



**UNAM
IZTACALA**

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Hipotiroidismo congénito, una disfunción
de la tiroides”**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

Lucrecia Natalia Andrea Hernández González

Directora: **Lic. Clara Bejar Nava**

Dictaminadores: **Lic. Francisca Bejar Nava**

Lic. Julia Chimal Pablo



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias.

Quiero agradecer especialmente a:

Mis papas; los mejores padres que pude haber deseado, siempre nos han apoyado y guiado, gracias por todo el amor que nos dieron.

Papa, siempre me impulsaste a seguir adelante, a luchar y ten por seguro que no dejare de hacerlo, en donde quiera que estés sabes lo mucho que te amamos y extrañamos, se que nos cuidas y que nunca nos dejas solos.

Mama, mi amiga incondicional no encuentro palabras para agradecerte por todo lo que me has apoyado siempre, se como te sientes y solo te puedo decir que la vida no ha sido del todo justa, pero debemos de seguir adelante siempre apoyándonos en la familia que Dios nos dio. Gracias por ser mi mama.

Yaya y Piti, les agradezco que siempre han estado conmigo y me han apoyado, se que aunque a veces nos peleamos siempre estaremos juntas para las buenas y las malas.

Yara, gracias por haber formado parte de mi vida aunque fuera por unos pequeños instantes.

Yonatan, agradezco a Dios que te haya mandado conmigo, siempre estaré contigo y te guiare lo mejor que pueda, espero que cuando seas mas grande entiendas que siempre te he amado y que a veces aunque quisiera no siempre puedo estar contigo, pero ten por seguro que siempre estoy pensando en ti. Eres una de las personas mas importantes de mi vida y nada va a cambiar eso.

Los amo a todos y les agradezco el apoyo que me dieron en todo este tiempo y con todo mi amor les dedico este trabajo, del cual ustedes forman parte ya. 0

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1. Historia de la educación especial.....	5
1.1 La educación especial en México.....	12
1.2 La educación especial en la FES Iztacala.....	18
1.2.1 Los centros de Educación Especial y Rehabilitación.....	19
1.2.2 La Clínica Universitaria de Salud Integral en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.....	20
1.2.3 Un caso de Hipotiroidismo Congénito en la Clínica Universitaria de Salud Integral.....	24
Capítulo 2. La tiroides.....	28
2.1 Alteraciones de la tiroides.....	30
2.1.1 Hipertiroidismo.....	31
2.1.2 Hipotiroidismo.....	32
Capítulo 3. Hipotiroidismo Congénito.....	35
3.1 Causas del Hipotiroidismo Congénito.....	36
3.2 Diagnóstico.....	37
3.3 Tratamiento.....	38
Capítulo 4. El lenguaje.....	39
4.1 Funciones del lenguaje.....	41
4.2 Factores que favorecen y dificultan el desarrollo lingüístico.....	41
4.3 Etapas del desarrollo lingüístico.....	44
Capítulo 5. Atención.....	47
5.1 El proceso atencional.....	48
5.2 Factores determinantes de la atención.....	49
5.3 Tipos de atención.....	49
5.4 Etapas del desarrollo de la atención.....	51

6. Conclusiones.....	54
7. Referencias.....	58

INTRODUCCIÓN

En mi práctica de educación especial en la clínica universitaria de salud integral, me encontré con un caso de hipotiroidismo congénito, al realizar una investigación acerca de las consecuencias en el desarrollo que genera esta enfermedad, me tope únicamente información puramente médica, lo cual hizo más difícil mi trabajo con el paciente.

Los profesionistas que trabajan en educación especial a menudo se enfrentan con estos problemas en la práctica, no tienen información al comenzar a trabajar con personas con esta disfunción. Considerando la importancia para los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) y sobre todo del área de psicología de conocer los problemas a los que se pueden enfrentar al trabajar con personas con esta disfunción, se realizará la tesina acerca de este tema y así dejar un aporte a los estudiantes de psicología de la FESI que se integren a la práctica de educación especial. Por lo tanto el objetivo de esta tesina es dar a conocer algunas definiciones del hipotiroidismo congénito, así diagnóstico y tratamiento, dando además un ejemplo de un paciente que fue remitido a la Clínica Universitaria de Salud Integral con la finalidad de conocer las secuelas que dejó en la paciente esta disfunción. A continuación se hará un resumen de este tema con los respectivos apartados que se pretenden trabajar en la tesina.

El hipotiroidismo congénito es un defecto al nacimiento que, cuando no recibe tratamiento oportuno, tiene consecuencias graves en las que destaca el retraso mental irreversible. La historia natural del hipotiroidismo ha cambiado dramáticamente en los últimos años gracias a los programas de tamiz neonatal, que consisten en detectar la enfermedad en los recién nacidos aparentemente sanos.

En nuestro país el tamiz neonatal se inició formalmente en 1988 con la expedición de la norma técnica 321 y actualmente es una acción obligatoria para los centros que brindan atención materno infantil, según lo establece la norma oficial mexicana 007-ssa2-1993 (Vela, Gamboa, Pérez, Cortés, González y Ortega 2004), aunque se han encontrado casos con hipotiroidismo congénito no detectados a tiempo después de la expedición de esta norma.

Una vez que se detecta el hipotiroidismo y se cuenta ya con un retraso se trabaja con ellos en el área de la educación especial. Diferentes disciplinas como la pedagogía y la psicología se han enfocado a trabajar con estos niños, en el caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), se cuenta con una Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), la cual trabaja en esta área.

Ha habido casos de hipotiroidismo congénito dentro de la CUSI y no se les puede dar la atención adecuada debido a que no hay suficiente información acerca de este problema visto desde el aspecto psicológico. La información encontrada, es puramente médica, pero no trata las consecuencias en el desarrollo de los pacientes con esta enfermedad.

Generalmente, la modalidad de educación especial ha sido la instancia encargada de atender la demanda educativa de las personas que por alguna razón no logran ingresar a la escuela regular, principalmente de la población que presenta algún signo evidente de discapacidad (Puigdemívol, 1986).

La educación especial está integrada por equipos de profesionales especialistas en diferentes áreas de discapacidad y su intervención está normada institucionalmente para elaborar los procesos de diagnóstico y tratamiento que permitan a los alumnos superar los déficit que presentan (Puigdemívol, 1986).

Desde los campos que abarca la psicología a nivel profesional, la educación especial ocupa un lugar importante, por su impacto y relevancia social (Benitez, Méndez y Castro, 2004).

Dentro de la psicología existen diversas corrientes que han abordado de manera diferente cada uno a la educación especial, uno de ellos es el conductismo, el cual es el que vamos a abordar dentro de este trabajo.

Los primeros autores interconductuales que conceptualizaron el fenómeno del retardo en el desarrollo psicológico fueron Bijou y Dunitz (1981) y Kantor (1982). Ellos definen el desarrollo psicológico como los cambios progresivos en la interacción entre el individuo funcionando biológicamente y el medio ambiente. Partiendo de esta premisa señalan que tales cambios ocurren a diferentes tasas -usualmente categorizadas

como acelerada, normal y retardada-, que dependen de las condiciones socioculturales y biomédicas en que interactúa el infante. Dichas condiciones son conceptualizadas funcionalmente, en términos de qué tanto facilitan o retardan el desarrollo o los cambios progresivos en la conducta del niño (Guevara, 1999).

Bijou y Dunitz (1981, citados en Guevara, 1999), agregan que de acuerdo con el punto de vista interconductual, un individuo retardado es aquel que tiene un repertorio conductual limitado como resultado de un impedimento biológico, de una condición sociocultural limitante, o de ambos aspectos:

1. El impedimento biológico (pre, peri o postnatal) restringe el desarrollo psicológico si el daño afecta una o varias de las siguientes condiciones:
 - a) si hay limitaciones en lo que es el equipo de respuestas,
 - b) si se afecta el ambiente interno o propioceptivo,
 - c) si se afecta la recepción de estimulación externa;
 - d) y si el individuo es tratado como peculiar, por parte de quienes conviven con él.

2. Las condiciones socioculturales limitantes del desarrollo incluyen condiciones inadecuadas de vida, limitaciones del ambiente físico, prácticas de crianza inadecuadas (que no favorecen el desarrollo académico o intelectual) y conductas paternas de indiferencia o abuso. (Guevara, 1999).

Entonces, el señalamiento ínter conductual comienza por integrar al sujeto retardado en su medio social para estudiar su conducta que podríamos llamar desajustada o desadaptada. Dicha desadaptación ocurre en la actividad y maduración de las personas en todas las interacciones adaptativas dentro de un ambiente social e interpersonal (Kantor, 1982, citado en Guevara, 1999).

Para estudiar la conducta de estos niños normalmente llamados “retardados”, es necesario considerar que esos pequeños muestran patrones de interacción inadecuados, y que dichos patrones se relacionan exclusivamente con sus características biológicas limitantes. Es necesario olvidar la vieja concepción de niño retrasado, torpe, retardado, minusválido, discapacitado. El individuo no es retardado, se puede hablar de niños cuya

conducta es retardada, o cuyo desarrollo psicológico es retardado, es decir, estamos hablando del retardo en el desarrollo psicológico, concibiéndolo como el producto de una conjunción de elementos de tipo biológica, social, cultural, y sobre todo educativo (Guevara, 1999).

Como se ha mencionado anteriormente, el retardo en el desarrollo es un problema multicausado que puede tener su origen en uno o varios de los factores señalados y que requiere la intervención del psicólogo, apoyado por un equipo de profesionales de la salud y la educación en este contexto, y como esfuerzo por brindar el servicio de educación especial a poblaciones de estrato socioeconómico bajo surge en la Facultad Estudios Superiores Iztacala (FESI) el interés por atender estos casos dentro de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) (Benitez, Méndez y Castro, 2004).

En esta clínica se brindan servicios médicos, psicológicos y de educación especial a las personas que lo soliciten. Dentro del servicio de educación especial, se atiende a personas con problemas de desarrollo psicológico y académico (Benitez, Méndez y Castro, 2004).

Capítulo 1. Historia de la Educación Especial

En este capítulo se expondrá como es que se fue desarrollando la educación especial a lo largo de los años, en un principio encontraremos como las personas con capacidades diferentes eran rechazadas y en algunos casos temidas escondidas o recluidas a como en la actualidad estas personas ya pueden contar con educación formal.

