran pirata o de simple soñador este trabajo es para ti para decirte te Amo, te admito como mujer, como profesional, como cabeza de familia, como abuela, pero sobre todo como ser humano, eres tu mi gran amiga. Eres mi Madre la fuerza y el cariño que me impulsan día a día a ser un mejor humano, por tus consejos tu amor, por jugar conmigo, por reír, por desvelarte para defenderme del monstruo, por bailar y cantar conmigo, por nuestros jueves de paella, por enseñarme que la vida siempre me sorprenderá, por tus lágrimas, por tus risas, por ser el gran ser humano que esta a mi lado para recordarme quien soy y cuanto me amas, que me enseñas a triunfar no importa cuan adverso parezca el panorama sonriéndole al mas ingrato de los enemigos.

Gracias Nelly, mi Madre.

A mi abuelo Julián gracias por cuidarme y taparme todas mis fallas ahora estas con Dios pero sé que continuas cuidándome, queriéndome y protegiéndome para que lleve una vida digna.

A mi hermana Lorufuina que es el rigor, la cordura, mi mejor amiga crítica, la disciplina, el impulso y el coraje en mi vida.

A Merari y Jassia que son el impulso, la luz y la alegría que me trasladan a mágicos mundos y que con su inocencia me devuelven la esperanza en este mundo.

A Sílvia Valencia, Sonia Murillo y Cynthia López por todo su cariño, comprensión, apoyo y consejos por ser mis Angeles y acompañarme desde mi adolescencia por permitirme crecer junto a ellas y compartir nuestros cambios sabiendo que juntos vamos logrando nuestras metas.

A Leonardo Márquez por ser mi alter ego, por su confianza, respeto, cariño y amor. Por hacer florecer en mi un ethos ambicioso de triunfo llevando como bandera la verdad, confianza

Estas líneas están dedicadas a Cecilia Ríos de la Torre, Ana Maria González San Emeterio, Laura Ortega y Alejandra López, por ser mis Angeles que me impulsaron a continuar la carrera cuando en los pasillos me encontraban sin rumbo, gracias por dejarme aplicar mis ideas escuchar mis proyectos, y sobre todo a ayudarme a implementar mis ideas para la mejora de la atención de mis niños y jóvenes, gracias por correr conmigo para que este trabajo hoy este aqui por sus lecturas, por su sueño robado, a ellas. A mis maestras que durante la carrera me impulsaron día a día para formarme como profesional amando mi carrera y enseñándome que los medidores nunca logran nada. Por permitir experimentar mis ideas dentro y fuera del aula, por sus comentarios críticos y por ofrecirme su cariño y amistad, por impulsarme exigirme y lograr que hoy este trabajo se vea realizado.

A tod@s mis amig@s las cuales les debo la compañía, cariño, honestidad, desvelos, risas, crudas, fiestas, viajes, y todas aquellas locuras que como estudiante puedes y debes realizar, por mostrarme las diferentes experiencias y visiones de un epocal, a ustedes que me permitieron ser un mundo místico.

Y a ti que sin tu amor y cariño no saldría adelante en los momentos que me siento un extraño, por enseñarme que la vida son retos y esfuerzos, que el amor tiene mil manifestaciones, por que siempre estas ahí para impulsarme con tu amor, ternura, con tus enojos, con tus esfuerzos, por compartir conmigo la mágica experiencia del amor, TE AMO.

*Traté de explicártelo de la mejor manera que pude
Pero tú sólo cerraste los ojos.
No querías escucharme,
Y yo no quise lastimarte
Y no me quería ir,
Pero me fui sin que tú me conocieras,
Mas yo sí conocí algo de ti.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*EL SENTIMIENTO QUE UN UOMO ESPRIME EN
UN SUSPIRO, POTREBE RIEMPIERE MILLE
DEFINIZIONE ED I TRIPLO
DE BIBLIOTECHIE*

ÍNDICE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN. "ÉL POR QUÉ DE LA FISIOLOGÍA EN PSICOPEDAGOGÍA".

CAPITULO I. "LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE CONTEMPLADOS DESDE UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINARIA".

- I. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.
- II. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS.
- III. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- IV. TRASTORNO DE LA LECTURA.
 - IV. I CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.
 - IV. II. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10
 - IV. III. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA LECTURA.
- V. TRASTORNO DEL CÁLCULO.
 - V. I CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.
 - V. II. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10
 - V. III. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL CÁLCULO.
- VI. TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.
 - VI. I. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.
 - VI. II RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10.
 - VI. III. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.
- VII. TRASTORNO DEL APRENDIZAJE NO ESPECIFICADO.

CAPITULO II. "PROBLEMAS DE APRENDIZAJE".

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. ANTECEDENTES.
- III. ¿QUÉ SON LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE?
- IV. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS.
 - IV. I. LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.
 - IV. II. LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS.
- IV. III. RETRASO MENTAL, COEFICIENTE INTELECTUAL. Y DESVENTAJAS CULTURALES.
- V. DETECCIÓN.
 - V. I. ETAPA PRE ESCOLAR
 - V. II. PRIMEROS AÑOS ESCOLARES.
 - V. III. GRADOS AVANZADOS.
- VI. INTERVENCIÓN.
- VII. DIFERENTES APROXIMACIONES TEÓRICAS PARA LA INTERVENCIÓN.
- VIII. LOS ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.
- IX. ADULTOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.
- X. PROBLEMAS EMOCIONALES.
- XI. CONCLUSIONES DEL CAPITULO.

CAPITULO III. EL BLOQUE PSICOPEDAGÓGICO DEL HOSPITAL

PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. ANTECEDENTES
- III. JUSTIFICACIÓN.
- IV. OBJETIVOS.
- IV.I. OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO.
- IV.II. OBJETIVOS PARTICULARES.
- IV.II.I ATENCIÓN A USUARIOS.
- IV.II.II DOCENCIA.
- IV.II.III. INVESTIGACIÓN.
- IV.II.IV. SERVICIO A LA COMUNIDAD.
- V. L I M I T E S.
- V.I. DE TIEMPO.
- V.II. DE ESPACIO.
- V.III. UNIVERSO DE TRABAJO.
- VI. ESTRATEGIAS.
- VI.I. ATENCIÓN A USUARIOS.
- VI.I.II. EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.
- VI.I.III. OBJETIVO.
- VI.II. TIPOS DE EVALUACIÓN.
- VI.II.I ASESORIA DE TIPO EDUCATIVA CON CASOS ESPECIALES.
- VI.II.II. CONFIRMAR O DESCARTAR EL PROBLEMA DE APRENDIZAJE.
- VI.II.III. EVALUACIÓN PERIÓDICA.
- VI.II.IV. ESTUDIO PSICOLÓGICO COMPLETO.
- VI.II.V. PARA EVALUAR SE REQUIERE.
- VII. TRATAMIENTO.
- VII.I. NIVEL PREESCOLAR.
- VII.II. NIVEL ESCOLAR.
- VII.III. NIVEL DE ADOLESCENCIA.
- VII.IV. OBJETIVO GENERAL.
- VII.V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
- VII.VI. TIPOS DE TRATAMIENTOS.
- VII.VI.I. TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO INDIVIDUAL.
- VII.VI.II. TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO GRUPAL.
- VIII. OTRAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS.
- VIII.I. TALLERES.
- VIII.II PASEOS TERAPÉUTICOS.
- VIII.III. PERIÓDICO MURAL.
- IX. ORIENTACIÓN A PADRES.
- IX.I. ORIENTACIÓN A PADRES AL TERMINAR EL GRUPO DE TERAPIA.
- IX.II. ORIENTACIÓN A PADRES EN FORMA INDIVIDUAL.
- X. PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y ESTIMULACIÓN EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES
- X.I. OBJETIVO
- X.II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE CADA MODULO.
- X.II.I. MODULO I.
- X.II.II. MODULO II.
- X.IV. ACTIVIDADES.
- X.IV.I. EVALUACIÓN
- X.IV.II. MÓDULOS.
- X.V. ORIENTACIÓN A PADRES.
- X.V.I. ALLER DE PADRES.
- XV.II. ORIENTACIÓN A PADRES.
- XI. PROGRAMA DE ENSEÑANZAS.
- XI.I. OBJETIVO GENERAL.
- XI.II. CURSOS PROGRAMADOS.
- XI.II.I. CURSOS PARA MAESTROS.
- XI.II.II. CURSO "ASPECTOS CLÍNICOS DE LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE".
- XI.II.III. CURSO PARA PASANTE.
- XI.II.IV. CURSO PARA PADRES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- XI.II.V. MANUALES PARA CASA.
- XII. INVESTIGACIÓN.
- XII.I. OBJETIVO GENERAL.
- XII.II. OBJETIVOS GENERALES DEL 2001 – 2002.
- XII.III. TIPOS DE INVESTIGACIONES.
- XIII. SERVICIOS A LA COMUNIDAD.
- XIII.I. OBJETIVO GENERAL.
- XIII.II. VISITAS A ESCUELAS.
- XIII.III. ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS INTER INSTITUCIONALES.
- XIV. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.
- XIV.I. FUNCIONES DEL PERSONAL..
- XV. METAS.
- XV.I. ATENCIÓN A USUARIOS.
- XV.II. DOCENCIA.
- XV.III. INVESTIGACIÓN.
- XV.IV. SERVICIO A LA COMUNIDAD.
- XVI. SUPERVISIÓN.
- XVII. INFORMACIÓN.
- XVII.I CUALITATIVAS.
- XVII.II. EVALUACIÓN DE L PROGRAMA.
- XVII.II ATENCIÓN A USUARIOS.
- XVII.III. ENSEÑANZA.
- XVIII.III. INVESTIGACIÓN.
- XVIII.IV. SERVICIO A LA COMUNIDAD.
- XIX. ESTADÍSTICA DEL SERVICIO DE PSICOPEDAGOGÍA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IV. CONCLUSIONES.

- I. ESTRATEGIA.
- II. LÍNEAS DE ACCIÓN.
- III. ACCIONES ESPECIFICAS

V. BIBLIOGRAFÍA.

JUSTIFICACIÓN.

ÉL POR QUÉ DE LA FISIOLÓGÍA EN PSICOPEDAGOGÍA.

A lo largo de mi vida como estudiante universitario me percate que el desarrollo de nuestra profesión podría encontrar espacios donde poner a prueba los conocimientos adquiridos es así que decido ingresar en el cuarto semestre de la licenciatura al Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro" para llevar a cabo mis practicas escolares uno, es tal la necesidad de dar a conocer la carrera en otros ámbitos que permanezco durante la carrera como voluntario y al final para llevar a cabo mi servicio social y practicas profesionales, de ahí surge este trabajo.

Muchos se han de preguntar sobre él por qué del estudio de fisiología en la carrera de pedagogía; al momento de ingresar al área de psicopedagogía pensamos, muchas veces, que el contenido de éstas materias en cuestión se limitan a test psicométricos y a teorías cognitivas, en el momento de revisar y estudiar en clase el tema de organización perceptual, sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, se llegan a escuchar dudas sobre la relación de la pedagogía con la medicina.

La mayoría de las veces olvidamos que las teorías cognitivas están basadas en cuestiones fisiológicas y que fueron hechas por personajes dedicados a la investigación medica, los cuales postularon que estamos constituidos tanto biológica como psicológicamente, es aquí donde radica la importancia de estudiar el SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC de aquí en adelante) y SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO (SNP de aquí en adelante) como otros temas relacionados con el desarrollo humano.

Es importante saber la relación de la pedagogía con la filosofía, la pedagogía con la psicología, la pedagogía con la medicina, ya que todas tratan sobre la trascendencia humanística, básica en el hombre.

Somos seres en permanente evolución nuestra propia constitución bio-psicosocial nos demanda incorporarnos a una sociedad exigente en nuestro desenvolvimiento cultural y adaptativo, siendo nosotros personal que se encarga de guiar el camino educativo de sujetos que se desenvuelven en diferentes ámbitos, es importante tener un conocimiento amplio sobre el desarrollo humano que compete a una inmensidad de temáticas de vital importancia que debemos revisar.

La importancia del SNC y SNP es sin duda algo ineludible, por lo ya explicado, un ejemplo de su tan necesario estudio es el saber o complementar nuestras teorías cognitivas sobre el desenvolvimiento y desarrollo de los sujetos, saber como se rige nuestro organismo y la influencia de la química en el proceso enseñanza-aprendizaje, cómo capta el sujeto los conocimientos y bajo qué condiciones físicas los procesa el cerebro y que sustancias sinápticas se encuentran funcionando en que momento, es importante saber el mecanismo de cada neurotransmisor, ya que su funcionamiento es observable en el sujeto, de acuerdo a su comportamiento podríamos advertir su nivel de capacidad en el proceso enseñanza-aprendizaje, saber el funcionamiento de la acetilcolina y su importancia en los procesos psicológicos del despertar, la atención, la memoria y la motivación; la dopamina; la serotonina que inhibe cualquier comportamiento, incluyendo las emociones, su importancia para conciliar el sueño; la norepinefrina está relacionada con la vigilia y el despertar, así como con el aprendizaje y la memoria. Actualmente se usan psicofármacos para nivelar la descompensación de estas sustancias naturales de manera artificial para mejorar la adaptación social del sujeto y pueda desempeñar con mejor claridad actividades cotidianas.

La importancia de este conocimiento atribuido al ámbito médico es crucial para el pedagogo que se va a dedicar al área psicopedagógica, su conocimiento no solo es importante por cultura general o básica, por ser temas contenidos en el programa de quinto año de preparatoria, y por el área a tratar, así como los sujetos con los que nos relacionamos.

El conocimiento no debe ser limitado, sería una grosería pensar siquiera que la pedagogía se limita a cuestiones sociales y educativas esto cuando pensamos que la educación se reduce al salón de clases, o a cuestiones adaptativas sin pensar en el proceso evolutivo del sujeto, nos limitamos a modelos estereotipados, con lo que limitamos el conocimiento humano.

La pedagogía debe abrirse camino en el conocimiento y el ámbito laboral, debemos atrevernos a incorporarnos y arrebatar el conocimiento a otras ciencias para hacerlo nuestro y así poderlo contextualizar y aplicar, reconociendo a los otros seres y en las redes de interacción situarnos en el contexto, reconocernos por un Otro que necesita ser guiado en el camino.

Si bien es evidente que la competencia laboral del pedagogo esta reñida con la del el psicólogo que tiene áreas afines a las nuestras, que muchas empresas prefieren contratar psicólogos que pedagogos por ignorar nuestra capacidad, es injustificable que nosotros pedagogos limitemos el conocimiento así como nuestra propia cultura, si nosotros mismos nos limitamos, también estamos limitando el desarrollo de nuestros usuarios y su desempeño social.

Como es sabido, la manera de trabajar en el área de psicopedagogía dentro de un hospital es a nivel interdisciplinario, otra razón para prepararnos y conocer de otras ciencias como es la neurología, pediatría, psiquiatría, psicología, para poder sesionar con compañeros de trabajo que muchas veces atienden a nuestro usuario que presenta diferentes necesidades. Cada especialista debe rendir su informe a los demás tratantes del mismo usuario, para lograr un mejor avance y desempeño, con esto se pretende integrarlo de una mejor forma a la sociedad, a la familia, al trabajo, etc.

Otro punto importante es el proceso globalizado que contradice su política integradora siendo cada vez más excluyente, ¿Qué tanto queremos ser excluidos? Es algo que todos debemos preguntarnos, si hemos revisado el perfil de egreso de la carrera y nos evaluamos en este momento, la mayoría no cubriría ni el 50% de los conocimientos que exige un mundo globalizado, así que debemos cuestionar nuestra preparación, compararla, y ver que tan competentes somos, qué tan excluidos estamos, el hecho de estar en los últimos semestres nos debe hacer aptos laboralmente con otras carreras, y escasamente lo somos. Es importante cambiar la mentalidad que caracteriza a un sector de nuestra carrera, debemos olvidarnos del club MC (mientras me caso), querer ser la chica senda dos mil, la maestra de primaria, y demás ideales, esto no lo digo por considerar estas labores indignas, sino por que el pedagogo estudia, se prepara para más; su campo laboral es muy amplio sólo que no queremos voltear a verlo, y por supuesto el psicólogo nos quita el trabajo, cuando muchas veces los pedagogos contamos con los conocimientos, esto lo hemos visto quienes hemos estado a nivel hospitalario, nuestra preparación humanista es diferente, hemos aprovechado estas armas que la carrera nos a dado y ser competentes y lograr un lugar donde no existían los pedagogos, en un hospital psiquiátrico, donde el ejercicio es sumamente variable, y nosotros pedagogos contamos con esta diversidad educativa para desempeñarnos y poder insertarnos en muchísimos lugares, porque la educación no se limita a cuatro paredes y a un usuario pasivo-receptivo. Desgraciadamente hemos supuesto ser pasivos-receptivos y pretender que el profesor o la institución nos deben dar todo, no es posible que sigamos acostumbrándonos a esta pasividad, y menos después de una huelga de diez meses.

INTRODUCCIÓN.

En el primer capítulo apreciaremos la clasificación de los problemas de aprendizaje dentro del área clínica la cual nos puede ser útil como herramienta al momento de elaborar un diagnóstico y posible tratamiento multidisciplinario.

En el segundo capítulo encontramos detallada cada una de las cuatro clasificaciones más importantes de los problemas de aprendizaje así como su etiología y antecedentes.

En el tercer y último capítulo daremos un recorrido por la estructura del bloque psicopedagógico, observando su estructura interna, función y objetivos, veremos el esfuerzo que requiere sustentar un servicio.

Así por que no empezamos definiendo la concepción de aprendizaje más común en el ámbito de la salud.

El aprendizaje ha sido definido desde el punto de vista psíquico como la aparición, evaluación y consolidación de las estructuras que sustentan las funciones mentales de un individuo, que interactúa con su medio físico y social en un tiempo que se sitúa arbitrariamente, desde la época perinatal hasta la adolescencia y vejez. Las funciones mentales que el niño adquiere progresivamente incluyen la inteligencia y el aprendizaje, a través de las cuales entiende y organiza su mundo, las de coordinación motriz que le permiten movilizarse y manipular objetos, las del lenguaje a través de los cuales se comunica con otros, comprende y habla su idioma y las emocionales, afectivas y sociales a través de las cuales expresa sus emociones, sentimientos y se relaciona con los demás. El aprendizaje de estas funciones o aprendizaje psíquico se conoce también como desarrollo psicológico o psicomotor.

CARACTERÍSTICAS DEL APRENDIZAJE.

El aprendizaje psíquico es producto de influencias (maduración biológica del Sistema Nervioso Central).

Existen continuidades y discontinuidades – reorganizaciones funcionales o emergencias *di novo* – tanto biológicas como ambientales que influyen en el aprendizaje.

Los factores biológicos y ambientales son causa y consecuencia.

Los factores experienciales o ambientales influyen fundamentalmente en el contenido de lo adquirido- la velocidad con la que se adquiere y el nivel que se alcanza.

El aprendizaje se expresa en conductas que resultan de una interacción recíproca entre el niño y el medio a través de cadenas de asociaciones indirectas más que de relaciones causa – efecto directo.

No existe un solo mecanismo responsable ni una sola teoría provee de explicación.

El aprendizaje implica un incremento en el nivel de estructura y funcionamiento.

Es así que por que no abordar los PROBLEMAS DE APRENDIZAJE (PA de aquí en adelante) con visión Multidisciplinarias, espero la experiencia y que obtuve de mi estancia en esta institución pueda dar otro punto de referencia a los PA ya que este trabajo esta basado en su tratamiento desde una visión multidisciplinaria con apoyo del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV, de aquí en adelante) mismo del cual a continuación doy una breve explicación.

La utilidad y credibilidad del DSM-IV exige que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. La prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, se espera que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores.

Se ha intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos.

Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. Ej., Investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Le usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, pedagogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud.

El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual.

A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o

estadístico. Debido a que la historia de la clasificación es demasiado extensa para ser resumida aquí, nos ocuparemos únicamente de aquellos aspectos que han conducido directamente al desarrollo del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM) y a las secciones de «Trastornos mentales» en las diversas ediciones de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*.

Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G). Los borradores clínicos y de investigación de la CIE-10 han sido revisados por los grupos de trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R, y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV.

La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10 (que fueron facilitadas por NIMH, NIDA y NIAAA) ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas.

Habitualmente, el diagnóstico DSM-IV se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto y no acostumbra utilizarse para denotar diagnósticos anteriores de los que el individuo ya está recuperado.

Una vez establecido el diagnóstico, pueden aplicarse las siguientes especificaciones indicadoras de gravedad y curso evolutivo: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior. Las especificaciones leves, moderadas y graves sólo deben utilizarse cuando el trastorno cumpla en el momento presente todos los criterios. Al decidir si la presentación del trastorno ha de describirse como leve, moderada o grave, el clínico debe tener en cuenta el número e intensidad de los signos y síntomas del trastorno en cuestión, así como cualquier irregularidad en la actividad laboral o social. En la mayor parte de los trastornos hay que utilizar las siguientes directrices:

Leve. Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.

Moderado. Existen síntomas o deterioro funcional situados entre «leve» y «grave».

Grave. Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

En remisión parcial. Con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad sólo permanecen algunos de sus síntomas o signos.

En remisión total. Ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde un punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno, por ejemplo, en un individuo con episodios anteriores de trastorno bipolar que ha permanecido sin síntomas durante los últimos 3 años, bajo tratamiento con litio. Tras un período de tiempo en completa remisión, el clínico puede considerar que el sujeto está recuperado y, en consecuencia, no codificar el trastorno como un diagnóstico actual. La diferenciación de en remisión total requiere la consideración de distintos factores, incluyendo el curso característico del trastorno, el lapso de tiempo transcurrido desde el último período patológico, la duración total del trastorno y la necesidad de evaluación persistente o de tratamiento profiláctico.