A lo largo de la historia se han desarrollado distintas concepciones y actitudes respecto a las diferencias individuales de todo tipo, entre ellas las discapacidades físicas, sensoriales o intelectuales. Dichas concepciones y actitudes se han reflejado en el trato y la atención hacia estas personas; de la eliminación y el rechazo sociales se pasó a la sobreprotección y la segregación, para finalmente aceptar su participación en diferentes contextos sociales (familia, escuela, trabajo y clubes).

El concepto de educación especial ha ido cambiando a través de los años, a continuación se hará una reseña de cómo ha sido.

En los pueblos primitivos, los miembros del clan o tribu con menos fuerza o habilidades físicas (niños, viejos, personas con dificultades sensoriales y físicas) representaban un obstáculo para la supervivencia del grupo. Ante la falta de alimentos, la necesidad de desplazarse a grandes distancias o el enfrentamiento con otros grupos, esas personas eran eliminadas intencionalmente o abandonadas a su suerte.

En la medida en que las sociedades fueron adquiriendo formas de organización más complejas, se desarrollaron también diferentes grados de conciencia social y de trato con respecto a las personas con desventaja. En muchos casos, en lugar de ser eliminadas eran elegidas para participar en ceremonias y rituales, ya que se les atribuían facultades divinas y eran consideradas “protegidas por los dioses”, llegando incluso a ser adorados; o bien se les relacionaba con poderes demoníacos y entonces eran consideradas “malditas de los dioses”. En otros casos estas personas formaban parte de la sociedad común, sin que se les atribuyeran dotes sobrenaturales, pero se impedía su acceso a muchos ámbitos de la sociedad (Capacce y Lego, 1987).

En otras civilizaciones por ejemplo, se les consideraba seres que no merecen vivir y que son arrojados por el monte Taijeto en Esparta o por la roca Tarpeia en Roma. No obstante, desde la filosofía, la medicina, la literatura o la leyenda, se intenta establecer una causa y también una especie de diferenciación entre las distintas deficiencias (Heuyer, 1962, citado en Ortiz 1998).

Posteriormente las sociedades desarrollaron diferentes maneras de trato, según el tipo de la discapacidad; las personas ciegas frecuentemente fueron respetadas y existen evidencias de que en muchas ocasiones se les brindó algún tipo de educación; la sordera durante muchos siglos fue considerada un defecto y, habitualmente, las personas que las padecían se les atribuyó falta de entendimiento; quienes presentaban problemas físicos evidentes (deformes o lisiados) eran vistos con repulsión, y el trato que recibían era el abandono o la eliminación. Quizás el grupo de personas menos comprendido y el que recibió peor trato fue el grupo de las personas con discapacidad intelectual, ya que en las diferentes culturas de la antigüedad fueron objeto de abandono, burla, rechazo y persecución (Frampton y Grant, 1957), en términos generales se pensaba que las personas con discapacidad eran incapaces de aprender (Ortiz, 1998).

Durante la edad media, la influencia de la iglesia cristiana fue decisiva de la manera de percibir y actuar ante las discapacidades. Por una parte los valores cristianos de respeto por la vida humana derivaron en actitudes de compasión y de caridad hacia los impedimentos, así como la condena por el infanticidio. Producto de ello fue la creación, regularmente por parte de los religiosos, de hospitales y casas para alojarlos y darles protección. Por otro lado y de manera contradictoria, la misma iglesia, con el pretexto de conservar y preservar los principios morales, difundió la explicación de las discapacidades desde una perspectiva “sobrenatural”, impregnándola de contenidos demoníacos. De este modo se permitió cierta tolerancia, y paralelamente, la ignorancia y la superstición producto de una sociedad dominada por dogmas y temores religiosos originaron el rechazo ante ciertas discapacidades (Capacce y Lego, 1987).

Constituye una fecha histórica la fundación de la primera institución consagrada exclusivamente a la asistencia de enfermos psíquicos y deficientes mentales. El autor se refiere al hospital D’Innocents, Fols y Orats, que en el siglo XV creó fray Gilabert Jofre en Valencia a modo de asilo u orfanato y bajo la advocación de Donna Santa Maria de los Innocents. (Ortiz, 1998).

En el siglo XVI aparece la figura de fray Pedro Ponce de León, (Puigdellivol, 1986), monje benedictino que estableció la relación causal entre sordera y mutismo e inició en España los primeros ensayos para la educación de los sordomudos en el monasterio de Oña en Burgos. En su obra *Doctrina para los sordos-mudos* expone el método oral que él había creado para ser aplicado individualmente en la desmutización de sus alumnos (Ortiz, 1998).

Ésta es una tarea que continuó en el siglo XVII Juan Pablo Bonet (Ortiz, 1998), quien difundió el método oral a través de su libro *Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los mudos*, pero que al no poder ser impartido en grupos carecía en principio de la proyección social deseada.

En lo referente a los ciegos, las acciones emprendidas fueron menos, aunque dentro de la misma opción de la educación sensorial también hay una respuesta para ellos. Fue Valentín Hay, el primero en adoptar la escritura en relieve y en proclamar que los ciegos eran educables. Aplica a éstos la idea de que un sentido puede ser reemplazado por otro y sustituye la vista por el tacto crea en París, en el año 1784 el primer Instituto de Jóvenes Ciegos, para que recibieran una educación específica, abandonando el carácter tradicional de asilo y en la que aquellos podían leer utilizando letras moldeadas en madera (Toledo, 1984). A esta escuela acudiría posteriormente Louis Braille, quien da un paso más sobre los logros obtenidos por su maestro al crear el sistema de lectoescritura que lleva su nombre sobre la base de los puntos en relieve para niños ciegos (Ortiz, 1998).

Como se puede observar durante los siglos XVI y XVII se originó un cambio radical en la forma de percibir las discapacidades gracias a la sistematización de los primeros métodos educativos para los niños sordos, y la creación de primera escuela pública para atenderlos. Estos hechos son significativos, sobre todo si se considera que durante muchos siglos había prevalecido la concepción aristotélica de que las personas sordas eran incapaces de aprender. Entre estas primeras experiencias, que permitieron una visión diferente de la discapacidad y de la educación que se podía brindar a estas personas (Capacce y Lego, 1987).

En el periodo que va del renacimiento al siglo XVIII, se resalta que las personas con discapacidades, aunque seguían considerándose desde la óptica de los valores cristianos, fueron ganando fuerza ciertos criterios más seculares relacionados con el orden social. La asistencia religiosa hacia los pobres y desvalidos –incluidos niños y adultos con discapacidad– se continuo dando por medio de asilos y hospitales, pero las administraciones civiles preocupadas por la apariencia física y el funcionamiento de las ciudades, adoptaron medidas que iban desde la “protección” en instituciones (cuando las personas eran originarias del lugar), hasta la expulsión o la prisión cuando eran de otras regiones (Ortiz, 1998).

En el campo del retraso mental, quizá la mejor carta de presentación de los conocimientos acumulados a finales del siglo XVIII sea la obra del psiquiatra Pinel publicada en 1801, a quien se debe la liberación de las cadenas de los pacientes ingresados en las instituciones de *Bicetre* y la *Salpetriere* aunque dudara de que tanto el idiota o el demente fueran seres susceptibles de recibir educación. También el humanismo tuvo su preludivio y germen en este cambio de actitud e intereses ante el retraso mental, así como en las ideas reformistas sobre el tratamiento que fueron fraguándose a lo largo del siglo XVIII, aunque es preciso dejar claro que la asistencia y el trato hacia el deficiente mental todavía no habían mejorado (Puigdellívol, 1986).

Podemos decir que de la ilustración a la revolución francesa, se producen avances importantes en el campo de los sordos y de los ciegos (Sánchez, 1991). Se consideran ya tanto al niño ciego como al niño sordo susceptibles de educación, lo que supuso un empuje para todos cuantos albergaban algún interés por la educación de los niños retrasados mentales y lo que dio lugar a importantes progresos en la educación de las personas deficientes sensoriales (Ortiz, 1998).

Esto permite empezar a hablar del resurgimiento de la educación especial en el siglo XVIII. Se incorporan también las aportaciones de la filosofía de Rousseau, cuyas ideas han sido aplicadas a la educación de los retrasados y han influido de forma decisiva en Pestalozzi y Fröbel (Scheerenberger, 1984). Los principios y conceptos formulados por el pedagogo Pestalozzi ejercieron intensa influencia en los pioneros de la educación de los retrasados mentales puesto que su contribución a la educación de todos los niños, incluidos los disminuidos, ha sido grande. Pestalozzi crea en Suiza el Instituto de

Iverdun para niños desgraciados con una enseñanza basada en la observación, el dibujo y los ejercicios de lenguaje, lo que constituyó el fundamento de la educación intuitiva. Sobre las mismas premisas, Fröebel crea el Instituto General Alemán de Educación y funda el primer jardín de infancia donde introduce los “dones fröebel”, el juego, los “centros de interés”..., que han inspirado a todos los países los programas de enseñanza sensorial y motora aplicados a todos los niños, incluidos los que cuentan con algún tipo de retardo (Ortiz, 1998).

En el siglo XIX Edouard de Seguin, (Puigdemívol, 1886), conocido como “el apóstol de los idiotas”, creó una pedagogía para la enseñanza de las personas con discapacidad intelectual. Durante este siglo prevaleció el punto de vista médico en la atención de las personas con alguna discapacidad (mental, física, sensorial), por lo cual se consideraba necesaria su hospitalización. La construcción de asilos-hospitales se extendió por muchos países de Europa y Norteamérica; también se crearon muchos hogares-asilos para intentar la educación de niños con discapacidad intelectual (Frampton y Grant, 1957). En los internados se establecieron normas de conducta que, en algunos casos, aun persisten (Toledo, 1981, Gofman, 1970). Por lo general los doctores y las enfermeras supervisaban la vida de los internos, quienes eran considerados como pacientes. Su biografía era la historia clínica; al programa de vida se le llamaba tratamiento y al trabajo se le denominaba terapia laboral. La recreación también era considerada terapia y la escuela, la terapia educacional. Se les consideraba como enfermos y se les cuidaba para evitar riesgos (Toledo, 1984); se admitía que los niños con alguna discapacidad; incluso intelectual, eran capaces de aprender, pero debían estudiar en internados, separados de sus familias y de su comunidad desde edades tempranas, por lo que a esta etapa se le conoce como la era de las instituciones. El principio que regía la enseñanza de estos alumnos era el de compensar las deficiencias sensoriales con el fin de que pudiesen regresar al mundo de los “no discapacitados” (Weishanahn, 1976, Toledo, 1981, citados en Ortiz, 1998).

Sin embargo, esta postura no era del todo compartida. Algunos pensadores defendían la creación de escuelas especiales, o de clases especiales dentro de las escuelas regulares, sin alejar a estos niños de sus familias. Por ejemplo Johann Wilhelm Klein, (Toledo, 1981) promovió en Austria la idea de que los niños ciegos estudiaran en escuelas públicas, y en 1842 el gobierno austriaco decretó que los alumnos ciegos podían ser

educados, atendiendo a sus necesidades, en su hogar o en la escuela de la comunidad. A fines de este siglo Alejandro Graham Bell propuso organizar clases especiales en las escuelas públicas para atender a los niños sordos, ciegos y deficientes mentales (Ortiz, 1998).

Los grandes internados, opción educativa preponderante para los niños con deficiencias durante el siglo XIX, se mantuvieron vigentes en países como Italia hasta bien entrado el siglo XX (Sanz del Rió, 1988), aunque gradualmente se fueron advirtiendo sus efectos adversos. Como dice Gofman (1970), “las instituciones cerradas limitan el desarrollo de los internos por que no se les permite asumir el rol diferente del que propone la institución” (Ortiz, 1998).

Desde principios del siglo XX hasta la década de los sesenta dominó una concepción organicista y psicométrica de las discapacidades sustentada en el modelo medico. Se consideraba que todas las discapacidades tenían origen en la disfunción orgánica producida al comienzo del desarrollo, por lo que era difícilmente modificable. Esta concepción exigía una identificación más específica de los trastornos, –por lo que se desarrollaban pruebas e instrumentos de evaluación– y una atención especializada, que implicaba un tratamiento distinto y separado para cada paciente, y una educación también distinta y separada de la escuela común (Marsechi y Martin, 1990; citado en Ortiz, 1998).

En el terreno educativo, esta concepción se tradujo en el reconocimiento de que los sujetos con discapacidad eran educables, y que la respuesta educativa apropiada era la apertura de escuelas especiales con una organización similar a la de las escuelas regulares (Toledo, 1981; citado en Ortiz, 1998).

Las escuelas especiales albergaron dos tipos de alumnos: los que tenían una discapacidad sensorial o física evidente (ciegos, sordos y con problemas de desplazamiento), pero manifestaban un tipo de aprendizaje mucho más lento que el de sus compañeros. Estos últimos se consideraban “fuera de la normalidad” en un medio escolar estándar, pensado para una población homogénea o “normal” (Toledo, 1981; citado en Ortiz, 1998).

El concepto de “normalidad” en el aprendizaje estaba relacionado, pues con la capacidad intelectual, que solo podía medirse con instrumentos para evaluar la inteligencia. Uno de los promotores de éste enfoque a principios de siglo fue Alfred Binet quién, junto con Theodore Simon, desarrollo los primeros test psicométricos (Jiménez, 1999).

En muchos países, la generalización de la educación tuvo que enfrentar el problema de enseñar a grupos numerosos de alumnos (en muchas ocasiones de hasta 80 ó 90 personas) y muy heterogéneos en cuanto así ritmo de aprendizaje, La solución que ofreció Binet a esta gran diversidad fue la homogeneización de los grupos escolares a partir de la evaluación de la inteligencia, recurriendo a la noción de “normalidad” en términos de rendimiento y de características de promedio que presentaban los niños en relación a su edad. La “anormalidad” se considero en función de la distancia con respecto a esas características promedio esperadas de acuerdo con la edad. Así fue como llego a considerarse necesario el diagnóstico de la inteligencia como pasa indispensable para derivar a los niños al tipo de escuela que requerían (Jiménez, 1999).

La escuela especial era la respuesta educativa a los alumnos con inteligencia “limitote” o “baja” (Gerahearth y Weishahn, 1976). Según Gómez Palacios (1996) la gran aceptación de las pruebas de inteligencia estandarizadas influyo, a nivel internacional, en la elaboración de programas escolares y contenidos curriculares. Afirma que la estandarización de los contenidos escolares trajo consigo el fenómeno de reprobación, con lo cual se consolido la idea de que algunos niños no estaban capacitados para asistir a la escuela regular, y por lo tanto su opción era la escuela especial (Ortiz, 1998).

De esta manera, resulta explicable que entre la primera guerra mundial y los años setenta se haya institucionalizado y extendido tanto la oferta como la demanda de educación especial, sobre todo para niños con discapacidad intelectual. Se había aceptado ya la concepción de “anormalidad intelectual” (en el sentido de Binet y de Terman) y la practica del diagnóstico en términos cuantitativos, con especial énfasis en las deficiencias de los niños que no avanzaban en su aprendizaje al mismo ritmo que sus compañeros. (Ortiz, 1998).

Hasta el momento hemos podido observar como es que se ha ido desarrollando el concepto de retardo en el desarrollo en el mundo, como a lo largo de las épocas se cambio el concepto de retardo que se tenía, así como las personas con alguna capacidad diferente o algún tipo de retardo fueron obteniendo el derecho a la educación y a la no repulsión o separación de sus familias para poder obtenerla.

1.1 La Educación Especial en México

A continuación veremos como es que se va desarrollando el concepto de educación especial en nuestro país y como es que a lo largo de los años se va formalizando la educación de las personas con capacidades diferentes.

Con respecto a cómo surge la educación especial en México tenemos que la primera iniciativa para brindar la atención a estos niños, corresponde a don Benito Juárez, quien en 1867, funda la escuela nacional de sordos y en 1870 la de ciegos. En 1914 el Dr. José González eminente científico precursor de la educación especial para deficientes mentales, inició la organización de una escuela para débiles mentales en la ciudad de León Guanajuato (Pérez y Tafoya, 1996).

En el período de 1919 a 1927 en el Distrito Federal se fundan dos escuelas de orientación para varones y mujeres ya para 1929 el Dr. José de Jesús González, plantea la necesidad urgente de crear una escuela modelo en la ciudad de México, la cual se concretiza en 1932, y es fundada por el Dr. Santa María, localizada en el anexo a la policlínica # 2 del Distrito Federal (Pérez y Tafoya, 1996).

En 1935 el Dr. Roberto Solís Quiroga, gran promotor de la educación especial en México y América, planteó al entonces ministro de educación pública Lic. Ignacio García Téllez, la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país; el resultado de esta iniciativa lleva a la inclusión en la ley orgánica de educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales por parte del estado (Pérez y Tafoya, 1996).

En 1941 el ministro de educación, Lic. Octavio Vejar Vázquez, accediendo a la petición del Dr. Solís Quiroga, propuso la creación de una escuela de especialización de maestros en educación especial, y es hasta el 7 de junio de 1943 cuando abre sus puertas

la escuela de formación docente para maestros especialistas de educación especial. La nueva institución contó inicialmente con las carreras de maestros especialistas en educación de deficientes mentales y de menores infractores; agregándose en 1945 las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y de sordomudos (Pérez y Tafoya, 1996).

En 1954, se creó la dirección de rehabilitación y en 1955 se agregó a la escuela de especialización la carrera de especialista en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor (SEP. 1985).

En la década de los 60's; bajo la dirección de la profesora Oldamira Maya Gotilla se inauguran las escuelas primarias de perfeccionamiento 1, 2, 3 y 4. Por otra parte, con el decreto del 18 de diciembre de 1970 se consolida un sistema educativo para los niños con necesidades especiales, en dicho decreto se ordena la creación de la Dirección General De Educación Especial; más que un acto administrativo, este hecho representó un cambio de actitud del estado hacia la atención de este tipo de educandos. De esta manera se cristaliza el largo sueño de todos aquellos que desde el ángulo profesional o familiar eran testigos de la marginación de las personas con necesidades especiales (tal vez estemos esperando otro siglo más para su atención oportuna). Esto también significó la respuesta a las demandas de los maestros que en su práctica diaria comprobaban las necesidades de un tratamiento especial para estos niños (SEP. 1985).

Además con ello se abrió un camino institucional para sistematizar y coordinar acciones hasta entonces dispersas y fragmentarias, representando así la evolución sociocultural de México, al incorporarlo al grupo de países que, de acuerdo con las recomendaciones de la UNESCO, reconocen la necesidad de la educación especial dentro del amplio contexto de la educación general (SEP. 1985).

Con respecto a la fundamentos legales de la educación especial, ésta es reconocida como parte del sistema educativo nacional en el artículo 15 de la ley federal de educación, dicho artículo afirma que “el sistema educativo nacional comprende además la que se imparte de acuerdo con las necesidades educativas de la población y de las características particulares de los grupos que las integran.” (SEP. 1985).

Tiene por fundamento los artículos 48 y 52 de la Ley de Educación que se refiere al derecho a la educación, el artículo 5° de la misma ley, que se refiere a los fines y principios establecidos en el artículo 3° de la constitución de los Estados Unidos Mexicanos; “la educación que imparte el estado-federal, estado-municipio, tendrá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia en la justicia.” (SEP. 1985).

El artículo 48 de esta misma ley, dice “los habitantes del país tienen derecho a las mismas oportunidades de acceso al sistema educativo nacional, sin más limitaciones que satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones relativas.” El artículo 52 establece los derechos de quienes ejercen la patria potestad o la tutela; “obtener la inscripción necesaria para que sus hijos o pupilos, menores de edad reciban la educación primaria” (D.G.E.E. S. E. P. 1985).

Estas disposiciones legales al reconocer el derecho a la educación de todas las personas, reconocen también el derecho a los niños y personas que por sus limitaciones físicas o psíquicas tienen requerimientos de educación especial. Además de estos fundamentos existen documentos internacionales en donde se establecen los derechos de esta población como: la Declaración de los Derechos de los Niños (1956); Declaración de los Derechos de las Personas Mentalmente Retardadas (1971); Declaración de los Derechos de los Impedidos (1976).