Historia anterior. En determinados casos puede ser útil reconstruir la historia de los criterios cumplidos por el trastorno, aun cuando el individuo esté recuperado en la actualidad. Estos diagnósticos anteriores de un trastorno mental deben indicarse utilizando la especificación historia anterior (p. Ej., Trastorno de ansiedad por separación, historia anterior, aplicable a un individuo con una historia de trastorno de ansiedad por separación, que en la actualidad no sufre trastorno alguno o que ahora satisface criterios de crisis de angustia).

I. LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE CONTEMPLADOS DESDE UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINARIA.

I. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes.

En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios politéticos, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general.

Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, que empleó un modelo categorial. El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales conduzcan a una mayor aceptación tanto como método de transmisión de la información como herramienta de investigación.

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideren graves). Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura. Para establecer que una discrepancia es significativa pueden utilizarse distintos recursos estadísticos. Suele definirse como sustancialmente inferior una discrepancia de más de 2 desviaciones típicas entre rendimiento y CI. A veces se acepta una discrepancia menor entre rendimiento y CI (esto es, entre 1 y 2 desviaciones típicas), especialmente cuando el rendimiento de un individuo en un test de CI puede haber sido mediatizado por la asociación de un trastorno del procesamiento, un trastorno mental o una enfermedad médica, o por las características étnicas o culturales del sujeto. Si se presenta un déficit sensorial, las dificultades de aprendizaje deben exceder de las habitualmente asociadas al déficit en cuestión. Los trastornos del aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta.

II. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS.

Los trastornos del aprendizaje pueden asociarse a desmoralización, baja autoestima y déficit en habilidades sociales. La tasa de abandonos escolares de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje se sitúa alrededor del 40 % (o aproximadamente, 1,5 veces el promedio). Los adultos con trastornos del aprendizaje pueden sufrir dificultades significativas sea en el empleo, sea en su adaptación social. Muchas personas (10-25 %) con trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno depresivo mayor o trastorno distímico también presentan trastornos del aprendizaje. Se sabe que algunos retrasos del desarrollo del lenguaje ocurren en asociación con trastornos del aprendizaje (particularmente trastorno de la lectura), aunque tales retrasos pueden no ser suficientemente graves para establecer un diagnóstico independiente de trastorno de la comunicación. Los trastornos del aprendizaje también pueden asociarse a una mayor tasa de trastorno del desarrollo de la coordinación.

Pueden existir anomalías subyacentes del procesamiento cognoscitivo (p. ej., déficit de percepción visual, procesos lingüísticos, atención o memoria, o una combinación de estos procesos) que suelen preceder o asociarse a trastornos del aprendizaje. Las pruebas normalizadas para evaluar estos procesos son en general menos fiables y válidas que otras pruebas psicopedagógicas. Aunque predisposiciones genéticas, lesiones perinatales y distintas enfermedades neurológicas y médicas pueden estar asociadas al desarrollo de trastornos del aprendizaje, la presencia de estos trastornos no predice invariablemente un posible trastorno del aprendizaje, existiendo muchas personas con trastornos del aprendizaje que no tienen historia semejante alguna. Sin embargo, los trastornos del aprendizaje se hallan asociados frecuentemente a distintas enfermedades médicas (p. ej., envenenamiento por plomo, síndrome alcohólico fetal o síndrome de X frágil).

Es preciso tener certeza de que los procedimientos de evaluación de la inteligencia prestan una atención adecuada a las características étnicas o culturales del individuo. Habitualmente, esto se consigue utilizando tests en que las características relevantes del sujeto estén representadas en su muestra de normalización, o practicándolos un examinador familiarizado con las características culturales o étnicas del sujeto. Para formular el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje se requiere siempre la administración de pruebas individualizadas.

Las estimaciones de la prevalencia de los trastornos del aprendizaje se sitúan entre el 2 y el 10 % dependiendo de la naturaleza de la evaluación y de las definiciones aplicadas. En México se considera que aproximadamente un 15 % de los alumnos de las escuelas públicas presentan un trastorno del aprendizaje.

III. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Los trastornos del aprendizaje deben diferenciarse de posibles variaciones normales del rendimiento académico, así como de dificultades escolares debidas a falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales. Una escolarización adecuada puede dar lugar a resultados deficientes en las pruebas de rendimiento normalizadas. Los niños procedentes de etnias o culturas distintas de la cultura escolar predominante o cuya lengua materna no sea la utilizada en la exploración, junto con los niños que han asistido a escuelas pedagógicamente inadecuadas, pueden puntuar insuficientemente en las pruebas de rendimiento. Los niños de estos orígenes también corren más riesgo de ausentismo debido a una mayor frecuencia de enfermedades o al hecho de vivir en ambientes pobres o caóticos. Una visión o audición alteradas pueden afectar la capacidad de aprendizaje, debiendo ser investigadas mediante pruebas audiométricas o de agudeza visual. En presencia de estos déficit sensoriales, sólo puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje si las dificultades de aprendizaje exceden de las habitualmente asociadas a dichos déficit. En el retraso mental, las dificultades de aprendizaje son proporcionales a la afectación general de la capacidad intelectual. Sin embargo, en algunos casos de retraso mental leve, el nivel de rendimiento en lectura, cálculo o

expresión escrita se sitúa significativamente por debajo de los niveles esperados en función de la escolarización y la gravedad del retraso. En estos casos debe realizarse el diagnóstico adicional correspondiente al trastorno del aprendizaje adecuado. En el contexto de un trastorno generalizado del desarrollo sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno del aprendizaje cuando la insuficiencia académica se sitúa significativamente por debajo de los niveles esperados dadas la capacidad intelectual y la escolaridad del sujeto. En los individuos con trastornos de la comunicación, la capacidad intelectual puede evaluarse utilizando tests normalizados de capacidad intelectual no verbal. Cuando el rendimiento académico se sitúa significativamente por debajo de la capacidad medida, debe diagnosticarse el trastorno del aprendizaje correspondiente. El trastorno del cálculo y el trastorno de la expresión escrita con suma frecuencia se presentan en combinación con el trastorno de la lectura. Cuando se cumplen criterios para más de un trastorno del aprendizaje, deben diagnosticarse todos.

IV. TRASTORNO DE LA LECTURA.

IV. I. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.

La característica esencial del trastorno de la lectura es un rendimiento en lectura (esto es, precisión, velocidad o comprensión de la lectura evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente); que se sitúa sustancialmente por debajo del esperado en función de la edad cronológica del COEFICIENTE INTELECTUAL y de la escolaridad propia de la edad del individuo (Criterio A). La alteración de la lectura interfiere significativamente el rendimiento académico o ciertas actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades para la lectura (Criterio B). Si está presente un déficit sensorial, las dificultades en lectura exceden de las habitualmente asociadas a él (Criterio C) En los sujetos con trastorno de la lectura, la lectura oral se caracteriza por distorsiones, sustituciones u omisiones; tanto la lectura oral como la silenciosa se caracterizan por lentitud y errores en la comprensión.

El trastorno de la lectura se asocia frecuentemente al trastorno del cálculo y al trastorno de la expresión escrita, siendo relativamente raro hallar alguno de estos trastornos en ausencia de aquél.

Del 60 al 80 % de los individuos diagnosticados con trastorno de la lectura son varones. Los procedimientos de derivación clínica pueden estar sesgados hacia la identificación de varones, puesto que ellos, con mayor frecuencia que las niñas, presentan comportamientos perturbadores en asociación a los trastornos del aprendizaje. El trastorno aparece en ambos sexos según tasas semejantes cuando se lleva a cabo un diagnóstico cuidadoso y se utilizan criterios estrictos. No ocurre lo mismo cuando se utilizan procedimientos diagnósticos y derivaciones asistenciales basadas en los informes escolares tradicionales.

La prevalencia del trastorno de la lectura es difícil de establecer porque muchos estudios sobre la prevalencia de los trastornos del aprendizaje se llevan a cabo sin la debida separación entre trastornos específicos de la lectura, el cálculo o la expresión escrita. El trastorno de la lectura, solo o en combinación con un trastorno del cálculo o un trastorno de la expresión escrita, se observa en aproximadamente 4 de cada 5 casos de trastorno del aprendizaje. En México la prevalencia de trastorno de la lectura se estima en un 4 % de los niños en edad escolar. En otros países donde se utilicen criterios más estrictos pueden hallarse unas cifras de incidencia y prevalencia más bajas.

Aunque los síntomas de la dificultad para leer (p. ej., incapacidad para distinguir las letras usuales o para asociar fonemas usuales con símbolos de letras); pueden aparecer ya en el jardín de niños, el trastorno de la lectura rara vez se diagnostica antes de finalizar esta etapa o de iniciarse el primer curso de enseñanza básica, puesto que la enseñanza de la lectura habitualmente no comienza en la mayor parte de las escuelas hasta ese momento. Cuando el trastorno de la lectura se asocia a un CI elevado, el niño puede rendir de acuerdo con sus compañeros durante los primeros cursos, y el trastorno de la lectura puede no ponerse de manifiesto por completo hasta el cuarto curso o incluso posteriormente. Si se procede a una identificación e intervención tempranas, el pronóstico es satisfactorio en un porcentaje significativo de casos. El trastorno de la lectura puede persistir durante la vida adulta.

El trastorno de la lectura es de tipo familiar y más prevalente entre los parientes biológicos en primer grado de los sujetos con trastornos del aprendizaje.

IV.II. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de capacidad de lectura. Además, el trastorno de la lectura tiene prioridad sobre el trastorno del cálculo, por lo que, si se cumplen los criterios diagnósticos de ambas entidades, tan sólo debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la lectura. Esto representa una diferencia con el DSM-IV, que permite diagnosticar ambos trastornos si se dan a la vez. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de trastorno específico de la lectura.

III. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA LECTURA.

El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su COEFICIENTE INTELECTUAL y la escolaridad propia de su edad.

La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

V. TRASTORNO DEL CÁLCULO.

V. I CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.

La característica esencial del trastorno del cálculo es una capacidad aritmética (medida mediante pruebas normalizadas de cálculo o razonamiento matemático administradas individualmente) que se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada en individuos de edad cronológica, COEFICIENTE INTELECTUAL y escolaridad concordantes con la edad (Criterio A). El trastorno del cálculo interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades para las matemáticas (Criterio B). Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la aptitud matemática deben exceder de las asociadas habitualmente a él (Criterio C). Si hay una enfermedad neurológica o médica o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III. En el trastorno del cálculo pueden estar afectadas diferentes habilidades, incluyendo las «lingüísticas» (p. ej., comprensión o denominación de términos matemáticos, operaciones o conceptos y descodificación de problemas escritos en símbolos matemáticos), habilidades «perceptivas» (p. ej., reconocimiento o lectura de símbolos numéricos o signos aritméticos y agrupamiento de objetos), habilidades de «atención» (p. ej., reproducir correctamente números o cifras, recordar el añadir números «llevando» y tener en cuenta los signos operativos) y habilidades «matemáticas» (p. ej., seguir secuencias de pasos matemáticos, contar objetos y aprender las tablas de multiplicar).

El trastorno del cálculo suele asociarse frecuentemente a un trastorno de la lectura o a un trastorno de la expresión escrita.

Es difícil establecer la prevalencia del trastorno del cálculo, porque son muchos los estudios que analizan la prevalencia de los trastornos del aprendizaje sin distinguir específicamente trastornos de la lectura, del cálculo o de la expresión escrita. La prevalencia del trastorno del cálculo solo (esto es, cuando no está asociado a otros trastornos del aprendizaje) se ha estimado en aproximadamente uno de cada cinco casos de trastorno del aprendizaje. Se supone que alrededor del 1 % de los niños en edad escolar sufre un trastorno del cálculo.

Aunque ciertos síntomas de dificultad para las matemáticas (p. Ej., confusión de los conceptos numéricos o incapacidad para contar con precisión) pueden aparecer en el parvulario o en el primer curso, el trastorno del cálculo rara vez se diagnostica antes de finalizar el primer curso de enseñanza básica, puesto que la instrucción formal en matemáticas usualmente no se lleva a cabo hasta

ese momento en la mayoría de los centros escolares. Con frecuencia se pone de manifiesto durante el segundo o tercer cursos. Cuando el trastorno del cálculo está asociado a un CI elevado, el niño puede rendir de acuerdo con sus compañeros durante los primeros cursos, y el trastorno del cálculo puede no hacerse manifiesto hasta el quinto curso o incluso más tarde.

V.II RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de capacidad de cálculo. Además, el trastorno de la lectura tiene prioridad sobre el trastorno del cálculo, por lo que, si se cumplen los criterios diagnósticos de ambos trastornos tan sólo debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la lectura. Esto representa una diferencia con el DSM-IV, que permite diagnosticar ambos trastornos si se dan a la vez. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de trastorno específico de la capacidad para el cálculo.

V. III CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL CÁLCULO.

La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de los esperados dados la edad cronológica del sujeto, su **COEFICIENTE INTELECTUAL** y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

VI. TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.

VI. I. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.

La característica esencial del trastorno de la expresión escrita es una habilidad para la escritura (evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente o por evaluación funcional de la habilidad para escribir) que se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del individuo, su **COEFICIENTE INTELECTUAL** y la escolaridad propia de su edad (Criterio A). El trastorno de la expresión escrita interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requiere habilidad para escribir (Criterio B). Si hay un déficit sensorial, las dificultades para escribir deben exceder de las asociadas habitualmente a él (Criterio C). Si hay una enfermedad neurológica o médica o un déficit sensorial, deben codificarse en el Eje III. Generalmente se observa una combinación de

deficiencias en la capacidad del individuo para componer textos escritos, lo que se manifiesta por errores gramaticales o de puntuación en la elaboración de frases, una organización pobre de los párrafos, errores múltiples de ortografía y una grafía excesivamente deficitaria. En general este diagnóstico no se formula si sólo existen errores de ortografía o una mala caligrafía, en ausencia de otras anomalías de la expresión escrita. En comparación con otros trastornos del aprendizaje, se sabe relativamente poco acerca de los trastornos de la expresión escrita y de su tratamiento, particularmente cuando aparecen en ausencia de trastorno de la lectura. Con la excepción de la ortografía, en esta área las pruebas normalizadas están menos desarrolladas que las de lectura o de capacidad matemática, por lo que la evaluación de anomalías en las habilidades para la escritura puede requerir la comparación de distintas muestras de tareas escolares escritas del sujeto con el rendimiento esperado en función de su edad y CI. Éste es especialmente el caso de niños situados en los primeros cursos de enseñanza básica. Para establecer la presencia y amplitud de este trastorno, pueden precisarse tareas en las que el niño deba copiar, escribir al dictado y escribir espontáneamente.

El trastorno de la expresión escrita suele asociarse al trastorno de la lectura o al trastorno del cálculo. Existen pruebas de que este trastorno puede acompañarse de déficit del lenguaje y de la perceptomotricidad.

Es difícil establecer la prevalencia del trastorno de la expresión escrita porque muchos estudios sobre la prevalencia de los trastornos del aprendizaje no suelen distinguir entre los trastornos específicos de la lectura, el cálculo y la expresión escrita. El trastorno de la expresión escrita va prácticamente siempre asociado a otros trastornos del aprendizaje.

Aunque la dificultad para escribir (p. ej., Caligrafía particularmente pobre o escasa aptitud para copiar o incapacidad para recordar secuencias de letras integradas en palabras usuales) puede aparecer en el primer curso de la enseñanza básica, el trastorno de la expresión escrita rara vez se diagnostica antes de finalizar el primer curso, puesto que la enseñanza formal de la escritura no suele llevarse a cabo hasta ese momento en la mayor parte de los centros escolares. Es habitual que el trastorno se ponga de manifiesto durante el segundo curso. Ocasionalmente se observa un trastorno de la expresión escrita en niños mayores o en adultos, sabiéndose muy poco acerca de su pronóstico a largo plazo.

El trastorno único de la ortografía o la caligrafía en ausencia de otras dificultades de la expresión escrita generalmente no justifica un diagnóstico de trastorno de la expresión escrita. Si una caligrafía deficitaria se debe a una afectación de la coordinación motora, debe considerarse un diagnóstico de trastorno del desarrollo de la coordinación.

VI. III. RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10.

La CIE-10 no recoge el trastorno de la expresión escrita, si bien en su lugar incluye el trastorno específico del deletreo. El DSM-IV incluye los problemas de deletreo dentro de la definición del trastorno de la expresión escrita, aunque para realizar el diagnóstico resulta indispensable que existan dificultades para la escritura.

VI. III. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.

Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su COEFICIENTE INTELECTUAL evaluada y la escolaridad propia de su edad.

El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados). Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

IX. TRASTORNO DEL APRENDIZAJE NO ESPECIFICADO

Esta categoría incluye trastornos del aprendizaje que no cumplen los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje específico. Esta categoría puede referirse a deficiencias observadas en las tres áreas (lectura, cálculo, expresión escrita) que interfieran significativamente el rendimiento académico aun cuando el rendimiento en las pruebas que evalúan cada una de estas habilidades individuales no se sitúe sustancialmente por debajo del esperado dado la edad cronológica de la persona, su COEFICIENTE INTELECTUAL evaluada y la enseñanza propia de su edad.

II. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

I. INTRODUCCIÓN.

En el presente capítulo haremos un breve recorrido por uno de los trastornos que es motivo frecuente de preocupación tanto para los padres de familia como para los especialistas de la salud mental infantil. Específicamente nos referiremos a los PA que son consecuencia de factores intrínsecos, y que aun cuando se considera que su incidencia es menor, que la de aquellos problemas de origen extrínseco debemos tener presente que son los que requieren con mayor urgencia de la intervención del paído psiquiatra así como del equipo multidisciplinario. Es menester entonces conocer en forma real las características de estos niños para la realización de un mejor diagnóstico así como para la definición de la intervención terapéutica.

II. ANTECEDENTES.

A finales del siglo XIX y principios del XX las descripciones iniciales de los niños que tenían dificultades para aprender, procedían del campo de la medicina.

La opinión de que la conducta observada en estos niños podía compararse con la de los adultos que habían perdido la capacidad de expresión de ideas y sentimientos como resultado de una lesión cerebral proviene del punto de vista médico. Estas observaciones constituyeron el primer fundamento para la hipótesis de una base neurológica en los niños con PA, en esta primera etapa se establecieron los cimientos teóricos que posteriormente posibilitaron la formación del campo de los PA.

Los elementos de dichas observaciones que son relevantes en la actualidad son:

La observación de la presencia tanto de un área problema como de un área normal. Por ejemplo: algunos usuarios no podían hablar pero si podían expresar sus ideas en forma escrita correctamente.

La existencia previa a la lesión de normalidad en la función. Por ejemplo: la lesión cerebral había ocasionado la dificultad del habla (base psiconeurológica).

Como el problema estaba ocasionado por la lesión cerebral se descartaba un origen como el retraso mental general o por un déficit sensorial como sordera o

cegura. En la actualidad sigue resultando evidente que cualquier problema de aprendizaje posee una alta correlación con un funcionamiento sino inadecuado si diferente del cerebro, ya que este es el soporte material de cualquier actividad cognitiva, sin embargo, lo que aún no ha quedado claro es la aceptación de que cualquier dificultad en el aprendizaje sea debida a una lesión, un daño o incluso una disfunción cerebral, ya que un medio ambiente poco estimulante y una pedagogía inadecuada pueden ocasionar problemas que posteriormente podrían traducirse en dificultades similares a los PA.

Azcoaga (1985) dice: "La admisión de una causalidad simple y directa entre lesión cerebral y alteraciones del aprendizaje pertenece a etapas arcaicas del estudio de estos problemas y es inadmisibile en el estado actual de los conocimientos sobre ambos aspectos", así mismo Hynd y Semrud-Clikemand (1989), después de haber realizado un importante estudio sobre el tema, concluyen afirmando que no existe evidencia empírica fiable demostrativa de que las diferencias estructurales cerebrales pueden ser la causa de los PA. Flowers (1993) igualmente concluye que, aunque puede admitirse razonablemente que ciertos daños cerebrales producen dificultades selectivas en el aprendizaje ver por ejemplo, el caso de algunas dislexias, (Los resultados de los estudios de Albert Galaburda en autopsias cerebrales realizadas en personas que habían sufrido PA en la lectura), el posible efecto que tales daños puedan producir en el funcionamiento cognitivo, en la actualidad aún permanece desconocido. La no evidencia de lesión cerebral en muchos casos convierte el trabajo del neuropsicólogo en indirecto (Hynd 1987).

Las definiciones que se han propuesto para los PA a pesar de que siempre han tratado de armonizar terminologías provenientes de los diferentes ámbitos de los especialistas involucrados en el área: psicólogos, pedagogos, lingüistas, siempre han dejado claro el predominio de lo biológico sobre lo pedagógico. El enfoque básico supone que todas las conductas, incluidas las de aprendizaje complejo como el lenguaje, la lecto-escritura o las matemáticas, cuando se modifican lo hacen por alguna alteración correlativa en el sistema nervioso central.

Monedero (1984. 61) dice que el conocimiento de la génesis de los PA supone el diagnóstico preciso de las deficiencias instrumentales que las condicionan, pues estas son las que van a ocasionar las dificultades de aprendizaje y también el problema de todas y cada una de las conductas infantiles en las que ese déficit cumple la función de instrumento. Esto quiere decir que los déficits instrumentales que determinan los PA no tienen necesariamente porque ir acompañados de los síntomas descritos en los libros de neurología, en los casos que llegará a suceder así, la sintomatología neurológica responde a alteraciones "groseras" del SNC (Síntomas neurológicos "duros", convulsiones, lesiones focales, etc.), en cambio la mayoría de las veces, los síntomas neurológicos de estos niños son mínimos y sólo en un número muy reducido de casos puede afirmarse la existencia de problemas cerebrales. Estos niños a pesar de que a veces llegan a contar con un medio ambiente adecuado tienen inhabilidades o déficits específicos que los sitúan en la parte más baja de un continuo que hasta el momento ha sido difícil de consensuar científicamente y estos son los casos que se denominan "Niños con dificultades específicas del

aprendizaje escolar de tipo neuropsicológico" en el que cabe incluir la dislexia, la disgrafía, la disortografía y la discalculia.