En sus conclusiones estos documentos recomiendan la acción nacional e internacional sobre marcos de referencia y bases comunes para asegurarles a estas personas la dignidad humana, la salud, la rehabilitación para el trabajo, la participación social y política, así como todas las condiciones que puedan facilitarles una vida plena.

En 1976, durante el gobierno de Luis Echeverría (Pérez y Tafuya, 1996), se decretó el reglamento para la prevención de la invalidez y rehabilitación de inválidos, en el artículo 20 establece que la Secretaria de salubridad (SSA), promoverá la enseñanza en la educación de medidas preventivas.

La SSA, para dar cumplimiento al programa de prevención y rehabilitación de invalidez, creó los centros de rehabilitación y educación especial para inválidos y procurará su integración a la vida económica y social del país. En este reglamento se define la rehabilitación como conjunto de medidas médicas, sociales y educativas que tienen como objetivo que los inválidos puedan realizar actividades que les permitan ser útiles a ellos mismos, a su familia y a la sociedad (art. 184) (Pérez y Tafoya, 1996).

Por invalidez se entiende la limitación de la capacidad del individuo para establecer alguna actividad necesaria para su desarrollo, como secuencia de alguna deficiencia somática, psicológica o social. A continuación se desglosa cada una de ellas (Pérez y Tafoya, 1996):

Invalidez somática:

- a) Debilidad visual.
- b) Ceguera parcial o total.

Del sistema músculo-esquelético:

- a) Deformaciones genéticas.
- b) Amputaciones artropatías.
- c) Secuelas de lecciones óseas.

Del sistema nervioso:

- a) Parálisis.
- b) Epilepsias.
- c) Afasias.

De la audición:

- a) Sordera.
- b) Hipoacusia.

Del aparato fono articular:

- a) Dislalias.
- b) Pérdidas o alteración de la voz.

De la visión:

- a) Ceguera parcial.
- b) Ceguera total.

Invalidez psicológica:

- a) Deficiencia mental.
- b) Trastornos conductuales permanentes.

Para finalizar es importante resaltar que de acuerdo a la UNESCO (1979), entre un 10% y un 15% de los niños están considerados como incapacitados y requieren de una atención especializada (Pérez y Tafoya, 1996).

Ibarra, del Toro y Rosales 1973 (citados en Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla, 1983), reportaron en ese año que aun cuando no se tenían cifras exactas se calculaba que aproximadamente el 26.8% de la población que requería educación especial se encontraba en edad productiva, lo que para un país en desarrollo tiene un impacto significativo en su economía, con lo cual se agrega un elemento más para la atención a esta problemática de la excepcionalidad.

En México, a pesar de los alcances que se han tenido en la educación especial ésta sigue constituyendo un problema, ya que de la población total el 10% requiere de atención especial; en este porcentaje se consideran tanto los individuos con problemas graves o agudos, como aquellos cuyos problemas son de mediano alcance y que pueden rehabilitarse en un corto tiempo para incorporarse a la población normal (Pérez y Tafoya, 1996).

Ahora bien, de este 10% se informa que solo es atendido el 2.71%, además algunos especialistas consideran que este 10% habría que añadir los casos no reportados que encuentran en la marginalidad y que de ser así este porcentaje se incrementaría de manera notable en México. Con los datos anteriormente mostrados tenemos entonces que más del 90% de la población con requerimientos de educación especial no está siendo atendida, lo cual debe considerarse bastante grave (Pérez y Tafoya, 1996).

En el año de 1977 se creó en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Centro de Estudios del Niño Especial (CENE), (Galindo y cols, 1983), que ha realizado funciones de diagnóstico, canalización, diagnóstico, tratamiento psicopedagógico, capacitación e investigación en dos grandes áreas de la educación especial: retardo en el desarrollo y problemas de aprendizaje.

En mayo de 1995 se formó en los Pinos la Comisión Nacional coordinada para el desarrollo del programa nacional para el bienestar y la incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad (Pérez y Tafuya, 1996). Entre sus principales planteamientos resaltan:

1. Prevención de la salud y de la discapacidad.
2. Ampliar el acceso a la rehabilitación y a la obtención de aditamentos.
3. Acceso de niños con discapacidad a las estancias para bienestar y desarrollo.
4. Protección y atención integral al anciano con discapacidad.
5. Integración de las menores con discapacidad a la escuela regular.
6. Oportunidades de capacitación laboral que permitan tener las mismas oportunidades de trabajo.
7. Garantizar a las personas con discapacidad acceso a la cultura, deporte y recreación.
8. Derribar las barreras físicas, de transporte y comunicación.
9. Difundir la cultura de integración y respeto hacia las personas con discapacidad y facilitar su acceso a los medios de comunicación.
10. Garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de la persona con discapacidad

En México la educación a los niños con alguna discapacidad no ha ido a la par de los otros países, al contrario se comenzó con un desfase de muchos años, como se pudo observar se comenzó con la creación de escuelas para niños ciegos y sordos para con el paso del tiempo crear una escuela para maestros dedicados a atender a los niños con algún tipo de retardo en el desarrollo y abrir clínicas o centros de atención especializados en ayudar a estas personas.

Como se puede observar, además en las cifras que se presentan son muy pocas las personas que son atendidas del porcentaje de personas que cuenta con algún tipo de discapacidad. A continuación conoceremos un poco más a fondo una de las Clínicas que atienden a personas con alguna discapacidad y que es creada por la UNAM.

1.2 La educación especial en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Una de las escuelas de la UNAM en la cual se cuenta con la materia teórica y práctica de educación especial es la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual nació en el año de 1975. A raíz de conocer la demanda de la población de necesidad de clínicas para atender a pacientes de educación especial es como nace la idea de abrir clínicas de rehabilitación para pacientes, las cuales serían atendidas por alumnos, cubriendo así también la demanda de aprendizaje a la cual se estaba enfrentando la población de la FES.

La Escuela Nacional de Estudios Profesionales, (Gaceta Iztacala, UNAM, 2000 no. 138), se origino como resultado de una reorganización de las tareas de la UNAM, que al crecer cualitativamente en los años setenta, rebasó la capacidad instalada en su campus al sur de la ciudad, lo que dificulto su desarrollo armónico y equilibrado por la extensión de la enseñanza media superior; el incremento de la demanda de educación a nivel profesional y la consiguiente sobreestructuración de sus instalaciones.

En 1973, el entonces rector de la universidad, Dr. Guillermo Soberon, solicito al Consejo Universitario la apertura de nuevos campus distribuidos en el área metropolitana, que se denominarían Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP), y que permitirían una descentralización regionalizada de las actividades de la docencia, investigación y extensión universitaria. Es así como en 1975 se crea la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala (ENEP-I), hoy conocida como Facultad de Estudios Profesionales de Iztacala (FESI), en donde se imparten las carreras de Odontología, Psicología, Medicina y Biología (Gaceta Iztacala, UNAM, 2000 no. 138).

El área de educación especial de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), fue conformada en 1976. En sus inicios tuvo como única función la de impartir materias teóricas y aplicadas relacionadas con la utilización de los principios de la psicología conductual al campo del retardo en el desarrollo y la educación especial. Desde sus inicios pudo observarse su tendencia “revolucionaria”. Afirmando esto por dos razones (Guevara, 2005);

En primer lugar, porque el plan de estudios de la carrera de Psicología-Iztacala fue el único currículum de esta disciplina que contemplaba al área de la educación especial como un campo de trabajo importante en sí mismo; en otros programas de estudio, aún ahora, el tema de la educación especial es parte de la materia “psicología educativa” o “psicología clínica”. Esto denota que quienes diseñaron el plan de estudios tuvieron la claridad de ver que este campo requiere definiciones teóricas e instrumentos de trabajo específico, así como del desarrollo de habilidades en nuestros estudiantes que son particulares para este campo de aplicación de la psicología.

En segundo lugar, este plan curricular fue el único que contempló la integración de diversas materias, con valor curricular, encaminadas a capacitar a los estudiantes para brindar servicios profesionales dentro de la situación clínica, educativa y social, bajo la supervisión estrecha y directa de los profesores. (Guevara, 2005). Para poder cumplir con este objetivo, se crearon algunos centros de rehabilitación para las personas que requerían educación especial.

A continuación se explicará como funcionaban estos centros.

1.2.1 Los Centros de Educación Especial y Rehabilitación

De acuerdo con Galindo y cols (1983), Centro de Educación Especial y Rehabilitación (CEER), es el nombre que recibe cada uno de estos centros dependientes de la ENEP Iztacala, en la que se ofrece la comunidad los servicios de rehabilitación para niños retardados.

En su inicio estos centros funcionaban en diversas instalaciones proporcionadas por diferentes instituciones gubernamentales. El sistema de trabajo de cada uno de ellos dependía en gran medida de las características propias de cada lugar, con una serie de lineamientos generales que regulaban el funcionamiento de todos.

El CEER contaba fundamentalmente con dos objetivos:

1. Poner a los estudiantes de la carrera de psicología en contacto con la realidad social, dotándolos con las herramientas necesarias para resolver los problemas de rehabilitación que han de enfrentar en la comunidad.

2. Proporcionar a la comunidad un servicio de asistencia social, destinado principalmente a la rehabilitación de los niños que sufren de retardo en el desarrollo.

Instalaciones

Para cumplir con su cometido estos centros fueron fundados con cuatro áreas de trabajo básicas:

- a) Cubículos
- b) Un salón de juegos
- c) Un patio de juegos
- d) Un salón de clases

La atención a los pacientes dependía del número de cubículos, las dimensiones de las áreas restantes y el número de estudiantes en cada semestre.

Con el tiempo se realizó el cambio de estos centros de rehabilitación se cambió por CUSI, que hasta la fecha continúa laborando de forma interdisciplinaria con los pacientes.

1.2.2 La Clínica Universitaria de Salud Integral en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) fue fundada en 1985 y desde entonces ha cumplido una importante función en la formación práctica de los alumnos de psicología. La existencia de una clínica universitaria donde los estudiantes proporcionan servicios de educación especial puede parecer algo tan cotidiano, que nos hace olvidar su importancia.