Este tipo de dificultades son los que serán descritos a lo largo de este capítulo, pero no sin antes dejar muy claro que la problemática de los PA es demasiado compleja como para aceptar que existe una única tipología y una etiología unilateral, lo cual hace evidente la necesidad de interpretar este tipo de trastornos desde una perspectiva interactiva, donde se acepte el principio de que en general los PA son un fenómeno totalmente complejo como consecuencia de la extraordinaria diversidad de variables que influyen en el aprendizaje tanto de tipo intrínseco como extrínseco y cuya interferencia solo puede ser interpretada analizando individualmente cada caso y situación, ya que los efectos que puedan tener las mismas variables etiológicas dependen tanto de las características biológicas y psicológicas del niño como de las compensaciones positivas o negativas que pueda producir el medio ambiente en que se desenvuelva este, tanto socio-familiar como pedagógico y cultural.

Hay muchos datos que demuestran como niños con fallos en su funcionamiento cerebral detectados objetivamente a través de técnicas de diagnóstico fiables con cocientes intelectuales ligeramente inferiores a lo que suele ser considerado normal y con dificultades psicolingüísticas y del procesamiento de la información pero situados en un medio ambiente compensatorio, que incluya condiciones escolares adecuadas a su situación y una metodología didáctica específica no evidenciaran necesariamente ningún problema en su aprendizaje pedagógico y también suele suceder el caso contrario, de niños con capacidades, aptitudes y habilidades consideradas normales pero que situados en medio ambientes desfavorables fracasan escolarmente, bien sea de forma global o selectiva. Ya Vigotsky afirmaba y posteriormente también lo demostró Luria que los procesos psicológicos superiores si bien son biológicos en su origen vienen siendo socio-culturales en su génesis.

Se puede afirmar que tal y como se manifestó en la práctica, el fracaso en el aprendizaje escolar, resulta en una mayoría de los casos casi imposible distinguir con un mínimo de rigor cual puede ser la causa principal y mucho menos la única, lo más frecuente es que este se deba a una conjunción de múltiples causas que al actuar unas sobre otras se interfieren entre sí, por eso es importante que el diagnóstico de los niños con PA sea realizado por un equipo multidisciplinario: un neurólogo infantil para la posible detección de un problema a este nivel, un psiquiatra para llevar a cabo el diagnóstico diferencial del PA con otras condiciones psiquiátricas y el manejo de estas situaciones comorbidas susceptibles de beneficiarse farmacológicamente o por una intervención específica en el niño y sus padres. Un pedagogo para la detección de las funciones cognitivas deficitarias e indemas para ver el potencial de aprendizaje, las estrategias cognitivas que maneja de forma espontánea e inducida; detectar las conductas socialmente patológicas y para detectar las áreas curriculares, un terapeuta de lenguaje para detectar los ámbitos lingüísticos más afectados (lexicales, morfo-sintácticos, fonéticos y pragmáticos). El énfasis del tratamiento cuando dominan los factores

etiológicos de tipo intrínseco debe estar puesto en el niño y no cabe duda de que cuanto más pronto se inicie la terapia psicopedagógica será mejor, cuando la etiología es principalmente de tipo ambiental, el diagnóstico y tratamiento se centra fundamentalmente en la familia y el medio escolar.

Es muy importante que los profesionistas que se dediquen a proporcionar atención a este tipo de usuarios cuenten con conocimientos sólidos sobre el Sistema Nervioso, el Desarrollo Normal y Anormal de los niños en sus diferentes áreas así como también sobre aspectos generales de pedagogía con el objeto de que puedan comprender los mecanismos a través de los cuales se produce el aprendizaje, como se puede potenciar este e incluso como se pueden prevenir o corregir las dificultades, así como también determinar lo que es una conducta propia de su edad de otras que pueden estar indicando un retraso o dificultad y las posibles consecuencias o impacto que estos problemas puedan tener en los diferentes ámbitos de la vida de los niños

III. ¿QUÉ SON LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE?

Los especialistas en PA coinciden en que si estos se pudieran clasificar de acuerdo a los procesos involucrados principalmente tendríamos cuatro grupos básicos (Anderson y Stanley 1992).

Un grupo caracterizado por dificultades generales del lenguaje.

Un grupo caracterizado por dificultades específicas del lenguaje.

Otro caracterizado por dificultades viso-espaciales específicas.

Un grupo mixto.

También es muy importante resaltar el papel que juegan los procesos atencionales y de procesamiento de la información (p. Ej. Memoria) ya que limitan de manera importante la "atención" a las tareas escolares con la consecuente dificultad para captar y adquirir nuevos conocimientos en el entorno escolar así como la capacidad del niño con problemas para emitir respuestas pertinentes en estas situaciones.

Las dificultades en la "atención", al margen de los diferentes subgrupos han sugerido la utilidad de usar un doble nivel explicativo para los PA.

PRIMER NIVEL.

En un primer nivel se observan limitaciones en el procesamiento general de la información, se incluye Atención, Memoria y una limitación para la adquisición de nuevos conocimientos, lo que Azcoaga (1979) denominaba Dispositivos Básicos del Aprendizaje.

En los niños que se encuentran en el primer nivel se observan una serie de retrasos tanto perceptivo-motrices, así como en el proceso de adquisición de las habilidades psicolingüísticas básicas que entorpecen el aprendizaje normal de la mayor parte de las áreas curriculares, sobre todo en sus niveles de dominio más elementales. Tienen inhabilidades en el procesamiento de la información: Sus estrategias cognitivas y de aprendizaje así como su atención selectiva no son las adecuadas para afrontar las tareas escolares, y esto no es debido a falta de capacidades o habilidades, finalmente todo esto les ocasiona inadaptación escolar.

SEGUNDO NIVEL.

En un segundo nivel se observan dificultades cognitivas específicas que menoscaban el logro de aspectos muy determinados en las tareas de Lecto-escritura y Cálculo.

En el segundo nivel, ya no hablamos de alteraciones en los procesos madurativos y de inhabilidades sino de déficits muy específicos, hay problemas selectivos de aprendizaje escolar que recaen fundamentalmente en aquellas áreas curriculares directamente subsidiarias del aprendizaje fisiológico como son: Lectura, Escritura, Cálculo Aritmético y solución de Problemas Matemáticos, estos niños pueden fracasar solo en alguno de estos aspectos e ir bien en los restantes, aunque a veces hay ocasiones que pueden fracasar en varias a la vez, esto depende de la levedad o gravedad de las causas así como el hecho que se presenten una o varias de estas (desconocimiento o escaso dominio del esquema corporal, problemas de lateralidad, de coordinación visomotriz, rítmico-temporal, síntomas de desestructuración psicolingüística tanto fonológica como lexical, etc.).

Estas dificultades selectivas del aprendizaje pedagógico se organizan en torno a Síndromes neuropsicológicos siendo los más importantes los de tipo disfásico, disléxico, disortográfico y discalcúlico. También pueden aparecer síntomas relacionados con la atención especialmente la que tiene que mantenerse durante periodos determinados de tiempo. En estos casos la inadaptación escolar se manifiesta a través de comportamientos patológicos, disruptivos o inhibitorios.

El pronóstico de este tipo de problemas es más incierto que el de los anteriores, ya que al menos teóricamente su etiología es más compleja y grave. En los últimos años se ha venido acumulando gran evidencia sobre la heterogeneidad de los PA y actualmente se considera que aunque los niños compartan una dificultad académica específica ya sea en Lectura, Escritura o Cálculo, el déficit o déficit's cognitivos subyacentes a dicha dificultad pueden variar significativamente ya en 1979 Azcoaga decía que determinados procesos de aprendizaje se sustentaban en las funciones cerebrales superiores: Praxias,

Gnosias y el lenguaje ("Sistemas funcionales complejos" de Luria). Las praxias son movimientos organizados, producto de procesos de aprendizaje previos, que tienden a un objetivo. En la práctica pedagógica principalmente las praxias manuales son las que constituyen la base funcional del aprendizaje de la escritura.

Las gnosias que también son el resultado de procesos de aprendizaje, se adquieren cuando se logra la capacidad de reconocimiento sensorio-perceptivo respecto de hechos externos al individuo. Las gnosias viso-espaciales son especialmente importantes en el aprendizaje de la lecto-escritura. El lenguaje tanto en la adquisición de fonemas como en la estructuración sintáctica y la capacidad de comprensión es un requisito indispensable para los procesos de aprendizaje pedagógico, tanto en Lecto-escritura como en Matemáticas. El aprendizaje de estos se sustenta en el Lenguaje, en las Praxias y en las Gnosias.

APRENDIZAJE DE LA LECTO-ESCRITURA Y CÁLCULO. (NIVEL AUTOMÁTICO)

<p>APRENDIZAJE DE LA LECTURA PROBLEMAS EN ESTAS ÁREAS (DISLEXIAS)</p>	<p>APRENDIZAJE DE LA ESCRITURA PROBLEMAS EN ESTAS ÁREAS (DISGRAFÍAS Y DISORTOGRAFÍAS)</p>	<p>APRENDIZAJE DEL CÁLCULO Y LAS NOCIONES MATEMÁTICAS PROBLEMAS EN ESTA ÁREA (DISCALCULIAS)</p>
<p>La lectura automática es una síntesis entre la capacidad de reconocer los elementos gráficos (visuo-espaciales) y los componentes de la lengua.</p> <p>LENGUAJE.</p> <p>Para que el niño pueda iniciar el aprendizaje de la lectura requiere de un lenguaje integrado</p> <p>Discriminar auditivamente fonemas que forman parte de su lengua y poder emitir estos correctamente. Utilizar un tipo de sintaxis y comprender las variaciones en la sintaxis de otros. Además de estar adquiriendo aspectos semánticos de acuerdo a su edad</p> <p>GNOSIAS VISUOESPACIALES</p> <p>El niño debe de contar con un "entrenamiento" para discriminar formas mediante la visión. Debe de poder reconocer, discriminar e identificar estas.</p>	<p>Es un sistema de praxias asimilado al código lingüístico por lo cual derivan 2 aspectos diferenciados uno es el gráfico y otro el ortográfico.</p> <p>PRAXIAS MANUALES. DISGRAFÍAS.</p> <p>Específicamente la capacidad gráfica propiamente dicha. Finura y precisión de los movimientos manuales</p> <p>LENGUAJE. DISORTOGRAFICO</p> <p>El aspecto ortográfico de la escritura, que no solamente se refiere a la ortografía tradicional sino a todo lo relacionado con la sucesión correcta de grafemas que la que va a permitir la inteligibilidad del código lingüístico.</p> <p>NOTA: El aprendizaje de la lectura y de la escritura se inician al mismo tiempo y cada uno tiene un papel reforzador sobre el otro.</p>	<p>DISCALCULIAS. GNOSICO Y PRAXICO.</p> <p>Las manipulaciones del niño sobre los objetos, su agrupación en colecciones, comparaciones, señalizaciones ayudan a la adquisición de las nociones matemáticas. Permiten el reconocimiento de las cifras y signos matemáticos y dan la posibilidad de ejecutar por escrito operaciones con ello</p> <p>LENGUAJE</p> <p>Gracias al lenguaje el niño puede pasar de los significados más concretos y directos a las nociones cada vez más abstractas y generalizadas.</p> <p>Las consignas, instrucciones, datos y enunciados de problemas requieren del lenguaje y la lecto-escritura.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En la actualidad las aportaciones de la pedagogía cognitiva, de la neuropsicología cognitiva y de la neurolingüística han permitido el diseño y la identificación en la lectura, la escritura y el cálculo de procesos que tienen una gran relevancia en la adquisición y desarrollo de cada una de estas habilidades.

PROCESOS PARTICIPANTES EN LA LECTURA (Cuetos 1990).	PROCESOS PARTICIPANTES EN LA ESCRITURA (Cuetos 1990)	PROCESOS PARTICIPANTES EN MATEMATICAS (siegel, 1988).
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Perceptivo. ➤ Módulo Léxico. ➤ Módulo Sintáctico ➤ Módulo Semántico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación del mensaje. ➤ Construcción Sintáctica ➤ Recuperación de elementos léxicos. ➤ Procesos Motores. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cálculo Aritmético. ➤ Aprendizaje mecánico como la memorización de números, en los trabajos escritos y/o en la coordinación motriz fina.

Los problemas específicos en el aprendizaje son una condición para toda la vida y se pueden manifestar de diferentes maneras durante los años escolares y a través de las diferentes etapas del desarrollo (Rourke y del Dotto 1992). Muchos niños con esta problemática pueden ser clasificados de manera diferente según su edad y nivel de desarrollo, estudios longitudinales realizados han demostrado que hay grupos de niños con PA que desarrollan rápidamente aspectos visuo-espaciales en contraposición a las habilidades relacionadas con el lenguaje y hay otro grupo de niños que les sucede a la inversa. Es importante que este enfoque evolutivo se coordine con la intervención psicopedagógica.

Las dificultades en el aprendizaje se manifiestan, fundamentalmente al enfrentar tareas de orden académico, por lo cual la identificación, diagnóstico e intervención ocurre principalmente en situaciones escolarizadas.

Los PA constituyen una entidad clínica diferenciable en un grupo de niños con problemas escolares (Rourke y Finalyson, 1978) y aunque contribuyen a un fenómeno más amplio que es el fracaso escolar no debe ser confundido con este, tradicionalmente ambos han sido considerados independientes.

La prevalencia estimada de estas dificultades aparece en la literatura oscilando dentro de un amplio rango que va de un 1% a un 30% en la población general, lo cual refleja las variaciones en las definiciones y criterios diagnósticos, pero el acuerdo a las investigaciones es más amplia esta en que se trata de un 2 a 3 %.

La proporción de niños suele ser mucho mayor que la de niñas estimándose una relación de 4 a 1 además de que se ha observado una mayor incidencia familiar de este tipo de trastornos, aproximadamente en un 40% de los casos existe un patrón familiar, un padre, hermano o algún miembro de la familia extensa presentan una dificultad similar.

Las consecuencias de estos problemas cuando no son detectados y tratados a tiempo son: la deserción escolar, el analfabetismo, la persistencia de problemas académicos al continuar con los estudios, el desarrollo de dificultades emocionales, la presencia de conductas antisociales en la adolescencia, la dificultad posterior para encontrar empleos acorde a sus necesidades, depresión, suicidio.

IV. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS

IV.I. LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.

El diagnóstico diferencial de los PA con respecto a otros trastornos próximos es importante, ante la presencia en un niño de una dificultad de aprendizaje y de otro problema, se deben clasificar ambos trastornos sabiendo que se trata de dos dificultades superpuestas p. Ej. En el caso del TDA actualmente se asume que este es un problema diferente al de los PA; ya que se entiende por TD aun trastorno que se caracteriza básicamente por inatención o falta de concentración , hiperactividad, impulsividad y agresividad; se presenta entre el 5 y el 17% de los niños en escuelas en México y en otros países . Hoy en día sabemos que este trastorno se presenta no solo en la infancia , como creíamos, en el sentido que creíamos que era una falta de maduración del SN, sino que continua en la adolescencia y en la edad adulta. Aunque durante su curso aparezcan limitaciones académicas que definitivamente pueden verse beneficiadas por el tratamiento psicopedagógico. La falta de atención, la impulsividad e incluso los problemas de conducta gobernada por reglas, son aspectos importantes que deben ser tomados en cuenta al momento de hacer el diagnóstico diferencial.

IV.II. LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS.

En el caso de la diferenciación entre los PA y los trastornos generalizados o difusos del desarrollo como es el Autismo o los Trastornos Generalizados del desarrolló no especificados, ésta no suele ofrecer mayor dificultad a menos que se trate de casos que se encuentren en los límites extremos de los PA más graves y los trastornos generalizados del desarrollo de mejor nivel, pero es importante recordar que en los PA las dificultades se presentan en áreas específicas mientras que en los otros tipos de trastornos los PA son generalizados, muy graves y principalmente en el caso del Autismo relacionados con otras causas como pueden ser el RM.

IV. III. RETRASO MENTAL, COCIENTE INTELECTUAL Y DESVENTAJAS CULTURALES.

El diagnóstico diferencial de los PA con respecto al retraso mental teóricamente no tendría porque ofrecer mayor complicación si tomamos en cuenta que existen pruebas psicométricas que sitúan la capacidad intelectual de los individuos dentro de determinados niveles los cuales estadísticamente resultan satisfactorios, pero estas pruebas intentan describir a una persona en términos de un número "mágico" sin tomar en cuenta que frecuentemente existen numerosas discrepancias individuales como puede ser el hecho de que una baja capacidad intelectual sea compatible con un nivel satisfactorio de razonamiento y a la inversa una capacidad intelectual normal pueda observarse en niños con un razonamiento insuficiente.

Los conceptos de Piaget aplicados al estudio del Retardo Mental enfocan el problema desde un punto de vista más fructífero ya que pone el énfasis de la valoración clínica en las determinación de las estrategias que utiliza el niño para resolver los problemas que se le presentan, tratando de comprender así la estructura de su razonamiento, más que las cifras totales correspondientes a su coeficiente intelectual. Piaget describe la actividad de los niños en términos de su llegada a cierta etapa de su desarrollo intelectual caracterizada por unos procesos específicos de conducta y pensamiento, así tenemos por ejemplo que: una persona profundamente retrasada es aquella que se ha detenido en la etapa sensorio-motora, una moderadamente retrasada es capaz de alcanzar solamente las etapas intuitivas y preconceptuales, la ligeramente retrasada no puede pasar más allá de las operaciones concretas y la que tiene un retraso límite se detiene en el umbral de los niveles más simples del pensamiento abstracto.

Para Inhelder la evaluación de los niños deficientes muestra la existencia de una constante fluctuación entre niveles de funcionamiento muy diferentes, el nivel preoperatorio, operatorio concreto e incluso el estadio sensorio- motriz se mezclan y entrecruzan, los niños parecen incapaces de desarrollar una estrategia operatoria coherente para enfrentar un problema y presentan bruscas lagunas en la organización de su pensamiento, en todos los casos parece bloqueado el acceso al nivel operatorio formal (12 - 16 años) que caracteriza al pensamiento adulto. En general existe un consenso acerca de la capacidad disminuida del retrasado mental para aprender, para adquirir conocimientos al mismo ritmo y en la misma cantidad que en los niños normales, las diferencias son pequeñas en las formas más elementales de aprendizaje, pero la distancia se amplía en proporción directa a la complejidad de los procesos de aprendizaje, la principal desventaja que se observa en ellos y que ya se mencionó es la que constituye su limitación para abstraer y generalizar a partir de su experiencia. Este último aspecto es muy importante sobre todo en su relación con el aprendizaje de la Lecto-escritura y el Cálculo ya que en los niños con PA es en la adquisición de estos instrumentos cuando se van a hacer evidentes sus dificultades muy específicas (dislexias, disgrafias, discalculias) que como ya se había mencionado pueden deberse a la alteración de uno o más de los diferentes procesos involucrados y en el niño con

RETRASO MENTAL independientemente de que estas adquisiciones se puedan ver o no entorpecidas por déficits sensoriales, perceptivos y/o síndromes cerebrales que frecuentemente se encuentran asociados con su problemática la dificultad más importante será que el grado de utilización de estos instrumentos cuya función primordial es la comunicación sea de forma meramente funcional. La Lecto-escritura evoluciona a expensas del Lenguaje pero en etapas del desarrollo del pensamiento considerablemente más avanzadas, este aprendizaje se inicia en la transición del segundo período preoperatorio o sea cuando es más importante el peso de los procesos neurofisiológicos (Lecto-escritura automática) mientras que en las etapas subsiguientes van a prevalecer francamente los aspectos psicológicos (lecto-escritura comprensiva) a los cuales al niño con RETRASO MENTAL le va a ser más difícil sino que imposible tener acceso.

En la deficiencia mental ligera y límite el criterio fundamental para caracterizar a estos niños es el bajo rendimiento escolar por eso se le considera en una mayoría de los casos como un problema educativo, la maestra es la primera en empezar a sospechar de su existencia y el pedagogo es el que la diagnóstica, con frecuencia no se consulta al médico ya que generalmente no tiene asociados otros desórdenes excepcionales que pudieran explicar su problema.

El desarrollo temprano de la mayoría de estos niños no suele distinguirse sensiblemente del desarrollo normal. Existe un máximo de frecuencia de esta dificultad entre los 10 y 14 años y más allá de estas edades se observa un importante decremento en el número de deficientes, esta disminución epidemiológica muestra como este tipo de RETRASO MENTAL se encuentra ligado a la escolarización, ya que muchas personas una vez que abandonan la escuela se suelen adaptar a la vida adulta sin muchos problemas y por consiguiente dejan de tener impedimentos en su conducta de adaptación.

Además del bajo rendimiento propio del descenso uniforme de estos niños en todas sus capacidades también se pueden encontrar discrepancias significativas entre diversas habilidades y procesos lo cual nos debe llevar a hacer el diagnóstico de dos diferentes tipos de trastornos por un lado un R M y por otro un PA, pero en el diagnóstico diferencial entre los PA y el R M límite o marginal los factores psicosociales son muy significativos ya que el R M es más frecuente cuando las condiciones socioeconómicas son bajas y la estimulación cultural aportada por el medio familiar es pobre Garrone y cols (citado por Ajuriaguerra) encontraron que existe una concordancia constante y sólida entre la deficiencia mental leve "sin causa orgánica" y las condiciones socioculturales desfavorables, en nuestro país como en otros países latinoamericanos e incluso en la minorías étnicas pertenecientes a los países ricos con frecuencia es difícil discriminar entre la deficiencia mental, las desventajas culturales y sociales y los PA así como saber que peso otorgarle a cada una de estas problemáticas dentro de las dificultades del rendimiento académico de cada niño, ya en el año de 1975 el Dr. Joaquín Cravioto y cols. reportaron en sus estudios sobre el desarrollo "normal" de niños principalmente

dentro de las comunidades indígenas diferencias importantes en una gran variedad de expresiones de la conducta de estos de acuerdo a su clase social, estas diferencias se mostraban tanto en los resultados arrojados por las pruebas psicológicas como en el empleo de las estrategias de aprendizaje, los niños que habían padecido desnutrición crónica no sólo veían afectado su desarrollo físico sino también el psicológico e intelectual mostrando dificultades para la abstracción y simbolización además de conductas impulsivas, otros investigadores señalan aspectos similares en el área de lenguaje, reportan que este se encuentra empobrecido, con una baja capacidad de conceptualización y escasez de proposiciones relacionales, todo lo cual va a dificultar la organización del pensamiento haciéndolo más lento e incompleto en su transición de lo concreto a lo abstracto, por lo cual es necesario que los niños se tomen más tiempo para realizar algunas actividades, además de tener una mayor propensión a la distracción. Generalmente los padres de familia no pueden funcionar como patrones de identificación adecuados en lo referente a hábitos de estudio y aprendizaje y estos niños desconocerán el estímulo del éxito individual además de no encontrarse en condiciones de afrontar la competencia. No se quiere decir con todo esto que la pobreza por sí sola sea la causa del bajo rendimiento pero sí que las circunstancias que la acompañan contribuyen a ello por poner a los niños en desventaja frente a la situación escolar.

En el caso del R M moderado, grave o profundo estos si son considerados generalmente como problemas que requieren de una intervención de tipo médico ya que este es el que va a determinar el tipo de dificultad que el niño tiene: si sufrió una lesión al momento de nacer, si tiene un trastorno.

La mayoría de los individuos con CI inferiores a 50 si se caracterizan por alguna anomalía biológica específica. Esta problemática si se encuentra repartida de manera muy similar en los diferentes estratos socioeconómicos con una proporción ligeramente superior en los grupos de familias de bajos ingresos.

Es así que concluimos este apartado con un breve resumen del RM el cual es una capacidad intelectual inferior a la media o promedio, desde el nacimiento o desde la primera infancia, que se manifiesta por una alteración del desarrollo, problemas de aprendizaje y dificultad en la adaptación social. Se estima que el 3% de la población tiene una RM (subnormalidad), con un cociente intelectual (CI) menor de 69, pero sólo del 1% al 1,5% de la población son considerados como deficientes mentales.

Se han definido cuatro grados de RM. Puede ser leve (CI de 52 a 68), moderada (CI de 36 a 51), grave (CI de 20 a 35) o profunda (CI menor de 20). Los pacientes con afectación leve constituyen el 75% de los pacientes con RM y a menudo no se distinguen de los niños con plenas facultades mentales hasta que empiezan a ir a la escuela. En general estos niños pueden seguir parte del

programa educativo, aunque a un ritmo más lento que el resto de los niños, y en la edad adulta suelen conseguir mantenerse por sí mismos si reciben ayuda en momentos puntuales. No suele haber síntomas o signos físicos relevantes, salvo una incidencia de ataques de epilepsia ligeramente superior a la del resto de la población. Otro 20% de los individuos con RM tienen una afectación moderada. En la edad adulta pueden llegar a trabajar como personal no cualificado o semicualificado, en condiciones precarias. Los deficientes mentales con afectación severa sólo consiguen desarrollar un lenguaje primitivo y tienen grandes dificultades de comunicación. Precisan supervisión continua, aunque en general son independientes para sus necesidades diarias, mientras los pacientes con RM profunda precisan cuidados de enfermería.

Existen muchos factores que son causa conocida de RM. Entre ellos están las infecciones de la madre durante el embarazo (como la rubéola), las lesiones químicas (como las intoxicaciones por plomo o el síndrome del alcohol fetal), los traumatismos (sobre todo craneales), las alteraciones del metabolismo (como la fenilcetonuria o la enfermedad de Tay-Sachs), las enfermedades cerebrales (como la neurofibromatosis o el cáncer), los procesos prenatales de causa desconocida (como la hidrocefalia), los bebés prematuros, las alteraciones cromosómicas (como el síndrome de Down), los trastornos del comportamiento (como el autismo) o las influencias ambientales (como la malnutrición o la falta de estímulos). Las alteraciones mentales que aparecen en la fenilcetonuria pueden prevenirse si se eliminan de la dieta ciertos componentes antes de que se produzcan lesiones cerebrales irreversibles.

Uno de los principales objetivos, en el tratamiento de los pacientes con RM, es conseguir el desarrollo óptimo de sus facultades; deben tenerse en cuenta sus intereses individuales, sus experiencias personales y sus recursos disponibles. Otro objetivo es conseguir la adaptación social y la incorporación a la vida normal. Es muy importante que los pacientes con algún grado de RM reciban una educación especial, a ser posible desde la infancia. Los resultados de los programas de educación especial son espectaculares, por lo que también se aplican a los de RM profunda. El pronóstico de los pacientes con RM tiene más relación con la edad de comienzo y la intensidad del tratamiento, la motivación personal, las posibilidades de educación o las condiciones médicas o ambientales que con el grado de alteración mental. Con un programa de actuación precoz y la disponibilidad de sistemas de apoyo, muchos pacientes con RM han llegado a ser miembros útiles de la sociedad. Este enfoque permite a algunos pacientes alcanzar una vida independiente, o al menos los alberga en un ambiente más protegido. Incluso los pacientes cuya discapacidad requiere cuidados permanentes se benefician de los programas de reeducación y estimulación.

V. DETECCIÓN.

El desempeño más importante que tienen que realizar los niños en la etapa escolar es el desempeño adecuado de sus actividades académicas así como la adaptación e interacción social en su escuela, la forma en que logren desempeñarse en estos aspectos de su vida va a ser determinante para su conducta posterior.

Los problemas en el aprendizaje son uno de los principales motivos de consulta con los especialistas en salud mental y en los últimos años estas dificultades se han constituido en un problema de gran importancia ya que pueden representar en la vida de los niños el principio de una larga lista de dificultades como pueden ser:

La deserción escolar, el analfabetismo, la persistencia de problemas académicos al continuar con los estudios, el desarrollo de dificultades emocionales, la presencia de conductas antisociales en la adolescencia y la dificultad posterior para encontrar empleos acordes a sus necesidades. Por eso es de suma importancia que este tipo de trastornos se identifiquen lo antes posible.

La forma típica de identificación y referencia en la mayoría de los casos generalmente es llevada a cabo por los maestros regulares, quienes son los primeros en percatarse de las dificultades del niño debido a la interacción cotidiana que mantienen con él dentro del salón de clases, teniendo la posibilidad de observar dentro de su ambiente natural una gran variedad de conductas manifestadas por ellos.

La información obtenida a través de la detección permitirá tomar una dirección específica hacia el conocimiento del problema y proporcionará una guía para la evaluación ya que permitirá entre otras cosas seleccionar las pruebas adecuadas para valorar el problema de que se trate.

Los niños cuyas dificultades son detectadas lo antes posible se encuentran en mejores condiciones para llevar a cabo sus procesos de aprendizaje (escolar) y evitar así las consecuencias emocionales del fracaso escolar, además de que también se logra a que no se desarrollen hábitos incorrectos de aprendizaje los cuales tienden a reforzarse con el uso y acentuarse cuando el niño, se encuentra bajo situaciones de "stress".

Como ya se habla mencionado antes los PA se manifiestan principalmente cuando el niño tiene que enfrentar tareas de orden académico, pero ya en etapas anteriores de su desarrollo es posible identificar una serie de circunstancias que pueden ocasionarle en el futuro sino necesariamente un problema de aprendizaje si dificultades de bajo rendimiento escolar, ya que

este tipo de situaciones le pueden provocar limitaciones en una o más de sus capacidades o procesos fundamentales. Por eso es de suma importancia que desde los primeros meses de vida de los niños se este muy pendiente de cualquier interrupción, cambio o identificación en cualquier aspecto de su desarrollo, si tiene el caso por ejemplo de los niños que desde el mismo momento de su nacimiento son considerados como de alto riesgo y han tenido que ingresar a unidades neonatales de cuidados intensivos, estos niños deben ser evaluados a intervalos regulares, otro factor de riesgo lo incluyen las condiciones de tipo médico como diagnósticos de infecciones crónicas de oído, factores biológicos como el síndrome de alcohol fetal, defectos neurológicos como parálisis cerebral o desórdenes del desarrollo como retrasos del lenguaje. Hay otros niños que obviamente no tienen factores de alto riesgo pero que deben ser evaluados si su habla y lenguaje no son similares a los de otros niños de su misma edad., un trastorno o retardo en cualquier función del desarrollo perjudicará el ajuste del niño a su ambiente así como las posibilidades que tenga de aprender al mismo ritmo que el resto de sus compañeros además de la influencia que esto tendrá sobre sus funciones psicológicas. Cuando los niños van a iniciar la instrucción escolar es muy importante que se encuentren plenamente maduros ya que hay que tener presente que un coeficiente intelectual elevado no necesariamente implica la madurez suficiente para ingresar a la escuela primaria, la inteligencia y la madurez son dos funciones separadas que se pueden desarrollar de manera independiente. El CI solo puede funcionar con eficacia cuando esta integrado a un desarrollo adecuado tanto de la conducta emocional como social en general.

Hay que tomar en cuenta que estos niños que están empezando el aprendizaje formal de la lecto-escritura y el cálculo van a experimentar en su propio proceso de aprendizaje dificultades similares a las que se estudian ya como síntomas en las alteraciones del aprendizaje solo que en el caso de los niños "normales" estas alteraciones duran muy poco tiempo mientras que en los niños con dificultades estas se estabilizan con el tiempo, de todas maneras estas conductas no deben ser vistas de forma aislada, siempre deben ser consideradas dentro de un contexto más amplio donde se trate de comprender al niño dentro de su entorno familiar y social.

A continuación se presentan una serie de conductas que de acuerdo a la frecuencia, intensidad y persistencia con que se presenten pueden ser indicadores de la necesidad de llevar a cabo una evaluación para determinar un posible retraso o retrasos en el desarrollo o una dificultad específica de aprendizaje.

V.I. ETAPA PRE ESCOLAR

Empezó a hablar más tarde que la mayoría de los niños.

Tiene problemas en la pronunciación de las palabras.

El desarrollo de su vocabulario ha sido lento, frecuentemente es incapaz de encontrar la palabra correcta.

Tiene problemas para comprender lo que escucha.

Muestra dificultad para seguir instrucciones simples.

Se muestra torpe para llevar a cabo correctamente actividades de autoayuda: vestirse, amarrarse las agujetas, tomar la cuchara, etc.

Tiene problemas para distinguir colores y formas.

Se cansa rápidamente.

Muestra dificultad para recordar lo que ve.

Toma mal el lápiz, y le cuesta mucho trabajo dibujar, iluminar recortar y pegar.

Se cae o tropieza con facilidad.

Juega solo o con compañeritos más pequeños.

Es demasiado inquieto y distraído.

Tiene reacciones indiscriminadas, en un momento dado puede reírse mucho sin motivo aparente y al instante siguiente está llorando.

V.II. PRIMEROS AÑOS ESCOLARES.

No discrimina derecha e izquierda en el mismo.

Tiene dificultad para escribir en el tamaño del espacio proporcionado en la hoja de trabajo.

Pronuncia las frases desorganizadamente.

Se tarda mucho para aprender la relación entre las letras y sus respectivos sonidos.

Consistentemente comete errores al deletrear o leer, incluyendo rotación de letras (b/d) inversiones (m/w) transposiciones (sal x las) y sustituciones (salero x valero).

Confunde palabras que se parecen visualmente (gato x pato).

Altera la secuencia de los números (21 x 12, 68 x 86) y/o confunde los signos aritméticos (+, x).

La forma de sus letras es irregular.

No toma en cuenta los signos de las operaciones al momento de realizar estas, suma donde debería de restar.

Evita escribir ya sea copiar o tomar dictado.

Se le olvidan mucho las cosas que ya había aprendido.

Omite palabras o líneas enteras cuando lee o copia del pizarrón

Tarda para aprender nuevas habilidades o destrezas.

No puede nombrar secuencias comunes (días de la semana, meses del año, etc.)

Trabaja muy despacio.

V.III. GRADOS AVANZADOS.

Continúa con dificultades para deletrear y escribir las palabras ortográficamente bien. Una misma palabra la escribe de diferentes formas en un mismo renglón.

Evita tareas de lecto - escritura.

Tiene dificultades para resumir.

Le cuesta mucho trabajo contestar exámenes de preguntas abiertas.

Tiene problemas para captar conceptos abstractos.

Se le dificulta el trabajo gráfico y los mapas.

Pone muy poca atención a los detalles o por poner tanta atención a unos olvida otros también importantes.

Interpreta mal la información.

Obtiene mejores calificaciones en los exámenes orales que en los escritos.

Aún no logra memorizar las tablas de multiplicar.

Le cuestan mucho trabajo las divisiones.

No sabe utilizar correctamente el diccionario, índice o glosarios.

No puede estudiar solo.

Muestra dificultad para hacer amigos y/o mantenerlos.

Se junta con los niños más problemáticos de su salón.

VI. INTERVENCIÓN.

El desarrollo de programas de atención para niños con PA ha ido desde pensar que se requiere de un programa específico para cada niño hasta aplicar un mismo programa a todos los niños de un grupo sin tomar en cuenta el área del problema: lectura, escritura, etc. e incluso las manifestaciones comportamentales específicas. Esto último da como resultado que métodos de intervención que pudieran ser eficaces para un subgrupo aparezcan como ineficaces al ser aplicados en forma generalizada.

VII. DIFERENTES APROXIMACIONES TEÓRICAS PARA LA INTERVENCIÓN.

La aplicación de un programa determinado a los niños con PA está en relación con el marco teórico que subyace a la concepción del desarrollo de este tipo de niños, la primera pregunta que debe uno plantearse antes de determinar que enfoque terapéutico se debe seguir es si un niño con PA sigue la misma secuencia en el aprendizaje que un niño normal, si la respuesta es afirmativa el trabajo con estos niños deberá apoyarse en las mismas técnicas que se emplean en las escuelas regulares, sin embargo esto que se ha utilizado como estrategia principal desde hace muchos años no siempre ha conllevado a los resultados deseados.

En general se reconocen dos abordajes o líneas teóricas que subyacen a la atención de niños con PA citados por Matute (Ostrosky – Solís 1996:287).

Una es la hipótesis de secuencia similar (Weitz y Zigler 1979) la cual sugiere que los niños deficientes y los no deficientes difieren en términos de rapidez y nivel absoluto en el desarrollo cognitivo, la secuencia en la adquisición es invariable. Se dice que la organización del Sistema Nervioso Central en los niños con PA esta menos madura que la de los niños sin problemas, pero que no es fundamentalmente diferente.

El segundo modelo que es el modelo de Déficit (Galaburda, Rourke, Satz). Déficit Neurológico (Denckla 1979) sugiere que la organización cognitiva es fundamentalmente diferente en los niños con PA y los que no tienen. Este es el modelo más empleado en la investigación sobre PA y se basa en los hallazgos realizados en el adulto con lesión cerebral. Este modelo se apoya en los hallazgos de Galaburda donde se presume de la existencia de una modificación a nivel de estructuras cerebrales.

En sí, ninguno de los dos modelos es operante en todos los casos de niños con PA siendo probable que ninguna de las dos teorías de una conceptualización adecuada a los mecanismos subyacente a esta incapacidad. Hay una evidencia clínica pobre para la primera teoría y en la segunda los cambios ocurridos durante el desarrollo no son tomados en cuenta ya que hace referencia a síndromes neurológicos del adulto y en el niño nos encontramos ante un sistema inmaduro pero que ya por varios años ha presentado por el mismo y en relación con la estimulación ambiental en general una reorganización funcional.

En la actualidad el modelo de Luria resulta prometedor para orientar neuropsicológicamente los principales problemas que se plantean en el ámbito escolar como son los PA, este enfoque fue uno de los primeros en dominar el campo, sobre todo en la primera etapa de la historia de los PA (1800-1963) pero ahora se trata de toda una línea de aportación científica muy fructífera tanto en lo que se refiere a evaluación, diagnóstico como intervención. Tanto Rourke como sus colaboradores han venido trabajando en esta línea desde hace 25 años.

Luria nos dice que el aprendizaje de la lecto-escritura y el cálculo descansa sobre constructos cognitivos diferentes en relación con el desarrollo y el dominio de estos aprendizajes, es de esperarse que ciertas estructuras neurológicas entren en función en un momento del desarrollo y otras en un momento posterior p. Ej.: en el caso de la lectura en una primera etapa esta depende más de recursos perceptivos-motores y en un segundo momento de análisis secuencial y funciones lingüísticas. Dentro de este enfoque es posible que la presencia de un PA altamente incapacitante para un niño pequeño sea más sutil en etapas de desarrollo posterior cuando se haga un llamado a estructuras neurológicas y comporta mentales diferentes a medida que se accede a niveles de desarrollo superiores, o bien, problemas que pasan

desapercibidos en edades tempranas resultan incapacitantes en edades tardías. Los principios de localización tienen un carácter crono genético por su vinculación a las etapas de desarrollo psicológico.

Como la teoría de Skinner dice, todo esfuerzo debe traer consigo una recompensa. Esto significa que después de cada actividad que los alumnos realizan, después de que se discutió y contrastó un tema, después de que se logró el objetivo planteado con anterioridad, el maestro deberá dar el reforzamiento correspondiente, para que el alumno continúe trabajando y superándose. Este refuerzo puede ser una felicitación, calificaciones, etc.

Si ponemos como ejemplo un alumno con pa de primer grado podemos observar: a la primera campanada los alumnos deben entrar a la escuela, a la segunda campanada los alumnos deben estar en sus filas de grupo en silencio. Las primeras horas se le dedican a español y matemáticas. los alumnos se deben ubicar por sí solos en donde quedaron en la última clase. Pasados la hora comienza la de lectura y luego la de ortografía. posterior a esto suena otra campanada que les permite a los alumnos salir al patio de juegos. de esta manera todo el salón de clases ha sido mecanizado de manera que necesitan muy poca supervisión por parte del maestro y otros miembros del colegio. la falta de motivación por parte del maestro para brindar individualización a cada uno de sus alumnos, en vez de tratarlos como un salón de clases empeora la situación de un alumno con PA.

Este enfoque neuropsicológico se ha integrado con el meta cognitivo que ha derivado de la psicología del desarrollo y la psicología cognitiva. el énfasis de este enfoque se pone en el hecho de que el aprendizaje debe de quedar bajo el control del aprendiz, la enseñanza debe orientarse a desarrollar en los niños el ejercicio de la autoconciencia de los esfuerzos aplicados deliberada y estratégicamente al aprendizaje de un contenido dado, Kiernan 1981 (citado por Manga y Ramos 1991) afirma que los métodos de la Psicología Cognitiva son enormemente prometedores para el estudio de la capacidad y la discapacidad en neuropsicología considerando que es esencial un conocimiento más detallado de los procesos cognitivos básicos para progresar en la comprensión de las relaciones cerebro conducta.

VII.I. Dentro del programa de terapia se observan 3 líneas principales:

VII.I.I. Una que hipotetiza que el éxito de la atención estriba en el trabajo sobre el propio déficit descompensatorio, es la línea más desarrollada y consiste en localizar de manera precisa el déficit dentro de la función afectada para posteriormente trabajar de manera específica sobre este, Reitan (1984) (citado en Manga y Ramos 1991) es partidario de centrar las estrategias de intervención en las áreas deficitarias (puntos débiles) dice que la potenciación de los puntos fuertes.

VII.I.II. Otra sugiere que los niños con PA tendrán mejor desempeño cuando se les enseñe a través de métodos que utilicen sus áreas fuertes, sustitución para el desarrollo de una capacidad determinada, un enfoque de este tipo no mejora el desempeño de la capacidad afectada ya que nada más trata de suplir la capacidad.

VII.I.III. Por último una tercera que pone el énfasis en las reflexiones que el niño pueda hacer para realizar su propia ejecución dándole la posibilidad para que el mismo cuide y perciba su desempeño.

Existe también el enfoque educativo que proviene del Análisis Conductual aplicado y que en vez de enfatizar "lagunas" y "potencialidades", les da prioridad a los principios educativos y de aprendizaje así como a las necesidades instruccionales de los alumnos con PA, por lo cual se caracteriza por enseñar habilidades que ayuden a estudiar, planificar sus actividades de aprendizaje, a retener la información relevante de las tareas escolares y que puedan generalizar a otras actividades relacionadas con la escuela.

Otro punto importante a considerar dentro del abordaje, es que anteriormente dentro del modelo de proceso básicos (atención, memoria, secuenciación, procesos auditivos, visuales, motores, atencionales, etc). La intervención se realizaba directamente sobre estos procesos ahora enfatizados como proceso cognitivos pero a partir de los años 80s, se decide que es mejor evaluar directamente las habilidades académicas y desarrollar programas correlativos de instrucción directa, enseñando lectura, escritura y/o matemáticas, entonces actualmente se trabajan los procesos cognitivos pero con materiales de instrucción directa, sea que más apegados al trabajo escolar.

Lerner (1988), dice que en la medida en que las actividades de intervención se focalicen en la enseñanza de los aspectos académicos deficitarios, sea en cuanto conducta externa, sea en cuanto a los procesos y subprocesos cognitivos que contienen y que se entrenaran sobre materiales directos ya sea de lectura, escritura y/o cálculo, la eficacia y posibilidad de superación de los PA serán mejores.

Al hablar de intervención en cualquier tipo de conducta siempre hacemos referencia a un conjunto de estrategias o técnicas de carácter correctivo dirigido a lograr una serie de objetivos que no se han implantado dentro de un proceso educativo normal. Dada la complejidad de la adquisición de la Lecto-escritura y el Cálculo y la variedad y diversidad de modelos que intentan explicarla, existen distintos tipo de intervenciones según tengamos en cuenta objetivos, estrategias, finalidad de la misma y modelos teóricos explicativos que subyacen a toda intervención. De cualquier forma la elección de la estrategia no es tarea fácil y el acierto estará en elegir aquella que se ajusta a la problemática de cada sujeto y así elaborar un plan adecuado de intervención al objetivo de resolver o minimizar el problema o trastorno.

La acción educativa intentara remediar las dificultades de aprendizaje, lo que incidirá en imposibilitar los efectos sociales (minusvalía), se parte de un grado considerable de heterogeneidad inicial (en el caso de las dificultades de aprendizaje más graves) para llegar a una homogeneidad grande al final del proceso de desarrollo, del proceso educativo o de otros procesos de integración social, laboral, etc.