En esta clínica se brinda a los usuarios servicios médicos, psicológicos y de educación especial. Dentro de este último servicio, se atiende a personas con problemas de desarrollo psicológico y académico (Benitez, Méndez y Castro, 2004).

Atención a la comunidad

A continuación se explicará el funcionamiento de la CUSI de la FES Iztacala en el área de educación especial.

Recepción de pacientes.

Las personas que acuden a la CUSI solicitando el servicio de educación especial pueden dirigirse en cualquier momento del año a la jefatura de psicología en la CUSI y llenar un formato en donde explican el motivo de la consulta, sus datos generales y el horario en que pueden acudir. En ese momento se les informa que estarán en lista de espera y que la recepción del paciente será en el siguiente semestre de acuerdo con el calendario de la UNAM y que se les llamara por teléfono para concertar una cita (Plancarte y Ortega, 2003).

Horario de atención a la comunidad

El horario de atención a la comunidad es de 8 a 19 hrs, distribuido en cinco turnos de dos horas cada uno (Op Cit).

Servicios que se ofrecen

Los servicios que se ofrecen son: atención individualizada, evaluación del desarrollo general del paciente, tratamiento de acuerdo a los resultados de la evaluación inicial, entrenamiento a padres y comunicación con maestros y otros profesionales (Op Cit).

Requisitos para la atención

Los requisitos son asistencia, puntualidad, cooperación en el tratamiento a seguir con el paciente, incorporación al curso de entrenamiento a padres que se lleva a cabo en el mismo horario de atención al paciente, así como solicitar y/o asistir a las consultas medicas sugeridas en el beneficio del paciente (Op Cit).

Cuotas

Las cuotas varían de acuerdo al estudio socioeconómico que realice la trabajadora social (Op Cit).

Estructura y funcionamiento

Como se menciono anteriormente existen cinco turnos en los cuales se presta atención a la comunidad y además se cubre con los objetivos de servicio y docencia. A cada turno asiste un grupo de alumnos diferente que se encuentra cursando la materia de Psicología Aplicada V. Existe diferente número de profesores responsables dependiendo de la cantidad de alumnos que se reciben (Op Cit).

Docencia

Generalmente en todos los turnos se sigue una ruta crítica tanto para las actividades del paciente como para la de los alumnos, ambas se desarrollan de manera simultánea (Op Cit).

A continuación se describe cada una de las partes que conforman esta ruta critica tratando de explicar los pasos que se llevan a cabo durante todo el semestre (Op Cit).

Inscripción

Se programan fechas de inscripción al inicio de cada semestre y en las cuales el paciente debe acudir a la CUSI para solicitar su reinscripción o inscripción en el servicio. Además se les informa de la fecha en la cual deberán de llevar al paciente a la primera sesión (Op Cit).

Curso introductorio

A los estudiantes se les da un curso introductorio, el cual se imparte en las primeras tres semanas, si los estudiantes son de quinto semestre y dos semanas si son estudiantes de sexto semestre. El material bibliográfico que se revisa en este curso se vincula con aspectos relacionados con la definición de educación especial concepto de retardo en el desarrollo, evaluación y diagnóstico, programación (objetivos, análisis de tareas, técnicas de tratamiento y diseños de programas) y revisión de algunos tipos de problemas (en función de las problemáticas atendidas en cada turno) (Op Cit).

Ambientación

En el periodo de ambientación se reciben a los niños y durante dos o tres días conviven con los estudiantes a manera de “raport”, organizando actividades tanto de salón como de patio. Posteriormente se lleva a cabo la asignación de niños con los estudiantes

dependiendo de las afinidades que se observan en dicho periodo y de los intereses de cada alumno, el servicio se extiende al entrenamiento a padres por lo que algunos estudiantes se dedicaran a trabajar con padres y otros mas se pueden involucrar en diferentes talleres relacionados con la practica que cursan (Op Cit).

Evaluación

Posteriormente se lleva a cabo el proceso de evaluación inicial, el cual implica un proceso de recuperación de información con el propósito de justificar las decisiones educativas y/o tratamiento que se requieren para cada caso en específico. En este proceso se hace uso de diferentes pruebas (Inventario de Habilidades Básicas, Diagnóstico conductual académico, Detección de desarrollo psicológico, entre otros) entrevistas a maestros, a padres y en particular se lleva a cabo una visita en la casa de cada uno de los niños que reciben servicio de educación especial. También se considera la información del expediente anterior como punto de partida para decidir que programas se llevaran a cabo (Op Cit).

Diseño de programas

Con base en la información obtenida en el proceso de evaluación inicial los estudiantes se dedican al diseño de programas mediante una asesoría directa en la selección de áreas y subáreas de tratamiento. Esto implica una planeación de los programas que el niño requiere para su desarrollo psicológico, la cual debe de justificarse en términos de las habilidades de conducta que se muestra antes de iniciar la instrucción y de los objetivos a lograr (Op Cit).

Intervención

En la fase e intervención se aplican los programas diseñados para cada niño en general, se elaboran los programas de acuerdo a las características particulares de cada uno y se llevan a cabo, ya sea en cubículos individuales o en áreas cubiertas como el jardín o en alguna área en particular de la misma clínica, como puede ser el entrenamiento en lavado de manos y dientes se utilizan los baños exclusivos para los niños (Op Cit).

Postevaluación

Al finalizar el semestre, los estudiantes llevan a cabo una postevaluación, la cual permite hacer una comparación en términos cualitativos y cuantitativos del nivel de desarrollo inicial con el nivel alcanzado el término del semestre (Op Cit).

Elaboración de los expedientes

Por último habría de señalar que cada estudiante debe estructurar un expediente, vaciando, recopilando, e integrando toda la información obtenida a lo largo del semestre. Los puntos que se incluyen en dicho expediente son: ficha de identificación del niño, descripción conductual, descripción cualitativa y cuantitativa de la pre-evaluación. Selección de áreas y subáreas de tratamiento, objetivos generales y específicos de la intervención, programas, resultados de los programas, descripción de la postevaluación, sugerencias a los padres del manejo de los programas en casa, recomendaciones y sugerencias al próximo tutor (Op Cit).

Trabajo con padres

Los estudiantes que eligen trabajar con los padres estructuran diversas actividades a nivel de pláticas, seminarios, conferencias, convivios, desarrollo de dinámicas e incluso visitas a la Coordinación de Recursos de Apoyo a la Práctica Académica (CRAPA) (Op Cit).

1.2.3 Un caso de hipotiroidismo congénito en la Clínica Universitaria de Salud Integral

En este apartado expondremos un caso específico de educación especial remitido a la CUSI, se verán los generales del paciente, cual es el diagnóstico médico y el método de trabajo con el paciente dentro de la CUSI. Se puede observar cuales fueron los avances del paciente en las áreas evaluadas de acuerdo con el Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay.

Dentro de la práctica de educación especial en la CUSI se remite un paciente, el cual fue diagnosticado con hipotiroidismo congénito y retraso psicomotor, se realizó el trabajo de acuerdo a lo anteriormente expuesto en la entrevista con la familia se obtuvieron los siguientes datos. El paciente nació el 23 de diciembre de 1995, vivía al norte de la ciudad, su familia esta conformada por el papá, la mamá, dos hermanos mayores. El embarazo fue tranquilo, naciendo el paciente una semana antes de cumplir los diez meses de gestación, por que la mamá no presentaba los dolores de parto. Al nacer su cuerpo se encontraba cubierto de un cebo amarillento, la boca abierta y la lengua un poco de fuera, no se presentaron reflejos y al momento de llorar trago un poco de cebo con el cual estaba cubierto. Los padres reportan que no se le realizó la prueba de tamiz

neonatal. Al cumplir un año seis meses de edad, el paciente no sostenía la cabeza y permanecía con la boca abierta y la lengua de fuera, se le realizaron los estudios y se le diagnóstico hipotiroidismo congénito y se comenzó el tratamiento con levotiroxina, el cual debe de tomar de por vida.

Posteriormente el paciente asistió a los Centros de Atención Múltiple (CAM) 12, 21 y 13 a la edad de tres años y a la edad de cuatro años con seis meses ingreso a terapias de lenguaje en la clínica 72 del INSTITUTO Mexicano del Seguro Social (IMSS), de donde la terapeuta la mando a la CUSI, a la cual asistió desde los cuatro años ocho meses. Cuando se trabajo con el paciente, este contaba con cinco años de edad.

Se realizo la evaluación con el Inventario de Habilidades Básicas (IHB) de Macotela y Romay (1992), este instrumento nos sirve para conocer de forma cuantitativa el nivel de desarrollo que presentan los pacientes dentro de las cuatro áreas básicas de desarrollo que maneja la autora: área básica (atención, seguimiento de instrucciones, imitación y discriminación); área de coordinación viso- motriz (coordinación motora gruesa y coordinación motora fina); área personal-social (autocuidado y socialización), área de comunicación viso motriz (vocal-gestual, comunicación verbal-vocal y articulación).

El paciente al cual se hace referencia obtuvo los siguientes resultados en cada una de las áreas:

Áreas	Subáreas	Porcentaje de ejecución	Total
Básica	Atención	46.42%	19.18%
	Seg. De instrucciones	23.31%	
	Imitación	10%	
	Discriminación	13.33%	
Viso motriz	Coord. Motora gruesa	42.5%	44.02%
	Coord. Motora fina	39.24%	
Personal social	Auto cuidado	34.04%	32.89%
	Socialización	31.03%	
Comunicación	Comunicación vocal gestual	18.68%	0.12%
	Comunicación verbal-gestual	0%	
	Articulación	0%	

Lo que respecta a los ejercicios del área de comunicación específicamente a las subáreas de comunicación verbal gestual y articulación no se realizaron los ejercicios, por este motivo es que se observa que los porcentajes son de 0%.

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación del IHB se encontró que el paciente tenía dificultades en todas las áreas pero sobre todo se notan más las deficiencias en el área básica, ya que obtuvo un porcentaje de 19.18% en el área de porcentaje de 19.18%, en el área de personal-social donde obtuvo un 32.89% y en el área de comunicación donde se observa el porcentaje más bajo obtenido de todas las áreas, un 012%. La paciente no era capaz de mantener la atención, de seguir instrucciones ni de auto cuidado, además de que no expresaba sus necesidades verbalmente por lo que se decidió trabajar en estas áreas con ellas.