Finalmente se consiguen personas que a pesar de presentar PA sean útiles a la sociedad y pueden disfrutar de la misma calidad de vida que el resto.

En determinados casos los PA pueden ser tan penetrantes que no es posible "erradicarlos", pero si se pueden compensar, habrá niños cuyas necesidades educativas especiales sean permanentes y otras solamente transitorias.

En la evaluación psicopedagógica se requiere de pruebas tanto psicométricas como no psicométricas, dentro de las primeras se encuentran todas aquellas que han sido estandarizadas y las segundas son aquellas que incluso pueden ser elaboradas por el mismo terapeuta. La evaluación consiste en determinar la forma de aprender del niño en condiciones normales, sus funciones actuales y sus logros en varios campos, así como la exploración de su capacidad para el dominio de nuevos conocimientos y el descubrimiento de los obstáculos que pueden aparecer en forma de deficiencias específicas, todo esto nos conduce a obtener un perfil total de sus habilidades y sus necesidades particulares de instrucción.

Cuando el tratamiento se inicia antes de que el niño sepa leer y escribir (en la etapa preescolar) se puede hablar de una terapéutica evolutiva que consiste en desarrollar las áreas sensorio-perceptuales y motoras deficientes con el fin de darle al niño las bases que lo ayudaran posteriormente a adquirir los elementos de la lecto-escritura, esta terapéutica evolutiva puede continuar paralelamente una vez que el niño ha ingresado a la escuela primaria, pero añadiendo un método específico para la enseñanza de la lecto-escritura, posteriormente se puede hablar de una terapéutica correctiva la cual se refiere a la corrección de los errores típicos de los niños con PA.

A medida que el niño se desarrolla puede superar alguna de sus limitaciones cognitivas, pero al mismo tiempo manifiesta otras en cuanto aborda materias escolares más difíciles, por eso el terapeuta siempre debe estar preparado para cambiar de técnicas a medida que el niño crezca.

Por lo tanto podemos concluir como ya se había dicho anteriormente ninguna técnica terapéutica es apropiada para todos los niños y ningún niño puede aprender igualmente bien con todas las técnicas, es irreal pensar que alguna medida terapéutica por sí sola modifique la capacidad de aprendizaje. Toda

posibilidad terapéutica tiene límites propios y estos deben ser vistos con la misma objetividad con la que se plantea el tratamiento.

Una terapia efectiva necesita estar apoyada por actitudes hacia el niño por parte del maestro, la familia y otras personas que tomen en cuenta su problemática y las características de personalidad que se requieren para resolverla.

La personalidad y la motivación son variables tan importantes como el CI en la predicción de la adaptación, ajustes vocacionales, residenciales y sociales. Para planear una intervención adecuada es preciso tener en cuenta los cambios que ocurren a lo largo del ciclo vital de los individuos; así como los intereses de cada etapa en específico, en el caso de los niños pequeños estos se concentran más en sus juegos, posteriormente podrán ir interesándose poco a poco en sus estudios, en la adolescencia les preocupa más la participación grupal y social y más adelante la actividad laboral. Si se piensa intervenir en las dificultades de aprendizaje por ejemplo de los adolescentes las actividades no pueden ser las mismas que con los niños de educación primaria independientemente de que las áreas y temas a trabajar pueden ser las mismas; ya que entendemos que los intereses de los niños no serán iguales a los de los adolescentes que se encuentran en la etapa de descubrimiento del sí identidad psico sexual, las alianzas grupales y los modelos e ídolos cambian (ejemplo, Juan de 8 años admira a sus padres y a Bob Esponja, le encanta el canal nickelodeon y escucha a un grupo llamado la factoría, mientras que Raul de 15 años admira a Ego y a Alejandra Vogue le gusta el canal Sony y escucha a un grupo llamado Reimstein).

Es así que les podemos poner la misma actividad a estos dos usuarios pero deberemos tomar en cuenta sus gustos y aficiones para que la misma los inmersa y les vuelva atractiva la actividad.

VIII. LOS ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

En el nivel bachillerato las demandas curriculares suelen ser más exigentes, los maestros están más preocupados en como proporcionar los contenidos de sus materias mas que en la forma en que sus alumnos logren adquirirlos. Los adolescentes con PA continuamente tienen que confrontar su fracaso ya que cada vez se preocupan más por el momento en que terminen su escuela y su futuro laboral, lo cual les ocasiona un mayor stress emocional y social, por eso es de suma importancia que se les proporcione una guía u orientación vocacional para que posteriormente puedan tomar decisiones de este tipo Lerner (1988).

En el trabajo con adolescentes se han enfatizado las técnicas metacognitivas que los enseñan a como "aprender a aprender" lo cuál implica que "dirijan" sus propios procesos cognitivos, que aprendan a trabajar con conceptos cada vez

más abstractos necesarios para su trabajo académico, que aprendan a cuestionarse ellos mismo y organizar sus pensamientos, que relacionen e integren los materiales nuevos que están tratando de aprender con la experiencia y conocimiento que ya poseen.

La coincidencia de una etapa concreta del desarrollo como la adolescencia que ha sido mitificada como "muy problemática" con un PA puede dar lugar a dificultades en las habilidades sociales. Una confirmación de esta problemática son las tasas de suicidio en los adolescentes que producen una gran consternación e impacto social por su "aparente incompreensión" por parte de los adultos, padres y profesores. Berman y Jobes, 1991 (citados en García Nicasio j. 1997).

Para los adolescentes la participación grupal y social es fundamental y esta interacción exige del dominio del lenguaje y de las habilidades comunicativas por eso los PA que interfieran con la expresión socialmente adecuada de la frustración, la agresividad y/o los conflictos puede ocasionar manifestaciones emocionales y conductuales. Hay problemas específicos en el aprendizaje que implican dificultades complejas tanto en el uso como en la comprensión de algunos aspectos del lenguaje como por ejemplo: metáforas, dobles sentidos, ironías, chistes, etc. lo cual puede hacer parecer a estos jóvenes que las padecen como: turaños, mal educados, antipáticos, lo cual les ocasiona sentimientos de soledad, incompreensión y angustia. La intervención particular en estos casos debe dirigirse desde el punto de vista psicopedagógico a promover un mejor desarrollo de las habilidades comunicativas y lingüísticas trabajando con estrategias compensatorias y de ser necesario con algún tipo de intervención psicoterapéutica para las consecuencias de estos problemas en su personalidad y relaciones sociales Bergman 1987 (citado en García N. 1997).

IX. ADULTOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

Osman B. (1994) dice que en nuestra sociedad hasta hace poco tiempo no se tenía mayor conocimiento sobre aquellos adultos para quienes el aprendizaje escolar les había representado un gran esfuerzo, por lo cual no existen mayores precedentes sobre esto, siendo apenas en la actualidad, cuando las primeras generaciones de niños con PA han llegado a la edad adulta y entonces se han percatado de sus propias dificultades cuando algunos de ellos han tenido hijos con problemas muy similares que han sido claramente identificados como PA.

En general se ha observado que estas personas pueden ser miembros productivos de su sociedad a pesar de su inhabilidad para la ortografía, para la lectura o de su dependencia de una calculadora de bolsillo, muchos de estos casos demuestran como el hecho de no poseer destrezas académicas no necesariamente tiene porque interferir en su vida adulta si se logran hacer las adaptaciones y compensaciones necesarias, para estas personas los años más difíciles fueron los de la escuela pero finalmente lograron encontrar actividades

donde sus problemas se han minimizado y esto les ha infundado seguridad y confianza en sí mismos, desgraciadamente para otros sus frustraciones ocasionadas por sus dificultades en el aprendizaje les han ocasionado rabia y desilusión, manifestando aún rasgos conductuales característicos de los niños con PA como volubilidad, inquietud, impulsividad y dificultad para hacer y mantener sus relaciones sociales. Tienen una imagen pobre de sí mismos y expresan sentimientos de infelicidad e insatisfacción.

Aschcraft y Faust, 1994 (citado en García N. 1997) nos dicen que en algunos tipos de PA, específicamente en las dificultades de matemáticas las personas adultas llegan a desarrollar una especie de condicionamiento aversivo frente a estas tareas y desarrollan trastornos emocionales y ansiedad excesiva.

X. PROBLEMAS EMOCIONALES.

A pesar de que tanto la personalidad como la motivación vienen siendo variables tan importantes como el CI en la predicción de la adaptación, ajustes vocacionales y sociales, el estudio de los factores de la personalidad, su estructura y desarrollo en relación con las dificultades de aprendizaje, es el aspecto menos estudiado en contraposición con los cognitivos y con las estrategias utilizadas.

Algunos autores como: Forness. 1981, Hunt y Cohen 1984 y Rutter et. al. 1970. Silver (1989) encontraron en estudios de niños y adolescentes con desórdenes de la conducta y adultos con desórdenes de la personalidad especialmente del llamado tipo límite (Borderline) un tercio de esta población también tenían problemas de aprendizaje que nunca habían sido tratados, algo similar encontraron Berman y Siegal, 1976, Keilitz, 1979, Lewis et. al. 1979, 80, Robbins, et. al., 1983. Silver (1989), con jóvenes adolescentes en centros de detención o rehabilitación para la delincuencia.

No obstante estas investigaciones, no existen datos consistentes sobre la prevalencia de tipos de problemas emocionales encontrados en niños y adolescentes con PA. Por eso es muy importante tratar de identificar cuando menos en primera instancia si los problemas conductuales son causa o síntoma, si los problemas conductuales son los que están ocasionando la dificultad académica (se puede tratar de niños con disturbios emocionales) o si los problemas emocionales son consecuencia de las dificultades académicas y resultado de las frustraciones y fracasos, cada diagnóstico permitirá una intervención terapéutica diferente, Silver (1989) dice que es importante considerar un tercer tipo que son el de aquellos niños y adolescentes en que los aspectos emocionales o conductuales pueden ser una característica propia, un estilo que tiene esta población con PA y/o TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (que posee un sistema nervioso inmaduro) para enfrentar las situaciones de la vida diaria.

Muchos niños ante las experiencias frustrantes de la vida actúan tratando de

evitar el stress; y esto lo pueden lograr actuando de tres maneras diferentes:

Con una reacción de rechazo, evitando cualquier situación potencialmente frustrante o incierta, se retiran y se vuelven pasivos.

Otra regresando a etapas anteriores de su desarrollo psicológico o social, interactuando de manera inmadura o muy infantil con adultos y compañeros y mostrando conductas correspondientes a niños de menor edad.

Y otra es desarrollando reacciones de miedo o ansiedad ante situaciones relacionadas con la escuela, hay niños que desplazan el motivo de su angustia sobre alguna parte del funcionamiento de su cuerpo y pueden desarrollar quejas somáticas: Dolores de cabeza, diarreas, ganas frecuentes de ir a orinar, etc. Estas quejas aparecen casi exclusivamente en los días de escuela por la mañana, desapareciendo la molestia cuando se les permite quedarse en casa. La molestia es cierta y es producida por la tensión nerviosa. Silver (1982). Muchas veces la preocupación que muestran por su funcionamiento corporal se generaliza mortificándose continuamente por un posible daño que puedan sufrir convirtiéndose a veces estas quejas en racionalizaciones para sus fracasos. Estos niños pueden proyectar sus sentimientos y pensamientos negativos en personas, situaciones y objetos relacionados con la escuela por ejemplo los maestros no los quieren, los niños son tusca pleitos, etc. También algunos de ellos pueden usar sus diagnósticos como excusas para sus problemas.

Otros muchos no pueden desarrollar defensas exitosas y por lo tanto pueden presentar síntomas muy parecidos a los de la depresión, los cuales se pueden traducir en irritabilidad y agresividad para otras personas. Algunos de ellos pueden llegar a tener conductas autodestructivas o incluso suicidas. Silver (1989).

Los niños también pueden tener problemas para tratar con su coraje debido a las expectativas "injustas" que se han puesto sobre ellos, su inhabilidad para desenvolverse en algunas áreas y por el continuo esfuerzo que tienen que poner en su trabajo y que no necesariamente se ha visto recompensado Vázquez R. C. (1989) a veces escogen formas indirectas para manifestar este enojo volviéndose pasivo-agresivos y también pasivo-dependientes.

Otra forma que también tienen de manejar su stress es convirtiéndose en los bufones o payasos del salón, siendo esta una manera de controlar su sentimientos de inadecuación, cubrir sus carencias de falta de valor y sentimientos depresivos.

Generalmente los niños con PA tienen dificultades en sus habilidades sociales, los padres y maestros se quejan de que no tienen amigos y cuando llegan a

tenerlos muestran dificultades para mantenerlos. El PA puede contribuir directamente a que esto suceda ya que son niños que han tenido problemas para llevar a cabo actividades correspondientes a las de compañeros de su misma edad, son niños que no han podido expresarse correctamente, realizar un deporte o actividad física, como andar en bicicleta, patinar, etc. no han podido jugar exitosamente con compañeros y por eso muy frecuentemente algunos prefieren jugar con niños más pequeños, parece como si intuyeran en que grupo de edad se llevan a cabo actividades que ellos puedan realizar. En los niños con PA se ha señalado que los intentos de realización o dominio de las tareas donde intervienen sus habilidades deficientes producen sentimientos de frustración, en vez de la construcción de sentimientos de autoestima, se produce en ellos una actitud de desprecio y minusvalía hacia sí mismos ya que no pueden ser estimuladas las respuestas "normales" de aprobación por parte de los padres, esto ocasiona que estos niños no reciban las satisfacciones normales de reconocimiento, logro y afecto debido a sus características de inconsistencia e impredecibilidad. Vázquez R. C. (1989).

Una autoestima pobre se encuentra relacionada con un decremento significativo en la obtención de logros, es decir que un niño devaluado hace las cosas en un nivel inferior a lo que se esperaría de él por sus capacidades, siendo esto un círculo vicioso en el cual caen con frecuencia los niños con PA. Los sentimientos que tienen hacia ellos mismos en gran parte son derivados de sus actitudes acerca de su propia conducta, si una persona se esta evaluando continuamente sobre la base de estándares poco reales estará destinada a percibir la mayor parte de sus esfuerzos como fracasos por eso es muy importante que los niños con PA cuenten con una base realista a partir de la cual puedan evaluarse de lo contrario, esto repercutirá en su auto-estima. Es importante que nunca se le compare con otros niños en cuanto a su rendimiento o conducta, únicamente debe tomarse el mismo como referencia, tomando como base sus logros anteriores.

Black, 1974, Bryanand Pearl 1979, Rogers y Salkofske, 1985. Silver (1989) observaron que existen niños con un super – ego excesivamente crítico que no aceptan alabanzas o elogios y que desarrollan una auto-imagen muy pobre viéndose a sí mismos como totalmente inadecuados llegando posteriormente a internalizar dichos conflictos.

En relación a los padres de ha dicho, que si ser papá o mamá no es nada fácil lo es aún más difícil cuando se trata de niños con PA donde la dificultad es aparentemente invisible, el niño no responde como otros niños, no le va bien en la escuela y su conducta con mucha frecuencia se vuelve un problema. A veces es frecuente que los maestros consideren que el fracaso escolar se deba a problemas maritales. Willmer y Crave, 1979. Silver (1989).

A los padres les puede costar mucho trabajo aceptar las dificultades de sus hijos y enfrentan una situación similar a las que pasan las personas cuando tienen una "perdida real" pero en este caso se trata de la pérdida de un "ideal" o una "imagen", pueden expresar rechazo hacia los resultados de la evaluación y querer otra opinión.

Los sentimientos más frecuentes son el coraje y la culpa, el coraje se puede manifestar directamente contra los maestros y las escuela, la culpa se manifiesta en una autocrítica severa o por la necesidad de tratar de hacer todo lo que sea necesario por el niño. Es muy importante estar pendiente de estas dificultades iniciales para impedir que estos sentimientos afecten el proceso terapéutico, muchos padres tienen dificultad para resolver estas reacciones tempranas por lo cual estas conductas se pueden volver crónicas y así ocasionar una disfunción familiar, estas personas requieren de una orientación muy específica para entender y cambiar su conducta.

El rechazo crónico puede establecer un patrón de búsqueda continua de un especialista tras otro para que se le confirme la idea de que su hijo no tiene nada, este patrón resulta en una pérdida de tiempo para intervenciones adecuadas y en la experiencia emotiva del niño de no sentirse "aceptado" por sus padres.

El coraje crónico generalmente ofende a los maestros y a las otras personas que tengan que trabajar con el niño, la culpa crónica puede ocasionar una depresión en los padres o que estos se involucren tanto con el niño que hacen una dependencia inmensa ocasionando un círculo vicioso donde el niño se vuelve cada vez más dependiente y los papás hacen cada vez más por él.

Poznanski 1969 y Silver y Brunstetter 1987. Silver (1989) dicen que los hermanos de los niños con PA se pueden sentir enojados por el mayor tiempo que se les dedica a los niños con dificultades, así como también por el doble estándar que se maneja en casa: uno para el hermano problema al cual se le aceptan y toleran más cosas y otro para ellos. Los hermanos también se pueden sentir apenados por la conducta del niño con PA o enojados de que los papás los presionen a jugar con ellos, y por eso es frecuente que traten de alejarse de la casa y compartan poco tiempo con ellos. Los niños se hacen muchas fantasías con respecto al porqué del problema de sus hermanitos las cuales es conveniente que se les aclare: si el problema es contagioso, que fue lo que lo provocó, si ellos también lo tienen, etc.

XI. CONCLUSIONES.

Es así que concluyo este capítulo con una serie de reflexiones las cuales nos pueden ayudar al manejo de estos problemas.

Son tantas las preguntas sin una respuesta exacta y concreta, que lo que se hace es seguir preguntando si en realidad a los niños que presentan dificultades se les está proporcionando la ayuda necesaria para vencer su dificultad. se preguntan los padres con frecuencia si el rendimiento escolar se está viendo afectado por algo en particular? se oyen constantemente preguntas como: es el hogar en realidad el complemento de la escuela en el proceso enseñanza-aprendizaje?

Pero, es antes de esto cuando la labor de detección se debe realizar. El niño en los primeros años de su vida adquiere destrezas y aprende lo que mas adelante le va a permitir tener un óptimo rendimiento escolar. Aunque hay muchos factores que intervienen, es labor de padres y maestros detectar alguna alteración que al niño no le está permitiendo desarrollarse adecuadamente.

En la detección precoz de los problemas de aprendizaje se debe tener en cuenta si el niño está presentando dificultades en sus procesos básicos que están afectando su desarrollo cognoscitivo, o si se está observando una discrepancia entre aquello que es capaz y puede hacer.

Los padres y la familia en general se ven afectados social y emocionalmente cuando a alguno de sus hijos se le detecta alguna dificultad. Es, muchas veces, una realidad inevitable que se debe asumir con responsabilidad. Proporcionarle ayuda a sus hijos y ofrecerles las herramientas necesarias para vencer su dificultad aportarán aun buen desempeño.

El maestro en la escuela ejerce aquella labor de padre sustitutivo ya que es parte fundamental del desarrollo del niño. El maestro debe estar en capacidad de detectar alguna alteración de las conductas que más adelante puedan afectar al niño directa o indirectamente.

Los problemas de aprendizaje se manifiestan en el rendimiento escolar principalmente. Detectar incapacidades de atender, concentrarse, ejecutar tareas motrices finas y con rapidez, retener información, etc, darán una pauta para elaborar una buena evaluación diagnóstica y confirmar sospechas acerca de una dificultad para el aprendizaje.

El trabajo de padres y maestros facilitará la labor de detección en la medida en que se trabaje alternamente y a favor del bienestar emocional del niño. La sensibilización hacia estos problemas permitirán el desempeño de una buena labor ya que hoy en día nuestra población se está viendo afectada cada vez más por este tipo de problemas.

IV. EL BLOQUE PSICOPEDAGÓGICO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO"

I. INTRODUCCIÓN.

Un tema de salud mental que en los últimos años ha tomado cada vez una importancia mayor es el de los PA. En un primer momento fueron identificados en adultos que habían sufrido algún traumatismo cráneo - encefálico y que mostraban una incapacidad en la lecto-escritura o el cálculo. Estos fenómenos posteriormente fueron observados también en niños y a partir de ese momento el campo de los P A se ha extendido cada vez más no sólo a la identificación y diagnóstico de los mismos, sino también a las pruebas de diagnóstico y a los diversos enfoques de tratamiento.

En nuestro país dada la prevalencia de los P A, se han constituido como un problema de Salud Pública y una limitación significativa de la potencialidad de la fuerza de trabajo, es importante que las instituciones que se encargan de la Salud Mental proporcionen este servicio a la niñez, por lo que el Bloque psicopedagógico del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro se ha especializado en el tratamiento de estos trastornos.

El objetivo fundamental es la prevención y tratamiento multidisciplinario de dichas dificultades así como la propagación de información para la identificación y tratamiento oportuno de estos casos mediante la formación de especialistas en esta área.

El interés se centra en habilitar a los niños para lograr su incorporación total al ambiente escolar y social, logrando no sólo una mejor calidad de vida para estos niños sino también para la sociedad en su conjunto, ya que con mejores ciudadanos podremos construir un mejor México.

A continuación, presento una breve descripción de los PA y un programa como respuesta a estas necesidades y en el que esbozo paso a paso como se llevan a cabo estas tareas.

V. ANTECEDENTES.

En 1979 el Instituto Mexicano de Psiquiatría en colaboración con la Dirección General de Salud Mental y la de Salud Pública iniciaron en el Centro de Salud "Dr. Gustavo Roviroza Pérez" un programa denominado "Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes" (UTNA), cuya idea principal era la asistencia regular y repetitiva de los usuarios a actividades de grupo orientadas a

propiciar un desarrollo óptimo del niño, tomando en cuenta la interacción social, la sintomatología, el nivel de desarrollo y la base cultural de la comunidad en una zona considerada como marginada. Este programa estuvo a cargo del Dr. Guido Maclás

Valadez-Tamayo e incluyó 3 aspectos fundamentales: actividades terapéuticas, recreativas y comunitarias realizadas por un equipo multidisciplinario así como el funcionamiento en Bloque de tiempo, el cual quiere decir que las actividades están organizadas de tal manera que el niño pasa determinado tiempo dentro del servicio, evita la pérdida excesiva de clases y da al niño un marco de referencia (terapéutico) en un tiempo establecido, repetitivo y de preferencia en un mismo espacio.