De acuerdo a lo obtenido en la evaluación se diseñaron tres diversos programas en los cuales se trabajaron las áreas de lenguaje, atención y autocuidado; después de aplicar estos programas se evaluó nuevamente al paciente obteniendo cambios significativos en las diversas áreas:

Área básica; en esta área se obtuvo un porcentaje total de 64.63%, lo que demuestra un incremento del 37.06% comparándose con la evaluación inicial. En las subáreas se obtuvo el siguiente porcentaje:

Atención 85.71%, después de la intervención el paciente fue capaz de permanecer orientada hacia los estímulos y hacia la terapeuta.

Seguimiento de instrucciones; se obtuvo un porcentaje de 52.63%

Imitación; se obtuvo un porcentaje de 70.9%

Área personal social: en esta área se obtuvo un porcentaje total de 53.55%, obteniéndose un incremento del 36.78% comparado con la evaluación inicial. En las subáreas se obtuvo el siguiente porcentaje:

Autocuidado: en la evaluación después de la intervención se obtuvo un resultado de 85.71%

Socialización: se obtuvo un porcentaje de 66.64%

Área de comunicación.

Se lograron pocos avances en esta área; debido a que el paciente no era capaz de establecer comunicación lingüística con los demás. El porcentaje obtenido en la segunda evaluación fue de 10%. El programa que se trabajó con el paciente se tuvo que modificar debido a que este no era capaz de articular palabras completas, se manejó un programa en el cual el paciente comunicaba sus necesidades básicas a través de carteles con diferentes acciones.

Área viso motriz. En esta área se obtuvo un porcentaje total de 70%. El trabajo de esta área se llevó a cabo con diferentes terapeutas.

Capítulo 2. Que es la tiroides

En este apartado se mencionará lo que es la tiroides así como sus funciones, como se observara a lo largo de este apartado será visto desde el punto médico, debido a que es donde se encuentra mas información referente al tema. La tiroides es el principal responsable del control metabólico en el organismo. Libera hormonas capaces de aumentar la síntesis proteínica en los tejidos y el consumo de oxígeno tisular y es imprescindible en el crecimiento y el desarrollo fetal.

La tiroides es una glándula endocrina, cuya secreción, pasa directamente a la sangre, consta de dos lóbulos unidos por una porción central que se llama istmo. (Sánchez, 1993). La glándula tiroides se localiza en la parte anterior del cuello, bajo la nuez de adán (Fig. 1, Fig 3). Tiene forma de mariposa y abraza a la tráquea. Esta formada por dos lóbulos más o menos iguales que se juntan en el centro. (Fig. 2), las hormonas tiroideas son esenciales para cualquier célula del organismo. Ayuda a regular el crecimiento y desarrollo, la frecuencia cardiaca, a la tensión arterial, la temperatura corporal y la tasa metabólica del cuerpo, o sea, la velocidad con la que la comida se convierte en energía (Fitzgerald, 1989).



Fig. 1 Muestra la ubicación de la glándula tiroides (Sánchez, 1993)

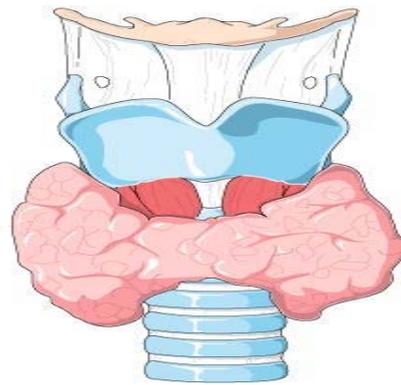


Fig. 2. Muestra la forma de la glándula tiroides (Sánchez, 1993)

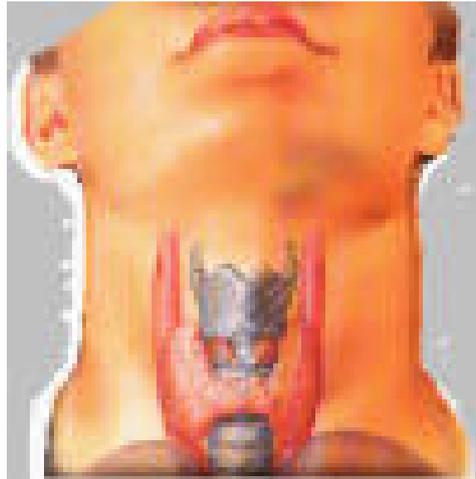


Fig. 3. Muestra la ubicación de la tiroides (Dieguez, 1999)

La tiroides es la primera glándula endocrina que aparece durante el desarrollo embrionario. En el hombre puede identificarse ya a los 16-17 días de gestación, cuando aún está en contacto con el corazón en desarrollo. Su origen es endodérmico y se forma como un apéndice de las bolsas faríngeas. La tiroides migra caudalmente siguiendo el camino del conducto tirogloso; hacia los 40-50 días alcanza su localización anatómica definitiva, después de fracturarse el tirogloso. Para entonces tiene un peso de 1-2 mg.; después pesará 100-300 mg. Hacia la mitad de la gestación, al nacer pesa de 1-3 g y unos 20 g en el adulto. (Dieguez, 1999).

Histológicamente se pueden distinguir tres etapas principales en el desarrollo del tiroides: la precoloidal (5.5-10 semanas), la coloidal inicial (10-11.5 semanas) y la de crecimiento folicular (11.5 semanas en adelante). Entre el tercero y el sexto mes de embarazo van apareciendo folículos por toda la glándula y, al nacer, el tiroides humano contiene abundantes folículos bien formados y llenos de coloide. La capacidad de las células tiroideas para concentrar yodo, elemento esencial para la síntesis de hormonas, no aparece hasta entrado el segundo trimestre, coincidiendo con la aparición de espacios intracelulares que contienen coloide. Estos aumentan de forma marcada hacia la mitad de la gestación, que es cuando se ha podido demostrar la formación *in vivo* de hormona yodada en el tiroides fetal. Es asimismo entre las 20 y las 24 semanas de gestación cuando se produce un aumento importante de las concentraciones séricas de TSH, seguido de un claro aumento de las t4 en la circulación fetal, lo que se interpreta como el comienzo de la secreción de hormona por el tiroides fetal. Para entonces, ya hay una estructura folicular bien establecida (Dieguez, 1999).

2.1 Alteraciones de la tiroides

Se enunciarán las enfermedades más comunes de la tiroides dando sus características más importantes, concentrándonos en el hipotiroidismo congénito más específicamente, ya que este es el tema central de este trabajo.

Bocio

Es el crecimiento de la glándula tiroides independientemente de su estado funcional, su prevalencia es variable. Se clasifica como endémico si se encuentra en el 10% o más de los habitantes de una comunidad y esporádico cuando tiene lugar en personas que no viven en áreas endémicas (García y cols, 2004).

Tiroiditis

Comprende un grupo heterogéneo de trastornos inflamatorios de la glándula tiroides de etiología y características clínicas variadas, con patrones histológicos propios. A continuación se enunciarán los tipos de tiroiditis existentes (Flores, 1990):

Tiroiditis aguda.

Es de tipo infeccioso, se ha observado en adictos toxicómanos que se aplican inyecciones en la vena yugular. Los síntomas son: dolor intenso en la parte anterior al cuello, endema localizado (94%) fiebre y escalofríos (92%), disfagia (91%) calor y eritema (80%).

Tiroiditis subaguda granulomatosa. Es un proceso inflamatorio autolimitado secundario a una infección viral respiratoria. Las manifestaciones clínicas son de inicio súbito con calosfríos, fiebre, dolor local de la mandíbula y oído y fatiga constante.

Tiroiditis subaguda linfocítica indolora. Se caracteriza por crecimiento tiroideo indoloro y difuso que puede acompañarse de hipertiroidismo súbito y pasajero o hipotiroidismo transitorio.

Tiroiditis linfocítica crónica de Hashimoto. Se considera la causa más frecuente de hipotiroidismo en el adulto y la más común de bocio en la infancia. Las manifestaciones clínicas varían desde astenia, adinamia, odinofagia moderada que en ocasiones se confunde con faringitis. El tratamiento es por tiempo indefinido, y consiste en dosis de levo-tiroxina.

Tiroiditis invasiva fibrosa crónica de Riedel. Es de ocurrencia extremadamente rara vista sobre todo en mujeres de edad madura, consiste en fibrosis extensa de la glándula y estructuras vecinas, eventualmente asociada con fibrosis retroperitoneal y mediastinal.

2.1.1 Hipertiroidismo

Es el conjunto de manifestaciones clínicas secundarias a la elevación de los niveles circundantes de una o ambas hormonas tiroideas. Las causas son diversas y se da en diferentes etapas de la vida (Flores, 1990):

Hipertiroidismo neonatal casi 5% de los productos nacidos de madres con enfermedades graves durante el embarazo desarrollan signos y síntomas de tirotoxicosis al nacer. Características importantes son: hipertermia, taquicardia grave, exoftalmia, irritabilidad e insuficiencia cardiaca congestiva. El hipertiroidismo en el neonato se debe a estimulación de la tiroides por inmunoglobulinas que produce la madre y atraviesan la placenta; el anticuerpo estimulante suele encontrarse en las sangres de la madre y del hijo. Los signos y síntomas de hipertiroidismo del recién nacido desaparecen durante el mes siguiente (Higashida, 1993).

Hipotiroidismo durante la niñez tardía. Se le conoce como enfermedad de graves y es la causa más común de hipertiroidismo en niños. Se presenta en el 5% de los pacientes, es raro que se presente antes de los cinco años de edad, los síntomas más notables son disminución del rendimiento escolar, debilidad muscular y fatiga durante el ejercicio (Flores, 1990).

Hipertiroidismo durante el embarazo. La frecuencia de hipertiroidismo durante el embarazo es mayor que en las no embarazadas de edad comparable. En las embarazadas eutiroideas puede haber crecimiento difuso de la tiroides, palpitations, taquicardia, labilidad emocional, diaforesis, intolerancia al calor, gran fatigabilidad y mayor presión del pulso. Por esto, el diagnóstico de hipertiroidismo puede ser muy difícil. El tratamiento más conveniente, de las embarazadas tirotóxicas, consiste en administrarles antitiroideos, propiltiouracilo o metimazol. Con el fin de controlar el hipertiroidismo. Durante el embarazo debe evitarse el empleo de yoduro, porque atraviesa la placenta y causa bocio e hipotiroidismo en el feto. El tratamiento quirúrgico de la embarazada con hipertiroidismo rara vez está indicado (Flores, 1990).

Como podemos observar son varias las enfermedades de la tiroides y diferentes los tratamientos para cada uno de los casos. En el siguiente capítulo podremos conocer mas a detalle otra de las disfunciones de la tiroides.

2.1.2 Hipotiroidismo

A continuación se explicará más a detalle el Hipotiroidismo y los tipos de hipotiroidismo que se pueden presentar; así como las causas de cada uno de ellos.

El hipotiroidismo fue descrito desde el siglo pasado, evidenciado en un documento generado por la sociedad médica de Londres en el año de 1881. En este escrito, se describe claramente una enfermedad caracterizada por una "fase típica de piel seca, pálida o con un tinte amarillento o de color marfil con edema palpebral, mirada apagada e inexpresiva sin ser como la de la enfermedad de Parkinson" (Rojas, 2000, pag 10), con alteraciones fenotípicas específicas, alteraciones cognoscitivas y orgánicas definidas y que mejoraba al suministrarle a los pacientes extractos de tiroides desecados. Inicialmente fue conocida como enfermedad de Gull y se denominó más tarde por su fisiopatología, hipotiroidismo.

Existen diferentes tipos de hipotiroidismo, cabe aclarar que sólo se mencionarán y en este trabajo se abordará con mayor hincapié el hipotiroidismo congénito.

Hipotiroidismo primario.

Es el tipo más común y resulta de una disminución significativa de la función tiroidea por causas auto inmunes como la tiroiditis de Hashimoto o es posterior a procedimientos terapéuticos empleados en el tratamiento de hipertiroidismo (Flores, 1990). Además de causas como son el déficit de yodo en la dieta, a destrucción de tiroidea por radioterapia local, o como consecuencia de terapia con I131 para hipertiroidismo, el uso de medicamentos, consecuencia de cirugía y alteraciones inmunológicas. Se puede observar del 1% al 3% de la población (Rojas, 2000). Se puede desarrollar antes de los cinco o seis años de edad por descompensación de una anomalía genética existente en la cual hay tejido tiroideo residual, o como consecuencia de glándulas ectópicas cuyo funcionamiento falla con el tiempo, otras causas son: resección quirúrgica y necrosis espontáneas de las glándulas tiroides linguales. Es raro el hipotiroidismo inducido por fármacos durante la niñez, pero puede ocurrir en quienes ingieren yoduros, litio, aminoglutetimida y antitiroideos; pueden localizarse bociógenos naturales en el agua del suelo, el fríjol de soja y la col (Jubiz, 1996).

Hipotiroidismo secundario.

Se produce por defecto en el estímulo hipofisiario; corresponde al 2% de los casos, y es causado por tumores hipofisarios, otros procesos ocupativos o por necrosis hipofisiaria post-partum. Puede acompañarse de otras manifestaciones de déficit endocrino (Flores, 1990).

Hipotiroidismo en el embarazo.

El tratamiento de la hipotiroidea embarazada es igual al de la no embarazada; la paciente debe recibir la misma dosis de hormona tiroidea que tomaba antes de su embarazo; no hay riesgo para el lactante, porque el desarrollo del eje de hipotálamo, hipófisis y tiroides del feto es independiente de la madre, además la placenta desyoda las hormonas tiroideas, lo cual dificulta su transferencia placentaria (Jubiz, 1996).

Agnesiatiroidea.

La causa de esta disfunción es desconocida. Deja de formarse la tiroides. Es mas frecuente en las niñas que en los niños (prácticamente el doble), se presenta con más frecuencia en niños con Síndrome de Down y en algunos grupos étnicos (Flores, 1990).

Hipotiroidismo terciario.

Es poco frecuente y se debe a deficiencia de trh, debido a alteraciones hipotalámicas (Flores, 1990).

Hipotiroidismo periférico.

La resistencia periférica a las hormonas es parcial, ya que la totalidad sería incompatible con la vida. Son identificados dos tipos de acuerdo a su intensidad: 1) resistencia severa, heredada en forma autosómica recesiva, con sordomudez, retraso en la osificación y bocio; 2) resistencia intermedia, heredada en forma autosómica dominante que presenta solamente bocio. En ambos casos se encuentran valores elevados de hormonas tiroideas, con TSH normal (Flores, 1990).

Hipotiroidismo en ancianos.

Es fácil que pase inadvertido porque muchos de sus síntomas se atribuyen al proceso normal de envejecimiento; en quienes solicitan asistencia médica, el cuadro clínico está dominado por anomalías relacionadas con un sistema orgánico específico. Quizá se

manifieste por: disnea, cardiomegalia; cambios electrocardiográficos como bradicardia sinusal, ondas t de voltaje bajo, planas o invertidas; elevación de las enzimas SGOT, LDH y CPK. Ocurre sordera en 40% de los pacientes. Los síntomas son anorexia, estreñimiento, pérdida de peso mas que aumento; debilidad y dolores musculares, rigidez y calambres, quizás las manifestaciones más importantes sean psiquiátricas en particular depresión, síntomas paranoias y psicosis aguda (Jubiz, 1996).

Los tipos de hipotiroidismo son varios, así como las causas de cada uno de estos, y la edad en la que se puede presentar; como se puede observar no hay condición específica para que se presente esta disfunción.

Capítulo 3. Hipotiroidismo Congénito

Se explicará más a detalle lo que es el Hipotiroidismo congénito, cuales son las causas y consecuencias de esta enfermedad como es que se puede detectar y cual es el tratamiento una vez que se detecta.

El Hipotiroidismo Congénito (HC) es la causa de retraso mental prevenible mas frecuente. El diagnóstico y tratamiento temprano asegura el desarrollo mental, psicomotor y crecimiento normales de los niños afectados (De Bernal, Caldas, Bonilla, Amparo y Mantalla, 2003),

Se entiende por hipotiroidismo a la deficiencia de hormonas tiroideas circulantes y si esto se produce durante el desarrollo embrionario o en los primeros meses o años de la vida pueden tener una grave repercusión en el desarrollo intelectual, somático, motor, óseo y funcional (Frank, 1993).

Se puede definir como el resultado de la disminución de hormonas tiroideas desde la vida intrauterina (Flores, 1990), es una entidad clínica en la cual el recién nacido no puede secretar cantidades suficientes de hormona tiroidea, rara vez se diagnostica a partir de manifestaciones clínicas. Generalmente el peso y la talla son normales y la circunferencia cefálica es ligeramente mayor que la normal. La prevalencia global de Hipotiroidismo Congénito verdadero es aproximadamente 1 por 4,000 nacidos vivos, esto incluye 1 por 2,000 orientales e hispanos, 1 por 5,500 blancos y 1 por 32,000 en la población negra. El 95% de todos los casos son esporádicos y 5% son genéticos (Jiménez de López, Cegarra, Paoli, Gabriela y De Rosales, 2001). Suele manifestarse con dificultad para respirar e ictericia (coloración amarillenta de la piel y las mucosas por aumento de la bilirrubina). Se hallan adormecidos, entumecidos, desinteresados por la alimentación, con llanto ronco y estreñimiento.

En caso de no ser detectada y tratada correctamente pueden producirse, además de las características anteriores, graves alteraciones en el crecimiento y desarrollo. Las consecuencias más serias se producen en el sistema nervioso, con temblores, incoordinación motora y alteraciones mentales que causan un grave defecto del

desarrollo intelectual. Una vez establecido este cuadro, se lo denomina cretinismo. Cuando el hipotiroidismo comienza entre los 6 meses y los 2 años de edad, si no se inicia un tratamiento temprano también pueden aparecer alteraciones mentales. Pero si el cuadro se inicia luego de los 2 años, es más difícil que se produzca un déficit mental permanente (Frank, 1993). En el momento de la detección no suele ser evidente desde el punto de vista clínico, y sólo se detectan signos de menor importancia en muchos de los recién nacidos, con frecuencia en el análisis retrospectivo.

La posibilidad de un hipotiroidismo con un cuadro completo en el recién nacido es determinada tanto por el grado del defecto subyacente como por el momento en que se inicia (Frank, 1993) los niños con esta disfunción pueden desarrollar retraso mental y del crecimiento (Fitzgerald, 1989). Las manifestaciones más tempranas son dificultad para succionar, persistencia de ictericia fisiológica en el recién nacido, problemas respiratorios, hernia umbilical. Constipación, letargia, llanto ronco y somnolencia. Posteriormente aparece retraso psicomotor y si no se trata a tiempo aparece retraso mental, estatura corta, marcha de ganso, proporciones esqueléticas infantiles, cuello corto, pelo escaso, persistencia a la configuración naso-orbitaria infantil, cara ancha con base de la nariz ancha y plana y puente nasal deprimido, macroglosia, labios gruesos, hipotonía muscular, retraso en la detención (memoria), caries dental así como piel extremadamente seca (Flores, 1990).

Además se puede mostrar: fatiga, debilidad, aumento de peso o dificultad cada vez mayor para adelgazar, intolerancia al frío, dolores y calambres musculares, estreñimiento, depresión, menstruación irregular, hinchazón de la cara y las manos, lentitud de movimiento, irritabilidad, disminución de la libido, cabello áspero y seco, piel seca, áspera y pálida y pérdida de cabello (Higashida, 1993).

3.1 Causas del hipotiroidismo congénito

Las principales causas de hipotiroidismo congénito según (Frank, 1993) son:

1. Hipotiroidismo primario (defectos de la propia glándula), incluyendo ausencia congénita del tiroides, glándula de ubicación extópica; defectos enzimáticos.
2. Hipotiroidismo secundario o terciario (defectos de la hipófisis o en el hipotálamo, respectivamente).