En el año de 1980 este programa se trasladó al Hospital Psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro" y a dos Centros de Salud: México - España y Dr. Manuel Cárdenas de la Vega. Tomándose el del "Juan N. Navarro" como el modelo para los otros dos.

En 1986 este programa dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" cambia su estructura convirtiéndose en Hospital de Día por lo que sufre varias modificaciones, debidas principalmente al incremento de la población atendida y al ingreso de más especialistas, que como consecuencia dificulta la integración en un mismo día de las diferentes terapias, es decir conservar el concepto de Bloque de Tiempo así como del estudio de los casos en reuniones Multidisciplinarias estableciéndose cada vez más una relación entre especialistas solo a través de notas del expediente.

Actualmente el servicio de Psicopedagogía ha estado creciendo tanto en cantidad de usuarios que atiende como en la calidad del servicio que presta y dada su larga trayectoria dentro del Hospital ha visto la necesidad de incursionar en otros aspectos importantes como son la investigación y la docencia.

VI. JUSTIFICACIÓN.

Una de las tareas más importantes que tiene que realizar el niño en la etapa escolar, es el desempeño adecuado de las actividades académicas así como la adaptación e interacción social a Medio Escolar, la forma en que logre desempeñarse en estos aspectos será determinante para su conducta posterior. El bajo rendimiento escolar y los Problemas de Aprendizaje (P A) son un de los principales motivos por los cuales los niños acuden a consulta a los Centros de Salud.

En los últimos años hemos observado en nuestro país un descenso importante en el índice de mortalidad infantil, sin embargo, el deterioro en la calidad de vida de nuestra población, se ha incrementado aumentando la morbilidad y dentro de ella, los P A se han constituido un problema de Salud Pública no sólo

por la frecuencia con que se presentan que puede variar desde un 8% ó 9% hasta un 45% de acuerdo al grado escolar, status socio económico y/o las zonas del país, sino también debido a lo que representan en la vida del niño, que es el principio de una larga cadena de dificultades como pueden ser: deserción escolar alta, persistencia de problemas académicos al continuar los estudios, desarrollo de dificultades emocionales y presencia de conductas antisociales en la adolescencia así como en el futuro ocupación en empleos correspondientes a clases socio económicamente bajas. El aprendizaje de los niños constituye una inversión muy costosa y el fracaso en esto significa tanto para la familia como para la sociedad y el estado una carga económica importante como es la limitación de la potencialidad de la fuerza de trabajo.

Por eso es de suma importancia que se lleve a cabo lo más pronto posible la identificación y tratamiento de este tipo de dificultades que generalmente no se presentan solas sino que son acompañadas por otro tipo problemas como: Alteraciones neurológicas, conductuales, emocionales y psiquiátricas.

IV. OBJETIVOS.

IV.I. OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO.

Proporcionar un diagnóstico Psicopedagógico, y/o tratamiento oportuno a los niños, con trastornos psiquiátricos y del desarrollo que comprometan el aprendizaje escolar.

Para lograr este objetivo el servicio no puede limitarse a la atención asistencial del menor sino que tiene que incluir a los padres de familia, a los maestros y en general a la comunidad que rodea al usuario con el objeto de intervenir a diferentes niveles de atención, siendo indispensable que este trastorno se difunda lo más posible, sea investigado para dar nuevas respuestas tanto de tratamiento como de diagnóstico y esta investigación ayude a la comunidad.

Para esta intervención se tienen en cuenta los siguientes rubros:



IV.II. OBJETIVOS PARTICULARES.

V.II.I ATENCIÓN A USUARIOS.

Proporcionar a través de la evaluación psicopedagógica, asesoría de tipo educativo cuyo fin es la orientación a padres, maestros y médicos sobre cual es el manejo educativo para determinado usuario así como confirmar o no la problemática de aprendizaje.

Impartir tratamiento específico a los niños con trastornos del desarrollo y/o aprendizaje, utilizando diferentes enfoques terapéuticos dependiendo de la problemática de cada niño, para lograr su incorporación al ámbito escolar.

IV.II.II DOCENCIA.

Formar pasantes de Servicio Social en el Área de Psicopedagogía.

Capacitar a los especialistas en las áreas relacionadas con la educación y la salud mental de los niños en la prevención, la detección oportuna y el tratamiento de los trastornos del desarrollo y de dentro como fuera de nuestra institución.

IV.II.III. INVESTIGACIÓN.

Fomentar entre los miembros del equipo de Psicopedagogía el interés por aproximarse científicamente al estudio de los Problemas del Aprendizaje. Tanto a nivel longitudinal como transversal, mediante la elaboración de investigaciones que amplíen los conocimientos existentes en el área, sea en el ámbito de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

IV.II.IV. SERVICIO A LA COMUNIDAD.

Fomentar la prevención así como la detección oportuna en la comunidad a través de campañas de difusión así como campañas de detección de los trastornos del desarrollo y de Aprendizaje.

V. L I M I T E S.

V.I. DE TIEMPO.

Este programa estará vigente de Enero del 2001 a Diciembre del 2002. Se lleva a cabo de Lunes a Viernes de 8:00 a las 14:00 horas en el turno matutino y de las 14:00 a las 20:00 horas en el turno vespertino.

V.II. DE ESPACIO.

Las actividades se realizan en 3 salones y 4 cubículos que están ubicados dentro del área de Hospital de día.

V.III. UNIVERSO DE TRABAJO.

La población de usuarios preescolares, escolares y adolescentes con trastornos psiquiátricos que tienen dificultades en el área de aprendizaje. Los padres de los usuarios que acuden a este servicio.

Los pasantes que ingresan al Servicio Social.

Los profesionistas interesados en capacitarse en los temas de Psicopedagogía.

Las comunidades que requieren de información para la prevención y detección de los trastornos del desarrollo y Aprendizaje.

V. ESTRATEGIAS

VI.I. ATENCIÓN A USUARIOS.

VI.I.II. EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

La evaluación psicopedagógica ocupa uno de los puntos centrales en la labor de atención a usuarios, la cual se ha venido perfeccionando, a través del estudio formal y la experiencia en la intervención con los usuarios, es llevada a cabo con instrumentos informales que permiten obtener la información pedagógica imprescindible y es completada con pruebas estandarizadas que brindan información de las procesos cognitivos y aspectos emocionales del menor, obteniendo un instrumento científico que permite la detección e identificación de los Problemas de Aprendizaje, así como la comprensión de la conducta y adaptación al medio escolar del niño.

VI.I.III. OBJETIVO.

Proporcionar asesoría de tipo educativa cuyo fin es la orientación a padres, médicos, psicólogos y especialistas relacionados sobre cual es el manejo educativo adecuado para determinado usuario. Así como confirmar o no la problemática del trastorno de aprendizaje.

VI.II. TIPOS DE EVALUACIÓN.

VI.II.I ASESORIA DE TIPO EDUCATIVA CON CASOS ESPECIALES.

Se puede valorar a usuarios que por entidad patológica no corresponden al servicio de psicopedagogía y existan dudas en cuanto a su diagnóstico y pronóstico educativo, tales como psicosis, deficiencia mental, problemas emocionales y conductuales, que desarrollan un problema de aprendizaje

secundario a estos trastornos, y/o que no pueden integrarse a la escuela regular, con el requisito indispensable de que el médico tratante especifique claramente y por escrito el motivo de la evaluación psicopedagógica, además de indicar el diagnóstico del niño y tenga sobre entendido que este tipo de usuarios no ingresan a tratamiento. El médico puede acercarse personalmente a consultar sus dudas.

El objetivo de esta evaluación será el de brindar orientación a padres, maestros y médicos, sobre cual es el manejo educativo adecuado para este determinado tipo de usuarios.

VI. II. II. CONFIRMAR O DESCARTAR EL PROBLEMA DE APRENDIZAJE.

A usuarios de primera vez que no pertenezcan al primer grupo de usuarios antes mencionado y que el médico haya diagnosticado con problema de aprendizaje, se realiza una evaluación psicopedagógica de tipo informal, de acuerdo a su nivel o grado escolar. El médico contara con un informe en el expediente del menor, que contendrá, lo observado durante la evaluación, la confirmación o no del problema de aprendizaje y sugerencias educativas.

Si se confirma el problema específico de aprendizaje se ingresa a grupo, siempre y cuando no asista a otros servicios de la SEP como CAPEP o USAER.

De descartarse el problema específico de aprendizaje, al usuario regresará con el médico y con un informe que parta de la evaluación donde se explique claramente el porqué ese niño no ingresa a tratamiento.

VI. II. III. EVALUACIÓN PERIÓDICA.

Los usuarios que ingresen a tratamiento deberán ser evaluados cada 6 meses con el objetivo de ir dirigiendo su proceso a través de objetivos claros que surjan de la evaluación periódica así como observar la evolución del menor.

Aquí se contará con formatos de seguimiento y se pondrán repotes de seguimiento tanto a nivel interno como para el médico en el expediente.

VI. II. IV. ESTUDIO PSICOLÓGICO COMPLETO.

El objetivo de este es el buscar dar una respuesta al porqué el niño tiene problemas serios para iniciar o pasar de un nivel a otro en la adquisición de la lecto-escritura y/o cálculo matemático, o del nivel de desarrollo en el que se encuentra. El estudio no es para descartar deficientes mentales lo cual lo hará la psicóloga correspondiente a la clínica de procedencia.

El estudio psicológico completo se aplicará a niños cuyo nivel de lecto -

escritura o de desarrollo este dos años o más por debajo de lo que le correspondería a su grado escolar, que tenga un CI Normal o subnormal y que hayan asistido a la escuela regularmente y no tengan problemas de conducta severos que expliquen hasta cierto punto el bajo rendimiento. Que se observe una dificultad en el aprendizaje no atribuible a un impedimento físico.

VI. II. V. PARA EVALUAR SE REQUIERE.

Formatos de evaluación y revalorización de cada bloque, estos compaginarán en momentos de traslape, es decir, de pre primaria a primer grado de primaria, de 6°. Año a 1°. De Secundaria.

Cuestionario para maestros.

Cuestionario para padres.

Reporte de Evaluación.

Guía para padres y maestros no máximo de tres o cuatro hojas con temas como déficit de atención, problemas de conducta, hábitos de estudio, etc.

Reporte de seguimiento: reportarla uniformemente, ver que el niño siga los tratamientos y seguirlo desde su ingreso.

Directorio para la canalización a tratamientos de diferentes tipos.

Comunicación con el médico tratante.

VII. TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en técnicas de educación especial con diferentes enfoques terapéuticos que se establecen de acuerdo con la problemática de cada niño en particular y que buscan la incorporación del niño al ámbito escolar a través del desarrollo de estrategias de aprendizaje que le permitan aprovechar la información tanto formal como informal que recibe en su escuela, en su hogar y en su comunidad. La atención que se brinda se imparte a niños desde los 3 años hasta los 17 años. Existen tres niveles de atención el nivel preescolar, el escolar y el de adolescencia.

VII. I. NIVEL PREESCOLAR.

En este nivel se da terapia a niños entre los 3 y los 6 años de edad. La terapia que se imparte es evolutiva ya que se ubica al niño en el momento de desarrollo en que se encuentra y a través de técnicas de estimulación se promueve el desarrollo del menor. Los trastornos por los que incluyen en este servicio son el que menor presente un retraso en el desarrollo que este interfiriendo en su capacidad de aprendizaje.

VII. II. NIVEL ESCOLAR.

En este nivel se da terapia a niños entre los 6 y 12 años de edad. La terapia que se imparte en este nivel es correctiva ya que se ubican los errores que el menor presenta en la lecto-escritura y el cálculo y a través de técnicas de educación especial se trata de estimular las áreas afectadas para que se corrijan estos errores y se implanten estrategias para abordar el aprendizaje escolar. Los menores que se incluyen en este nivel son aquellos que presentan trastornos específicos de aprendizaje así como también algunos otros cuyo trastorno de aprendizaje es secundario a algún trastorno psiquiátrico como puede ser el trastorno por déficit de atención.

VI. III. NIVEL DE ADOLESCENCIA.

En este nivel se incluyen adolescentes entre 13 y los 17 años de edad con un bajo rendimiento escolar. En este nivel se ubican los hábitos que tiene el menor para abordar el aprendizaje y se proponen técnicas de estudio que se imparten en un taller con un número específico de horas. Se apoya también la orientación vocacional del menor y se hace un taller de padres para que conozcan la forma de apoyar a sus hijos en cuanto a las técnicas y hábitos de estudio.

VII. IV. OBJETIVO GENERAL.

Proporcionar tratamiento a los niños con trastornos del desarrollo y/o aprendizaje, utilizando diferente enfoques terapéuticos dependiendo la problemática de cada niño, para lograr su incorporación al ámbito escolar.

VIII. V. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Brindar la estimulación necesaria a los usuarios para el adecuado desarrollo de los pre requisitos básicos en los niños preescolares y escolares.

Proporcionar a los niños estrategias de aprendizaje que le permitan desarrollar aquellas habilidades y destrezas que han limitado su aprendizaje.

Fortalecer durante el tratamiento la auto estima, confianza y aceptación de los usuarios de su problemática ayudando a una mejor madurez emocional.

Canalizar a otras terapias intra o extra hospitalaria a los usuarios cuando el caso así lo amerite.

Orientar e informar de manera continua tanto a los padres, maestros y especialistas sobre las diferentes necesidades educativas del niño.

Diseñar y actualizar de manera periódica las actividades para el trabajo terapéutico con los usuarios.

VII. VI. TIPOS DE TRATAMIENTO.

VII. VI. I. TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO INDIVIDUAL.

Este tipo de tratamiento se imparte a usuarios que por alguna circunstancia no logran adaptarse a la situación de grupo. Esto puede hacerse porque hay un problema grave de atención que no le permiten trabajar en grupo, que exista un trastorno específico de aprendizaje grave y que el grupo no le permita tener una actividad especial para su padecimiento, que haya un problema de conducta y que por este motivo no tenga un buen desempeño si no tiene una supervisión específica este tipo de terapia dura aproximadamente 12 sesiones valorándose el avance del menor y cuando es necesario concluir la terapia por mejoría, se puede ingresar a un grupo de terapia para otro tipo de atención o se puede canalizar a otro servicio intra o extra hospitalario. Estos niños acuden una vez por semana en sesiones que van de 1 hora a 2 horas de acuerdo con el nivel escolar al que se este dirigiendo.

VII. VI. II. TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO GRUPAL.

Este tipo de tratamiento es el que se utiliza con mayor regularidad. Se integran grupos de 6 a 8 niños que presente ya sea un mismo nivel de desarrollo o del mismo nivel escolar. Se desarrollan técnicas de educación especial. Las actividades se dirigen por parte de una terapeuta que es una psicóloga adscrita y un co terapeuta que en general es un pasante que apoya las actividades. Los niños acuden una vez por semana a la terapia que puede durar entre 45 minutos y dos horas de acuerdo con el nivel escolar a que se este dirigiendo. El tratamiento es a largo plazo y se realizan evaluaciones periódicas para ubicar los avances del menor. Se realizan dos evaluaciones durante el año. Una en Julio cuando esta terminado el ciclo escolar para tomar decisiones sobre el siguiente año lectivo y otra en Diciembre para ubicar los avances a la mitad del ciclo escolar.

VIII. OTRAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS.

VIII. I. TALLERES.

Con motivo de algunas fechas conmemorativas del año se llevan a cabo talleres de material didáctico en el que los usuarios realizan algunas manualidades que tienen el fin de apoyar por un lado sus dificultades específicas y por el otro fomentar la creatividad y la expresión artística de los niños.

Las fechas en que se llevan a cabo estos talleres son en Mayo con motivo de día de las madres, en Junio para el día del padre y en Diciembre por la Navidad.

VIII. II PASEOS TERAPÉUTICOS.

A lo largo del año se llevan a cabo paseos que tienen la finalidad de apoyar la socialización de los usuarios, el auto control, la recreación, el poner en práctica la autonomía del niño. Estos pueden tener un fin específico para mostrar algún tema en especial o ser simplemente recreativos.

Estos se programan para llevarse a cabo con un número limitado de usuarios con el objeto de tener todas las precauciones debidas. Se pide a los padres de familia que firmen una autorización en la que se incluye el lugar del paseo y queda en el entendido que el padre ha estado de acuerdo con esta circunstancia.

VIII. III. PERIÓDICO MURAL.

Cada mes se realiza un periódico mural que se va alternando para cada uno de los niveles de terapia. Este periódico tiene como finalidad principalmente el que los usuarios desarrollen un tema específico y que apliquen estrategias para entenderlo y comunicarlo. La

finalidad es dar a conocer el trabajo realizado por los usuarios de psicopedagogía a todo el público en general que asiste al hospital de día y recordar las fechas significativas de cada mes.

IX. ORIENTACIÓN A PADRES.

IX. I. ORIENTACIÓN A PADRES AL TERMINAR EL GRUPO DE TERAPIA.

Cuando termina la terapia de los usuarios la terapeuta encargada da una orientación a los padres acerca del trabajo que se realizó en el grupo con el objeto de que el padre apoye adecuadamente las áreas que se están estimulando, en algunas ocasiones debido a que se dejan tareas, la terapeuta explica la forma de trabajar las actividades y de cómo deben los padres abordar los temas.

IX. II. ORIENTACIÓN A PADRES EN FORMA INDIVIDUAL.

En algunas ocasiones los padres requieren de un apoyo en especial para el manejo del menor, en estos casos, se cita a los padres en una entrevista especial en la que se les interroga sobre la situación escolar y familiar del menor y se dan directrices a seguir en cuanto al manejo del niño.

X. PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y ESTIMULACIÓN EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES.

Este programa busca a integración del adolescente al medio escolar y el mejor aprovechamiento de este, ya que es frecuente en esta edad la deserción escolar debido a carencia de hábitos de estudio, características propias del adolescente, problemas escolares, un ambiente escolar social y familiar conflictivo o poco estimulante, programas educativos inadecuados escaso conocimiento de sí mismos. La integración escolar busca prevenir las conductas antisociales que son frecuentes en esta edad como son: delincuencia juvenil, uso de drogas o alcohol, etc.

Este programa es un apoyo a los adolescentes que ha sido resultado de la experiencia de trabajar con ello, se imparte por las tardes a adolescentes de 12 a 17 años a través de dos módulos de trabajo que tienen una duración de 12 sesiones cada uno.

X. I. OBJETIVO.

Se pretende a través de este programa ofrecer a los adolescentes apoyo motivacional, métodos de estudio y orientación hacia el aprendizaje, buscando favorecer su integración al medio educativo que elija de acuerdo a sus posibilidades para incrementar las oportunidades de éxito escolar y posteriormente laboral previniendo su deterioro social.

X. II. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE CADA MÓDULO.

X. II. I. MÓDULO I

Desarrollar habilidades básicas en el manejo de métodos de estudio para lograr un buen rendimiento escolar.

Aplicar técnicas y métodos de estudio tanto en la escuela como en casa.

Elaborar resúmenes de los temarios académicos.

Promover la lectura y aprender métodos para realizarla de manera más eficiente.

Adquirir estrategias que le permitan lograr apuntes de mayor calidad.

Aprender a redactar informes y ensayos.

Evaluar las ventajas de ser un estudiante regular y las responsabilidades que esto conlleva.

X. II. II. MÓDULO II

Realizar la evaluación inicial del módulo para conocer sus aptitudes, intereses y orientación Educativa Vocacional.

Comprender la influencia de factores biopsicosociales en la elección vocacional.

Conocer las diferentes áreas educativas en distintos grados académicos y el perfil requerido para cada una de ellas.

Aprenderá a tomar decisiones sobre la base del análisis de las mismas.

Comentará las experiencias adquiridas durante las 12 sesiones de trabajo.

X. IV. ACTIVIDADES.

X. IV. I. EVALUACIÓN.

Se aplica una evaluación inicial para conocer el nivel académico del menor, las estrategias que utiliza para abordar los conocimientos y sus hábitos de estudio.

X. IV. II. MÓDULOS.

Se ofrecen dos módulos de 12 sesiones de trabajo. El adolescente asiste una vez por semana. Al inicio y al final de cada módulo se realiza una evaluación y dependiendo de ella es que se decide si ha concluido el primero y avanza al segundo o en su defecto si es necesario que repita el primer módulo.

El primer módulo esta referido a técnicas y métodos de estudio así que el menor a través de doce sesiones identificará sus propios hábitos y se le presentarán estrategias para mejorarlos, tener una lectura más efectiva, realizar apuntes mejor organizados, poder redactar ensayos y resúmenes sobre los temas académicos y por último hacer conciencia sobre la importancia de ser un alumno regular, las ventajas y responsabilidades que esto conlleva. El segundo módulo se refiere a los conceptos básicos en la toma de una decisión educativa aquí el adolescente relacionará el autoconocimiento con la elaboración de sus metas definidas en cuanto a sus intereses vocacionales, identificará los aspectos que pueden influir al hacer una adecuada elección vocacional, se le informará sobre las opciones educativas de acuerdo a las instituciones y el perfil que requiere para cada una de ellas y lograra tomar decisiones sobre la base del análisis de cada una de las condiciones que se le dieron.

X. V. ORIENTACIÓN A PADRES.

X. V. I. TALLER DE PADRES.

Se lleva a cabo un taller en que se orienta a los padres acerca de las técnicas de estudio y de los hábitos que deben fomentar en sus hijos así como apoyar la toma de decisiones con respecto a los intereses vocacionales de sus hijos.

XV. II. ORIENTACIÓN A PADRES.

La orientación a los padres se realiza en forma continua cada vez que sea necesaria para apoyar el desarrollo de los módulos.

CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

FECHAS	PROGRAMACIÓN DEL PERIÓDICO MURAL
ENERO	PSICOPEDAGOGÍA PREESCOLAR
FEBRERO	PSICOPEDAGOGÍA ESCOLAR
MARZO	PSICOPEDAGOGÍA ADOLESCENTES
ABRIL	PSICOPEDAGOGÍA PREESCOLAR
MAYO	PSICOPEDAGOGÍA ESCOLAR
JUNIO	PSICOPEDAGOGÍA ADOLESCENTES
JULIO	PSICOPEDAGOGÍA PREESCOLAR
AGOSTO	PSICOPEDAGOGÍA ESCOLAR
SEPTIEMBRE	PSICOPEDAGOGÍA ADOLESCENTES
OCTUBRE	PSICOPEDAGOGÍA PREESCOLAR
NOVIEMBRE	PSICOPEDAGOGÍA ESCOLAR
DICIEMBRE	PSICOPEDAGOGÍA ADOLESCENTES

FECHAS	PERÍODOS VACIONALES
ENERO	Se inician las labores despues del periodo vacacional de fin de año que en general abarca hasta el 6 de Enero
25 DE MARZO AL 8 DE ABRIL	Este periodo es vacacional para los usuarios debido a que son vacaciones de la SEP de Semana Santa por lo que los usuarios prácticamente no acuden y se decide suspender labores.
JULIO AGOSTO	Se programan vacaciones de acuerdo a cada nivel escolar debido a que el ciclo escolar termina.
DICIEMBRE	Se dan vacaciones por las festividades decembrinas.

FECHAS	PASEOS TERAPEUTICOS
14 DE FEBRERO	PASEO AL MUSEO DE ANTROPOLOGIA
18 DE MARZO	PASEO A CINEMEX
24 DE MAYO	PASEO A "SIX FLAGS"
13 DE JUNIO	PASEO A LA GRANJA " TIO PEPE "
17 DE SEPTIEMBRE	PASEO A CINEMEX
18 DE NOVIEMBRE	PASEO AL MUSEO DE LAS CULTURAS POPULARES.

XI. PROGRAMA DE ENSEÑANZAS.

El programa de psicopedagogía tiene ya 20 años de funcionamiento durante los cuales el personal que aquí labora ha ido especializándose cada día mas en la detección, prevención, evaluación y tratamiento de los retrasos en el desarrollo así como en los problemas de aprendizaje por lo que en este momento nos consideramos con la suficiente preparación y experiencia para poder formar personal y difundir las técnicas que hasta el día de hoy se han ido desarrollando.

Este programa tiene contemplado la difusión de información y la formación de personas tanto en el ámbito interno del hospital como externo a través de cursos específicos y de la formación de pasantes de servicio social.

XI. I. OBJETIVO GENERAL.

Difundir información sobre la detección, prevención, identificación y tratamiento de los retrasos en el desarrollo, de los problemas de aprendizaje y del bajo rendimiento escolar por medio de cursos a padres, maestros, especialistas de la salud y a la comunidad en general, así como la captación de especialistas en psicopedagogía.

XI. II. CURSOS PROGRAMADOS.

Se tienen programados junto con la Dirección de Enseñanza del Hospital dos cursos para este año.

XI. II. I. CURSOS PARA MAESTROS.

Este curso se llevan a cabo retomando un trabajo que se estuvo realizado aproximadamente durante tres años por instancia de la Psicóloga Ma. Guadalupe Arrieta y de la Doctora Dora Pérez Ordaz, es un curso dirigido exclusivamente a maestros, cuyo tema es "Tratamiento Multimodal de los problemas de aprendizaje dentro del hospital Psiquiátrico Infantil ". Tiene una duración de 15 horas repartidas en tres días de la semana, con un horario de 9 a 14 horas.

Impartido por todo el equipo de psicopedagogía. Se da en el mes de junio y se otorgara reconocimiento por parte de la dirección de enseñanza.

XII. II. II. CURSO "ASPECTOS CLÍNICOS DE LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE".

Este curso es la tercer vez que se impartió, tiene un nivel introductorio y esta dirigido a diferentes profesionistas de la salud mental como: médicos, psiquiatras, psicólogos, maestros especialistas, pedagogos, y otros. El curso tiene una duración de treinta horas distribuidas en una semana de las 14:00 a las 20:00 horas, impartido por todo el equipo de psicopedagogía y se llevo a cabo en el mes de octubre como parte de las Jornadas Medicas del Hospital. Se otorgo constancia y reconocimiento por parte de la Facultad de Medicina de la UNAM y la Dirección de Enseñanza de este Hospital.

AL INTERIOR DEL SERVICIO AL CUAL PERTENECÍ TENÍAN PREVISTO.

XI. II. III. CURSO PARA PASANTES.

Dos veces al año se proporciono un curso denominado "Problemas Específicos de Aprendizaje: Detección, Evaluación y Tratamiento" dirigido a todos los pasantes de nuevo ingreso del servicio. El curso tiene una duración de 16 horas, estas se encuentran distribuidas en sesiones con un horario de 9:30 a 11:30 un día durante ocho semanas. Las fechas de inicio corresponden con el ingreso de los pasantes al servicio.

En este caso, el objetivo del curso es hacer junto con los estudiantes una revisión de todos los aspectos relacionados con los Aspectos de Aprendizaje y darles la perspectiva teórica desde la cual se manejan y las diversas técnicas que emplean para la evaluación y el tratamiento.

X. II. IV. CURSO PARA PADRES.

Este año se inicio nuevamente la "Orientación para Padres" dirigida a todos aquellos que traen a sus hijos al servicio, es de carácter obligatorio y con el objetivo fundamental de dar información y sensibilizar a los padres sobre aspectos importantes del tratamiento de sus hijos. Se tocan 4 temas básicos:

- Manejo de límites
- Hábitos de trabajo
- ¿Qué son los problemas de aprendizaje a diferencia del bajo rendimiento escolar?
- Y los padres que tiene un niño con problemas de aprendizaje.

Estas platicas serán proporcionadas de una manera trimestral con una duración de cuatro horas, cada una en dos diferentes días para que los padres tengan la opción de escoger el día que más les convenga: participa todo el equipo de psicopedagogía.

En el presente año durante los dos primeros meses se empezaron a proporcionar a los padres cuyos niños son evaluados y/o tratados en el servicio y tengan problemas relacionados.

XI. II. V. MANUALES PARA CASA.

Durante los dos primeros meses del año empezaron a circular entre los padres cuyos hijos sean evaluados y/o tratados en el servicio los 4 diferentes manuales que fueron elaborados por los terapeutas y pasantes sobre temas considerados muy importantes para apoyar el aprendizaje escolar en el niño dentro de casa y los cuales son:

- Manejo de límites en casa.
- Fomentando los hábitos de trabajo en el hogar.
- El niño con déficit de atención.
- Actividades para realizar en casa con el niño preescolar.

XII. INVESTIGACIÓN.

Esta área debido a dificultades materiales no ha sido posible iniciarla por lo que se propone estructurarla principalmente con una base de datos que permita que las actividades terapéuticas tengan una utilidad para la investigación y que el llenado de registros sea una actividad diaria para los terapeutas. Una vez que se haya estructurado y programado se podrá ya formalizar investigaciones específicas en las que cada nivel o terapeuta tengan interés o sean necesarias para mejorar algunos aspectos ya sea del diagnóstico o del tratamiento psicopedagógico.

La investigación en esta área tiene que ver principalmente con la población que se trata, los análisis de la misma y las intervenciones longitudinales o transversales para investigar instrumentos y programas de prevención, diagnóstico, tratamiento, y/o rehabilitación.

XII. I. OBJETIVO GENERAL.

Fomentar entre los miembros del equipo de psicopedagogía el interés por aproximarse científicamente al estudio de los problemas de aprendizaje, tanto en el ámbito longitudinal como transversal, mediante la elaboración de investigaciones que amplíen los conocimientos existentes en el área, sea en el ámbito de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

XII. II. OBJETIVOS GENERALES DEL 2002 – 2003.

Estructurar una base de datos que forme parte de las actividades diarias y que permita un registro estadístico de las actividades de terapia.

Realizar un estudio descriptivo de la población que es valorada en el servicio de psicopedagogía.

Asesorar y apoyar la realización de trabajos de titulación (tesis, tesinas, informes de servicio social) por pasantes que han llevado a cabo su servicio social en el bloque.

XII. III. TIPOS DE INVESTIGACIONES.

Este año se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Revisión bibliográfica para desarrollar el marco teórico que servirá de base al protocolo de estudio

Asesorías con investigadores reconocidos en el área para establecer la metodología del estudio.

Elaboración de los formatos para la recolección de datos de los usuarios de primera vez, especialmente los relativos a la evaluación psicopedagógica.

Selección de instrumentos adicionales para recolectar información
A partir de los anteriores definir, las variables a tomar en cuenta para desarrollar la base de datos en la que se registrarán los usuarios a partir del 2003.

Formalización del protocolo de investigación y registro ante el comité de investigación del hospital.

XIII. SERVICIOS A LA COMUNIDAD.

Es de nuestro interés que las experiencias obtenidas en la atención de niños y adolescentes con retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar sirvan a la comunidad para que en algunos casos prevenir que ninguno de los problemas psicopedagógicos y del desarrollo que presentan algunos de los usuarios evolucionen al grado de ser una limitación en su desempeño escolar. Por lo que es importante que la comunidad cuente con elementos suficientes para maestros, médicos generales, pediatras y en general todas las personas que estén relacionadas con los niños y su desarrollo.

XIII. I OBJETIVO GENERAL.

Proporcionar a la comunidad elementos para la prevención, detección e intervención de los menores con problemas del aprendizaje.

XIII. II. VISITAS A ESCUELAS.

Hasta hace algunos años se venían realizando visitas a escuelas. Estas visitas se realizaban con el fin de crear un contacto más directo con los profesores de nuestros usuarios y se tenían resultados muy favorables, ya que a través de ello se lograba no solo que el docente con elementos para trabajar con el menor en cuestión sino que casi siempre se establecía un mejor contacto con las escuelas y así siempre se establecía un mejor contacto con las escuelas y así la canalización es mejorada tanto como el seguimiento del usuario.

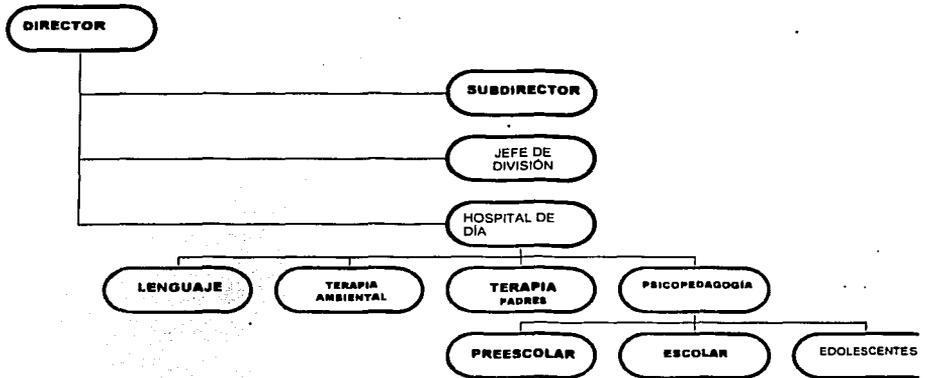
XII. III. ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS INTER- INSTITUCIONALES

Es importante el establecer relación estrecha con las instancias publicas de la SEP con lo que se tiene constantemente contactos con los CAPEP, USAER y CAM. Esto nos permitirá realizar un trabajo conjunto con mayor efectividad y de esta manera no tener v que repetir funciones o perder tiempo por no hacer canalizaciones adecuadas o por no tener oportunidad de hacer un seguimiento oportuno de los casos.

ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

LA ORGANIZACIÓN ACTUAL DEL SERVICIO ES LA SIGUIENTE.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



XIV. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.

Actualmente el personal del servicio esta constituido de la siguiente manera.

Psicopedagogía preescolar: aquí laboran 3 psicólogas con plaza de psicólogo clínico. Las tres realizan actividades descritas ya en el apartado de estrategias. Una de ellas también realiza tareas de coordinación. Las tres son psicólogas tituladas y con especialidad (pertenecen al turno matutino).

Psicopedagogía escolar: en esta área laboran 5 psicólogas con plaza de psicólogo clínico. Las 5 realizan actividades descritas ya en el apartado de estrategias. Una de ellas también realiza tareas de coordinación. Las cinco son psicólogas tituladas y con especialidad (4 pertenecen al turno matutino y una

en el turno vespertino).

Psicopedagogía de la adolescencia: aquí labora una pedagoga titulada. realiza las labores descritas en el programa de Orientación y Estimulación Educativa para Adolescentes (pertenece al turno vespertino)

XIV.I. FUNCIONES DEL PERSONAL.

Las funciones que realizan las personas de este servicio están descritas ya en el apartado de Estrategias, además de las labores administrativas que requieren para la organización del servicio.

Dos personas realizan función de coordinación, una de ellas en Psicopedagogía preescolar y la otra en Psicopedagogía escolar.

Las funciones de la coordinación son:

Organización del Servicio.

Coordinación de los Servicios Intra hospitalarios.

Coordinación de los Servicios extra hospitalarios.

Coordinación de Juntas Técnicas.

Asesoría al personal adscrito.

Realización de Programas.

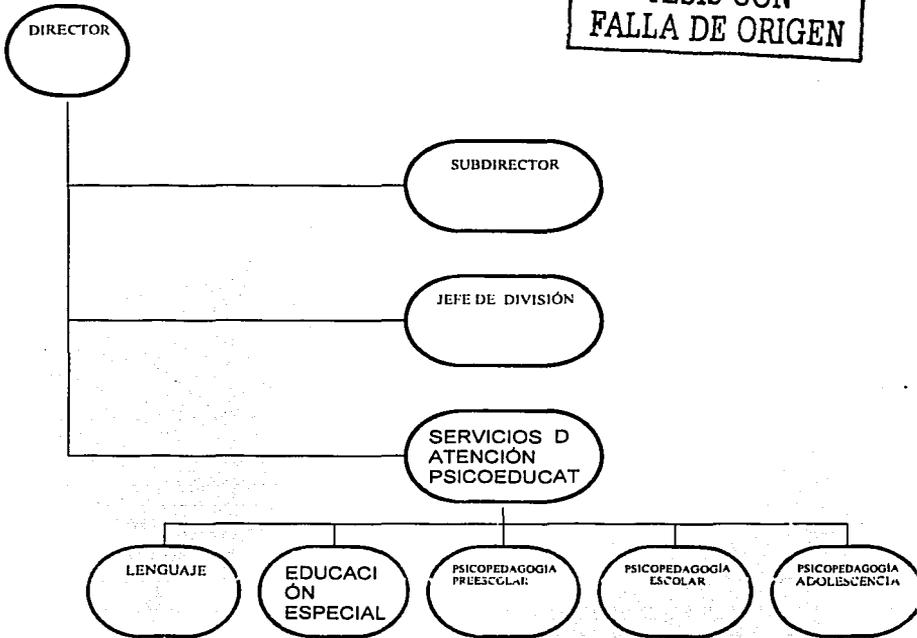
Tramites administrativos.

Juntas con las autoridades.

Organización del Área de Docencia.

Se pretende que para el próximo año sea aprobada la organización del organigrama ya que el personal de psicopedagogía ha promovido durante este año el formalizar un servicio de Atención Psicoeducativa que brinde atención educativa a los niños con padecimientos psiquiátricos y cuyo organigrama sería el siguiente:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



RECURSOS MATERIALES.

DIVERSOS	PRUEBAS PSICOLÓGICAS	MATERIAL DIDACTICO.	MATERIAL DE PAPELERIA.	MATERIAL DE LIMPIEZA.
<p>Un salón extra para realizar terapias .</p> <p>Computadora con escáner .</p> <p>Impresora, cámara y acceso a la red.</p> <p>3 maquinas de escribir eléctricas con sus respectivos cintas y correctores.</p> <p>6 cronómetros.</p> <p>15 margaritas intercambiables de diferentes tipos de letras.</p>	<p>Prueba de percepción visual de M. Frostig(II)</p> <p>Test Illinois de aptitudes Psico lingüísticas (ITPA).</p> <p>Test C.A.T de animales.</p> <p>Test de Raven para niños.</p> <p>Guía Portage.</p>	<p>30 juegos educativos (Ravens burger)</p> <p>15 tableros (Eduke)</p> <p>10 juegos de libros (Eduke)</p> <p>10 rompecabezas (Ravens burger)</p>	<p>50 paquetes de hojas blancas.</p> <p>12 estuches de 12 plumones.</p> <p>15 estuches de 15 plumones delgados.</p> <p>20 paquetes de lápices.</p> <p>20 paquetes de plumas de color negro.</p> <p>20 paquetes de plumas de color rojo.</p> <p>20 paquetes de plumas de color azul.</p> <p>30 cajas de 12 crayones delgados.</p> <p>30 cajas de 12 crayones gruesos.</p> <p>4 cajas de 48 crayones.</p> <p>10 tijeras grandes, 50 tijeras chicas.</p> <p>8 sacapuntas eléctricos.</p> <p>6 perforadoras grandes de 2 perforaciones.</p> <p>6 perforadoras de 2 agujeros.</p> <p>6 perforadoras de 1 agujero.</p> <p>250 carulinas blancas</p> <p>250 pliegos de papel lustre de diversos colores.</p> <p>10 rollos de masking tape, 10 rollos de diurex grande</p> <p>20 litros de resistol.</p> <p>30 cajas de pritt.</p> <p>10 cajas de grapas, 10 cajas de clips</p> <p>6 engrapadoras grandes</p> <p>2 pizarrones de corcho de 1.50 x 1.50</p> <p>2 rollos de papel Manila de 50 m c/u.</p> <p>90 marcadores de colores: rojo, negro, azul y verde.</p> <p>45 paquetes de plastilina.</p> <p>15 paquetes de 100 proyectores de hojas transparentes.</p> <p>20 cajas de gises (biancos y de colores).</p> <p>15 paquetes de marcadores para pizarron blanco.</p> <p>30 metros de mica auto adherible.</p> <p>15 carpetas blancas.</p>	<p>30 Trapos de limpieza.</p> <p>50 paquetes de Papel higiénico de 8 rollos c/u.</p> <p>100 Jabones de manos</p> <p>10 cubetas medianas.</p> <p>10 escobas</p>

XV. METAS.

Las metas que se proponen para este año tienen que ver con la reorganización del servicio que va a permitir tener un desempeño mejor en las áreas de atención a usuarios pero sobre todo desarrollar cada vez más la docencia, la investigación y el servicio a la comunidad. En este año se logró una mejor organización interna y establecer un programa con metas claras y a corto plazo.

XV. I. ATENCIÓN A USUARIOS.

Las metas en este aspecto se cumplieron este año y se mejoraron de manera importante en relación con el año pasado. El Bloque Psicopedagógico Preescolar a tenido una mejor vinculación con la con la Clínica del Desarrollo para el envío de usuarios.

Se anexan los cuadros de las metas cubiertas en el área de coordinación así como para las psicólogas adscritas en el entendido de que se requirió lograr atención cada vez mayor de calidad y de cantidad de usuarios tratados.

XV. II. DOCENCIA.

Para este año se plantearon dos cursos en lugar de uno como se dio el año pasado para personal externo e implementar y consolidar cursos internos a padres y a pasantes de los diferentes Bloques Psicopedagógicos.

XV. III. INVESTIGACIÓN.

Las metas en este aspecto son iniciar una base de datos con los usuarios que acuden al servicio y realizar todos los instrumentos que sean necesarios para ello.

XV. IV. SERVICIO A LA COMUNIDAD.

Se pretenden que este año se inicien contactos con instancias de la S.E.P. que permitan un mayor entendimiento en cuanto a la canalización de usuarios así como el seguimiento de los mismos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RELACIÓN DE METAS PROMEDIO PARA EL PERSONAL ADSCRITO

ACTIVIDADES	CANTIDAD		HORAS	
	SEMANA	MES	SEMANA	MES
Valoraciones psicopedagógicas.	2	8	6	24
Grupos de terapia	4/20	16/80	8	32
Orientación a padres	16	72	5	20
Programación de tareas	20	80	3	12
Elaboración de materiales didácticos.	4	16	3	12
Notas al expediente	2	8	30	2
Revisión de expedientes	2	8	30	2
Entrevistas	1	4	2	8
Grupos de padres.	1	4	2	8
Labores administrativas			3	12
Valoraciones psicológicas		1		5
Asesorías a pasantes	2	8	3	12
Sesiones bibliográficas	1	4	2	8
Revisión de casos	1	4	2	8
Junta técnica	1	4	1	4
Totales tiempo			41	169

RELACIÓN DE METAS POR COORDINADOR EN CUANTO A TIEMPO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	HORAS	
	SEMANA	MES
ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO.		
1. Filtro de usuarios	4	16
2. Coordinación de servicios intra hospitalarios	4	16
3. Coordinación de servicios extra hospitalarios	2	8
4. Asesoría al personal adscrito	5	20
5. Junta técnica.	1	4
6. Aspectos administrativos.	5	25
7. Talleres de Elaboración de Materiales.	2	8
8. Paseos Terapéuticos.		
DOCENCIA.		
1. Servicio Social	5	20
2. Elaboración, estructuración e impartición de cursos.	4	16
3. Sesiones Bibliográficas.	2	8
4. Revisión de Casos	2	8
Investigación.		
1. Formulación de proyectos del propio servicio.	3	12
2. Formulación de proyectos externos.	1	4
TOTALES.	40	160
HORAS EFECTIVAS DE TRABAJO 1547 AL AÑO - 129 AL MES - 32 A LA SEMANA - 6 AL DIA.		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

XVI. SUPERVISIÓN.

La supervisión queda a cargo de la coordinadora general de psicopedagogía y la toma de decisiones se realizara en conjunto con el equipó del personal adscrito.

La supervisión se llevara a cabo a través de los medios de información que son la estadística y que permiten ver el aspecto cuantitativo de la parte asistencial del programa.

Para revisar los aspectos técnicos y administrativos se programa una junta semanal con el personal adscrito para informar sobre los aspectos que marcan las autoridades, para conocer los problemas técnicos y administrativos que se van presentando y tomar decisiones pertinentes en equipo, establecer las formas y los tiempos de estas resoluciones.

Dos veces al mes se revisaran casos difíciles que requieran de supervisión, por lo que el equipo se reunirá para apoyar y tomar decisiones, así como buscar a través de la lectura, capacitarse cada día más en los casos difíciles.

Se establecerá una vez al mes una revisión bibliográfica que permita la actualización constante del personal.

XVII. INFORMACIÓN.

Semanalmente se entregara una estadística donde se reportan las actividades realzadas por cada una de las adscritas. Semanalmente se integrara una hoja al expediente clínico del niño donde se reporta a su medico responsable la asistencia que ha tenido a la terapia. También se pasa un control semanal de los recibos de pago de todos los usuarios que asisten al servicio.

Sería importante la actualización de las hojas de estadística en este servicio ya que existen actividades que no se pueden reportar en este formato.

XVII.I CUALITATIVAS.

Llenado de formato de datos generales y específicos de cada usuario que incluyen aspectos de diagnostico y tratamiento Psicopedagógico que sé esta llevando acabo, cada seis meses se entrega la evaluación y posterior el alta del usuario así como el seguimiento subsecuente.

XVIII. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

XVIII.I ATENCIÓN A USUARIOS.

Durante el año se estuvieron realizando juntas semanales que permitieron una reestructuración del servicio así como fundamentar cada actividad de forma mas adecuada a las nuevas necesidades del Hospital.

Anteriormente las valoraciones que se realizaban eran para niños con trastornos específicos del aprendizaje que eran enviados de la consulta externa ya con un diagnostico específico. En los ultimas años los médicos cada vez han tenido menos contacto con sus usuarios por lo que los enviaban antes incluso de llegar a un diagnostico y esto ha ocasionado que el objetivo de las valoraciones que se realizaban hayan cambiado y este año se determinó hacer modificaciones al respecto y recibir a los niños con trastornos psiquiátricos con el objetivo de dar una orientación psico educativa con respecto al pronóstico de estos usuarios aunque no necesariamente ingresaran el servicio a tratamiento; pero considero que por lo menos el medico, el maestro y los padres tienen sugerencias de cómo manejar al paciente.

El tratamiento debido a la cantidad y variedad de los problemas que están presentando los niños ha tenido que instaurarse en los tres niveles del servicio (preescolar, escolar y adolescentes) tanto de manera individual como grupal.

El año pasado fue difícil lograr las metas cuantitativas programadas, por un lado por que una de las psicólogas adscritas estaba terminando su especialidad, y por otro el envío de usuarios de por parte de la Clínica del Desarrollo hacia Psicopedagógico preescolar era inexistente ya que no habían comprendido el objetivo de este programa, en este año se ha ido regularizando este envío aunque todavía no llega a ser el optimo.

Sin embargo puedo decir que en este año se aumento el número de usuarios atendidos, anexo un cuadro donde se detallan en número las actividades que se realizaron así como los usuarios que se atendieron.

A pesar de que se aumentaron los tratamientos en este año, los apoyos de materiales por parte del hospital fue de tan solo 12 paquetes de hojas y materiales durante todo el año, por lo que tanto el personal como los pasantes tuvimos muchas veces que comprar los materiales de nuestro bolsillo para poder realizar las actividades. Así que me parece importante que independientemente de las decisiones políticas que se hagan respecto al funcionamiento del servicio en los años posteriores es importante que se tome en cuenta para apoyar en cuanto al material ya que es imposible una mejora

del servicio si los terapeutas y pasantes tienen que estar adquiriendo materiales y sufren constantemente de la falta de los mismos.

XVIII.II. ENSEÑANZA.

Desde los primeros meses del año se buscó que el curso "Aspectos Clínicos de los Trastornos del Aprendizaje" que se llevó a cabo en el 2000 con apoyo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y con reconocimiento de la Facultad de Medicina de la UNAM se volviera a realizar este año, siendo denegada la propuesta después de varios meses, por fin se logra programar el curso dentro de las jornadas médicas del hospital, este tipo de dificultades limita la participación y asistencia a los cursos por eso considero necesario un mayor apoyo. Las evaluaciones por parte de los asistentes fueron positivas pidiendo la realización de un nuevo curso, viendo con esto la necesidad de especificar cursos para profesores, ya que sus necesidades e inquietudes son diferentes a las del personal clínico, por lo que se programan cursos más adelante.

El curso tuvo una duración de 30 horas contando con la participación de todo el personal de Bloque Psicopedagógico y nuevamente con el reconocimiento de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y con reconocimiento de la Facultad de Medicina de la UNAM, a los pasantes se les dio el curso en una duración de 2 horas semanales durante nuestra estancia en el servicio.

XVIII. III. INVESTIGACIÓN.

El personal adscrito acudió al curso de clinimetría que se llevó a cabo dentro del hospital con el objeto de conocer los pasos para iniciar una base de datos que les permita conocer la población y plantear posteriormente líneas de investigación. Se inició la construcción de los protocolos para la obtención de datos de la base de usuarios, existiendo la limitación de la falta de una computadora con el programa Office para poder iniciar la recolección de datos en Excel, por lo que se espera que este año se les proporcione y comience este proceso.

XVIII. IV. SERVICIO A LA COMUNIDAD.

Fueron suspendidas las visitas a escuelas definitivamente debido a que no se cuenta con el vehículo para poder realizar las mismas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTADÍSTICAS DEL SERVICIO DE PSICOPEDAGOGÍA.

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT
VALORACIÓN PSICOPEDAGOGICA	11	30	47	38	45	39	31	51	27	39	32		390
GRUPOS DE TERAPIA SESIONES / ASISTENCIA	35 131	120 430	76 359	65 304	97 398	112 529	99 447	88 446	104 342	92 419	110 389		1000 4194
ORIENTACIÓN A PADRES.	132	458	272	233	351	422	356	347	326	307	363		3567
PROGRAMACIÓN DE TAREAS	122	423	369	320	400	552	450	483	461	370	428		4358
ELABORACIÓN DE MATERIAL DIDACTICO	95	96	104	109	116	131	138	145	116	116	317		1439
NOTAS DE EXPEDIENTES	29	67	53	57	66	66	53	108	45	73	84		701
REVISIÓN DE EXPEDIENTES	31	61	53	63	64	72	58	123	49	81	72		727
ENTREVISTAS	8	34	38	45	54	56	35	50	34	39	39		432
GRUPOS DE PADRES SESION/ ASISTENCIA		7 103		6 97		7 103	7 80			12 97			39 480
LABORES ADMINISTRATIVAS	86	96	63	96	84	96	96	104	102	96	96		1025
VALORACIONES PSICOLOGICAS		6	5	5	3	1	3	1					24
ASESORIA A PASANTES	87	103	110	109	111	111	112	110	112	114	110		1189
SESIONES BIBLOGRAFIAS	12	12	15	15	15	15	15	15	15	15	13		157
REVISIÓN DE CASOS			10	6	6	12	6	6	14	14	18		92
JUNTAS TECNICAS	34	36	36	36	36	36	33	36	36	35	36		390
SESIONES DE TERAPIA INDIVIDUAL		13	11	23	12	13	8	9	10	14	18		131
SESIONES DE FORANEOS			2					2					4
PASEOS TERAPEUTICOS						3 22	4 21						7 43
CURSOS IMPARTIDOS/ PONENTES/ASISTENTES			1 1/10						2 8/20 8/8				3 17 38

IV. CONCLUSIONES.

Concluyo informando que México es un país joven, de acuerdo al XI Censo General de Población y Vivienda (2000) la población menor de 19 años asciende a 40' 810,907 habitantes, lo que corresponde al 50.22% de la población total. Este importante grupo de población "ocupa la más alta prioridad ya que en este prolongado lapso de vida, se da el crecimiento y desarrollo de los niños, transcurren por lo tanto, los años formativos y de mayor plasticidad, pero también los de más vulnerabilidad para revertir, compensar o atacar mediante diversos medios los efectos de la discapacidad" (Programa Nacional de Acción, Cuarta Evaluación, México y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, Octubre 1994).

Por otro lado, si bien la versión preliminar del Programa Integral de Salud Mental contempla algunos aspectos relacionados con la salud mental y la psicopatología de niños y adolescentes, el desarrollo normal y patológico en la infancia y adolescencia posee particularidades que conviene establecer, por su magnitud e importancia, en forma separada a través de acciones institucionales en la materia, diagnóstico del problema y sus recursos, objetivos, metas, y subprogramas.

Existe gran variabilidad en las tasas de prevalencia de trastorno del aprendizaje infantil en los estudios realizados, dentro y fuera del país; en México, Caraveo y cols. (1992) señalan que "en el terreno de la salud mental de los niños hay mucho por hacer, sugiriendo que la atención altamente especializada probablemente es requerida para un 7% de la población infantil entre los 3 y 12 años, y que otro 7% adicional requiere algún tipo de ayuda y atención". Del estudio anterior se desprende una prevalencia estimada del 15.6%. En este mismo informe se establece que "la demanda de los servicios de salud mental en los centros de salud de la ciudad de México muestra que los trastornos de conducta en la infancia y los síntomas especiales, entre los que se incluyen los trastornos del aprendizaje, representan el 24% y el 18%, respectivamente, en los niños y el 13.5 y el 13% en las niñas; lo que hace un total de 34.5%, ocupando así el primer lugar de demanda de atención. Costello E.J. (1989), en EEUU, reporta un 17 al 22% de prevalencia de trastorno del aprendizaje en muestra no clínica de niños y adolescentes, y Rutter M. en el estudio de la Isla de Wight (1970) encontró casi 7% de los niños menores de 10 años con alteración psiquiátrica. Es muy probable que se compartan tasas de prevalencia similares a otros países para algunos padecimientos tales como el autismo, sin embargo, para otros, tales como el problemas del aprendizaje superficial en el que la pobreza y la depravación sociocultural predominan como factores causales, es probable que México tenga una tasa de prevalencia más alta dado que aún posee condiciones de marginalidad para un sector importante de la población. Cytryn L. (1980) reporta cifras del 10 al 30% en este grupo comparado con un 3% en la población general. Cabe señalar que en México el problema de deserción y reprobación escolar desde la instrucción preescolar es un reto para el investigación en salud mental infantil

ya que el trastorno del aprendizaje puede ser causa y consecuencia. Según datos reportados por el anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1994 (INEGI) analizando el ciclo escolar 1993-1994, en el área preescolar se inscriben un total de 3,049.757 alumnos, de los cuales el 6.8% deserta y reprueba el 3.17%; conforme va avanzando el grado escolar se observa un mayor índice de reprobación. En la primaria los alumnos inscritos son 14,884.019 de los cuales el 5.20% deserta y reprueba el 8.32%. En la secundaria, los alumnos inscritos son 4,284.516 desertando el 6.34% y reprobando el 26.36% (7). A este respecto cabe señalar que en un análisis de este fenómeno, Boschetti B. refiere que según estadísticas efectuadas en tres delegaciones del D. F. en el año de 1988 y con niños de primer grado escolar se encontró que el 33% repetía el año porque tenía un déficit global e irreversible de la inteligencia. Otro 25% repetía el grado escolar por causa específicamente familiar, el otro 15% de alumnos que repitió el primer año tenía problemas específicos para el aprendizaje.

La historia del niño con trastorno del aprendizaje en México se resume en contacto de múltiples servicios, diagnósticos erróneos e intervención tardía o inexistente, todo lo anterior coadyuva en la generación de un problema que repercute en lo individual, en lo familiar y social y hasta en lo económico. Caraveo y cols. En el trabajo antes citado señala "la prevalencia de trastornos del aprendizaje en los niños alcanzaban un nivel de 12 a 29% en los diferentes centros. Además, el personal de salud, sólo detectó, en promedio, un 15% del total de los casos," y con respecto a la falta de detección por parte de la población, se reporta que "en un estudio colaborativo con la OMS acerca del camino que siguen los pacientes hasta que llegan al servicio de psiquiatría, se encontró que en los casos con problemas del aprendizaje no se empezaba a buscar ayuda sino hasta que el niño tenía 8 años en promedio; en los trastornos del desarrollo y en los trastornos emocionales el lapso que transcurre entre el momento que empiezan y la primera vez que solicitan atención, osciló entre 52 y 77 semanas".

Como se señala en el programa existe falta de cobertura, inaccesibilidad, insuficiencia e inequidad en los servicios de salud mental. Como también se menciona en el programa la conveniencia del internamiento en la infancia es muy baja por lo que urge redefinir la prestación de servicios para niños y adolescentes con un criterio de hospitalización diferente al de hospitalización cama.

Así concluyo con una propuesta para que bloque psicopedagógico mejore en el tratamiento del usuario.

ESTRATEGIA.

Reforzar actividades de prevención de los trastornos en el desarrollo de las habilidades escolares, mediante la coordinación con el sector educativo.

LÍNEAS DE ACCIÓN.

Realizar acuerdos de coordinación con el sector educativo.

Coordinar acciones con otras Unidades del Sector Salud.

Capacitar al personal médico y paramédico para generar acciones preventivas en los diferentes niveles de atención.

Unificar criterios en el sector salud y educativo para el diagnóstico de trastornos de aprendizaje.

ACCIONES ESPECÍFICAS

Coordinar actividades con el Programa de Salud Escolar, para canalización a los módulos de salud mental de los diferentes niveles de atención.

Desarrollar el material técnico necesario para las tareas preventivas.

Tratar oportunamente los trastornos del lenguaje para evitar repercusiones en la adquisición de la lecto escritura.

Canalizar niños en edad preescolar y escolar a instituciones educativas acordes al problema de aprendizaje detectado.

Diseñar cursos para personal médico y paramédico para detectar oportunamente problemas de aprendizaje.

Proporcionar atención médico psiquiátrica y psicopedagógica a la población de menores con estos trastornos.

Elaborar material técnico para actividades de prevención.

Promover cursos de capacitación a profesores de instrucción preescolar y primaria para la detección oportuna de problemas de aprendizaje y adecuada atención dentro del ámbito.

V. BIBLIOGRAFÍA.

- Dsm-iv Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona.
- Ajuriaguerra. J. Marcelli. d. (1992) Manual de Psicopatología del niño. Masson. Barcelona.
- Alfaro. M. P. Ruiz. G. P. Ramírez Z. S. Gutiérrez M. C. (1993) Riesgos para daño neurológico perinatal. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. México.
- Alonso C. M. Gallego D. J. Honey. P. (1997). Los estilos de Aprendizaje. Ediciones Mensajero. Bilbao.
- Ames. F. C. Haines. I. B. y Gillespie. c. (1981) Tes. de madurez escolar. Instituto Gesell. psicometría y psicodiagnóstico. Paidós.
- Anderson. V. Stanley G. (1992) Ability profiles of learning disabled children. Australian Psychologist. 27, 48 - 51.
- 6.- Arnold L. E. M. Ed. Learning Disorders. En Bates W. J. And Arnold. L. E. in Gregory, I and Smeltzer, D (eds) in press. Psychiatry: Essentials of Clinical Practice. Third Edition. Boston. Little Brown & Co.
- Ashman. A. F. Conway R. N. F. (1992) Estrategias Cognitivas en Educación Especial. Aula XXI. Santillana. México.
- Azcoaga J. E. Derman. B. Iglesias. P. A: (1979) Alteraciones del Aprendizaje Escolar. Diagnóstico, fisiopatología y Tratamiento. PAIDOS. Buenos Aires.
- Azcoaga J. E. y Col. (1983). Las funciones cerebrales Superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto. PAIDOS. Buenos Aires
- Azcoaga J. E. (1981) Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico. El Ateneo. S. A. México.
- Azcoaga. J. E. Bello J. A. Citrinovitz. J. Derman B y Frutos M. W. (1979). Los Retardos del Lenguaje en el niño. PAIDOS. Buenos Aires.
- Beitchman J. H. and Young. A. R. Learning Disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child. Adolescent Psychiatry 1997. 36 (8): 1020 - 1032.
- Bryant. P. Children and Arithmetic. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 36 No. 1 p.p. 3 - 32. 1995.
- Cravioto. J. Arrieta. R. (1985) Nutrición, Desarrollo Mental, Conducta y Aprendizaje. DIF. México.
- Cuetos. V. F. (1989) Lectura y Escritura a través de la ruta fonológica. Infancia y Aprendizaje. 45. 71-84.
- Delval J. (1987) Creer y Pensar. La Construcción del Conocimiento en la escuela. Laia. Barcelona.
- Duffy F. H. Geschwind. N (1988) Dislexia Aspectos Psicológicos y Neurológicos. Labor. España.
- Eugene L. M. E. Learning Disorders. Pags. 237 - 256. En Bates W. J. And Arnold L. E. in Gregory I. and Smeltzer D (Eds) in press. Psychiatry: Essentials of Clinical Practice. Third Edition. Boston: L. Ale. Brown & co.
- Flowers L.D. Brain Basis for Dislexia. A summary of work in progress. Journal of Learning Disabilities. Vol. 26. Number 9. November 1993. Pages 575 - 582.
- Franklin. B. B. (comp) (1996). Interpretación de la Discapacidad. Teoría e historia de la Educación Especial. Pomares-Corredor. Barcelona.
- Freedman. A. M. Kaplan H. i. Sadock. B. J. (1982) Tratado de Psiquiatría. Salvat Tomo I. España 1982.
- García N. J. (1997) Manual de Dificultades de Aprendizaje. Lenguaje, Lecto-Escritura y Matemáticas. Narcea. Madrid.
- Golden Ch. J. Y Anderson S. (1981). Problemas de Aprendizaje y Disfunción Cerebral. PAIDOS. España.
- Hynd. G. W. (1987). Dislexia, Teoría, Exámen y Clasificación desde una perspectiva neuropsicológica. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Ingalis. P. R. (1982) Localization of Function: The mind-body problem revisited. Journal of clinical neuropsychology. 3. 345 - 353.
- Kiernan R. (1981) Localization of Function: The mind - body problem revisited. Journal of Clinical neuropsychology. 3. 345 - 352.
- Lerner W. J. Educational Interventions in Learning Disabilities. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1989. 28. 3: 326-331.
- Lurac L. (1983) El Fracaso y el Desinterés escolar. Gedisa. México.
- Luria. A. R. (1988) El cerebro en Acción. Martínez Roca. España.
- Manga. D. y Ramos. F. (1991) Neuropsicología de la Edad Escolar. PAIDOS. Madrid.

- Molina, G. S. (1999) Deficiencia Mental. Aspectos Psicoevolutivos y Educativos. Ediciones Aljibe. Granada 1999.
- Molina, G. S. (1997) El Fracaso en el Aprendizaje Escolar (I) Dificultades Globales de tipo Adaptativo. Aljibe. Malaga.
- Molina G. S. Sinues, L. A., Deaño, D. M. Puyuelo, S. M. Bruna R. O. (1998). El Fracaso en el Aprendizaje Escolar (II). Dificultades específicas de tipo Neuropsicológico. Dislexia, Disgrafía, Discalculia y Disfasia. Aljibe. Malaga.
- Monedero, C. (1989) Dificultades de Aprendizaje Escolar. Una perspectiva Neuropsicológica. Piramide. Madrid.
- Obrzut, J. E. y Hyno, G. W. (Eds). Neuropsychological foundations of learning disabilities. A Hand book of issues, methods and practice. San Diego, C. A. Academic Press.
- Osman B. B. (1994) Problemas de Aprendizaje un asunto familiar. Trillas. México
- Ostrosky, F. Ardila, A. Chayo, R. (1996) Rehabilitación neuropsicológica. Conceptos y tratamientos básicos para la rehabilitación del Daño Cerebral. Planeta. México.
- Quiroz - Schragar (1980) Fundamentos Neuropsicológicos en las Discapacidades de Aprendizaje. Panamericana Buenos Aires.
- Raths, L. E. (1988) Como enseñar a pensar. Teoría y Aplicación. PAIDOS. Buenos Aires.
- Rourke, B. P. y Gates, R. D. (1981) Neuropsychological Research and school psychology. En: George W. Hynd y John E. Obrzut (Eds) Neuropsychological assessment and the school age child: issues and procedures. Nueva York: Grune & Stratton.
- Rourke, B. P. (Ed) (1985) Neuropsychology of Learning disabilities : Essentials of subtype analysis. New York. Guilford Press.
- Rourke, B. P. y Del Dotto, J. E. (1992) Learning disabilities. A neuropsychological perspective. En C. E. Walker y M. C. Roberts (1992) p. P. 511 - 536.
- Semrud - Clikeman, M. y Hynd G. W. (1991). Specific nonverbal and social-skills deficits in children with learning disabilities. En J. E. Obrzut y G. W. Hynd (Eds) p.p. 603 - 630
- Serón J. M. y Aguilar, V. M. (1992) Psicopedagogía de la Comunicación y el lenguaje. EOS. Madrid.
- Silver, B. L. Learning Disabilities. En American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1989. Special Section. Eds. Schowalter, J. M. D. 309 - 313.
- Silver B. L. Psychological and Family Problems Associated with Learning Disabilities: Assessment and Intervention. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1989, 28, 3:319 - 325.
- Stones E. (1963) Psicopedagogía. La Teoría Psicológica y la práctica de la enseñanza. PAIDOS: Buenos Aires.
- Vázquez R. C. (Op. Cit) El tratamiento de Niños con Problemas de Aprendizaje.
- Vázquez R. C. (Op. Cit.) El tratamiento de los Problemas de Aprendizaje en Niños Pre-escolares.
- Vázquez R. C. (Op cit) Problemas emocionales relacionados con las dificultades de aprendizaje.
- Vázquez R. C. (1989). Programa del Servicio de Psicopedagogía Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- 52.- Wiener M. J. (1997) Textbook of child adolescent psychiatry. Second Edition. American Academy of Child and adolescent. Psychiatry. American Psychiatric Press. 1997.
- Zavalloni R. (1983) Introducción a la Pedagogía especial. Herder. Barcelona.