La ausencia congénita de tiroides es la causa más frecuente de hipotiroidismo congénito, seguida de posición ectópica de la glándula. En ambos trastornos hay falta de desarrollo parcial o completo de tiroides, ya sea en su posición normal o en una posición inapropiada, como parte lateral de cuello o en la base de la lengua, debido a descenso nulo o anormal desde el arco faríngeo (Frank, 1993).

3.2 Diagnóstico

El diagnóstico precoz del hipotiroidismo congénito es una obligación. Y es fácil de hacer con el screening neonatal con valoración de TSH en sangre tomada del talón del recién nacido, preferentemente a las 48 horas del nacimiento (Dieguez, 1999).

Desde que en los años 60 se iniciaron los programas de análisis para a detección precoz de la fenilcetonuria y, posteriormente, para la detección del hipotiroidismo congénito, se han utilizado distintos términos para definir un «screening»: despistaje, cribado, detección selectiva, o prueba tamiz.

El concepto de «screening» está definido desde 1957 por la comisión americana de enfermedades crónicas: un programa de despistaje pretende detectar una enfermedad o defecto desconocido por el paciente mediante un análisis, examen u otro procedimiento que pueda ser aplicado rápidamente. El despistaje clasifica a los individuos en probablemente sanos y probablemente enfermos. El despistaje no pretende diagnosticar. Las personas con sospecha de padecer la enfermedad han de ser remitidas al médico para su diagnóstico y tratamiento. Concretamente, el despistaje para la detección precoz del hipotiroidismo congénito cumple los requisitos recomendados por la OMS, para que sea justificado y eficiente (Dieguez, 1999):

1. Se trata de una enfermedad frecuente y de secuelas graves.
2. El retraso mental sólo se puede prevenir si el diagnóstico se realiza en los primeros días de vida.
3. Es muy difícil diagnosticar la enfermedad en los primeros días de vida, pues los signos y síntomas clínicos son inespecíficos.
4. Existen pruebas analíticas de gran sensibilidad y especificidad para detectar los casos.
5. El tratamiento es relativamente fácil, barato y eficiente.

3.3 Tratamiento

El tratamiento medico se basa en una dosis ininterrumpida de hormonas tiroideas. El tratamiento en el caso del hipotiroidismo congénito es de por vida debido a que la disminución de la función de la glándula tiroidea es definitiva (Frank, 1993).

Cabe señalar la importancia de un tratamiento interdisciplinario para un mayor desarrollo de las habilidades del paciente.

Como se menciona en un inicio se pueden observar las características medicas de esta enfermedad, como se diagnostica y cual es el tratamiento adecuado una vez que se ha detectado, pero no se puede saber exactamente cuales son las consecuencias en el desarrollo que el paciente tendrá, ya que como sabemos cada persona es diferente y puede afectar de diversas maneras debido a varios factores.

Posteriormente, en este trabajo se abarcará y explicará brevemente cuales son las áreas del desarrollo que más afectaron al paciente que hemos mencionado, para entender brevemente mas cuales son las consecuencias de la enfermedad en dicho paciente.

Capítulo 4. El Lenguaje

En el paciente mencionado se puede observar que tiene una severa disfunción en el área del lenguaje, por este motivo abarcaremos este tema. A continuación se dará una breve reseña de lo que es el lenguaje cuales son los usos de este y cual es el ideal en la edad de cinco años que es la edad con la que contaba el paciente cuando fue atendido en la CUSI.

El lenguaje es un instrumento básico para la relación interpersonal; en un acto de comunicación que permite intercambiar ideas y emociones. Se halla estrechamente unido a la inteligencia y al pensamiento ya que para llegar al lenguaje tenemos que ser capaces de imaginar y recordar, tener el símbolo de las cosas sin que estas estén delante. Por tanto se considera una de las condiciones humanas mas importantes, ya que permite que el hombre evolucione, por lo cual, el hablar de un modo claro y comprensible, constituye un requisito fundamental para la vida útil (Luque y Villa 1996).

El lenguaje ha sido abordado desde diversas teorías, a continuación presentaremos algunas de las posturas mas nombradas con respecto al lenguaje.

Para Skinner (1957), el lenguaje es considerado como un comportamiento, el cual, esta determinado por los estímulos y el refuerzo, para ello se requiere la interacción de dos personas: un hablante y un oyente. Cuando el hablante emite una respuesta verbal a unos estímulos, el oyente puede darle un refuerzo, no refuerzo o castigo, lo cual lo llevara primero a emitir una respuesta similar a un estímulo parecido. Skinner (1957) opina que una emisión hablada puede surgir como respuesta ecoica como un mand o como tacs. En el primer caso se trata de la limitación de sonidos hechos por los padres u otras personas y reforzados por los mismos a través de prestarle atención al niño que los emite. Un mand es la emisión de un sonido debido a un estímulo de necesidad (como el hambre, el dolor, etc.) Y su subsiguiente repetición si se llega a cubrir esa necesidad. Finalmente, los tacs son respuestas al azar en la presencia de un estímulo particular.

Para Lenneberg (cit, en Barruecos, 1982) el lenguaje se asienta en el sistema nervioso central y los órganos periféricos que requieren procesos de maduración, al igual que el desarrollo de otras habilidades humanas. Dicha maduración orgánica se ajusta a una secuencia correlacionada con la edad, el desarrollo de otras habilidades y la interacción de la persona con su medio ambiente. Para este autor la adquisición y el desarrollo lingüístico están ligados a estadios evolutivos concretos, considerados como fases críticas, por ser en ellas cuando parece perfilarse un comportamiento típico. De no adquirirse en tales fases, quedaría una especie de secuela no perfectamente recuperable, en este sentido los signos de la aparición de la conducta verbal son los siguientes:

1. Regularidad en la aparición secuencial de determinados fenómenos, correlacionados con la edad y con otros hechos concomitantes del desarrollo.
2. Evidencia de que la oportunidad de estimulación ambiental permanezca relativamente constante a lo largo del desarrollo.
3. La aparición de la conducta verbal antes de que sea de utilidad inmediata para el niño.
4. Evidencia de que los inicios de esta conducta no son señales de una práctica dirigida a una meta.
5. Sincronización de los fenómenos del habla en el desarrollo motor.

Para Piaget (1971), la adquisición del lenguaje, al igual que la transformación del pensamiento representativo, forma parte de un proceso más amplio referido a la constitución simbólica en general. Para Piaget, la fuente del pensamiento no es el lenguaje, si no la función simbólica a la cual pertenece este: " ... como el lenguaje no es mas que una forma particular de la función simbólica y, como el símbolo individual es mas simple que el signo colectivo nos vemos obligados a concluir que el pensamiento precede al lenguaje y que este se limita a transformarlo profundamente ayudándole a alcanzar sus formas de equilibrio mediante una esquematización mas avanzada y una abstracción mas móvil" (Hernández, 1984 27).

Así pues el lenguaje esta condicionado por la inteligencia pero al mismo tiempo, es necesaria toda la inteligencia para que el lenguaje sea posible, el cual es importante en el desarrollo cognitivo, ya que marca el progreso de las etapas mas que las determina, de ahí que no se crucial.

4.1 Funciones del lenguaje

Gómez (1997) menciona que el lenguaje cumple diferentes funciones que varían en el grado de complejidad y que se relacionan con el nivel de desarrollo cognitivo del ser humano. Las primeras funciones que cumple el lenguaje son de descarga emocional y social, es decir, permite una forma de interacción que sirve para establecer vínculos de unión entre las personas por la mera necesidad de compañerismo, además también sirve como medio para la búsqueda de la satisfacción de necesidades primarias, como la alimentación, el sueño, el vestido, etc.

Posteriormente, el lenguaje cumple una función referencial, ya que por medio del empleo de la palabra el niño puede indicar el objeto correspondiente con el mundo externo. Finalmente, la regulación de la conducta es otra de las funciones fundamentales del lenguaje, ya que permite organizarla, al lograr un control atencional de la actividad y alcanzar niveles de planificación y anticipación.

4.2 Factores que favorecen y dificultan el desarrollo lingüístico

Siendo el desarrollo lingüístico parte del desarrollo general del infante existen una serie de factores que pueden favorecerlo u obstaculizarlo, los cuales pueden ser ubicados en dos grandes categorías: variables biológicas y variables ambientales.

Como punto de inicio se mencionan aquellas variables que benefician el desarrollo del lenguaje. Dentro de los factores biológicos se incluyen (Ferre, 1999):

1. Tener un cuerpo sano y completo
2. La ausencia de impedimentos físicos
3. El buen funcionamiento de los órganos de los sentidos
4. Un sistema nervioso normal y sin daños.

En cuanto a las variables ambientales se encuentran (Ferre, 1999):

1. Una alimentación adecuada y suficiente.
2. Prácticas higiénicas y cuidados de salud apropiados en el hogar,
3. Relación afectiva óptima con las personas con las que vive el infante y,
4. Oportunidades para aprender y conocer el mundo que lo rodea las cuales

incluyen: el tiempo y el espacio para jugar, la libertad de movimiento y el ejercicio corporal y la comunicación con personas que le escuchen y entiendan lo que necesita; ya que la experiencia proporcionada por el uso que los demás hacen del lenguaje, le permite al niño obtener información del lenguaje mismo, de la cultura y del papel que juega este en la cultura. Un ejemplo de esta experiencia lingüística es el habla materna que emplea la madre para dirigirse a todos los niños pequeños (hasta los dos años aproximadamente) con la finalidad de adaptarse a la capacidad del bebé y de enseñarle el lenguaje, las estrategias particulares de estructuración y el uso del conocimiento lingüístico.

Por otro lado, también existen factores de riesgo que predisponen al niño a tener problemas en su desarrollo, los cuales se pueden ubicar en diferentes ambientes y niveles de influencia (Gómez, 1997):

1. Nivel comunitario: constituye una influencia indirecta, ya que puede ser modificada por las características de la familia, de la madre y/o del niño durante el embarazo, el parto y la infancia. Dentro de esta categoría se incluyen las condiciones de insalubridad, la falta de servicios de salud y de educación, el aislamiento de centros de población y, las situaciones traumáticas provocadas por desastres ecológicos, climatológicos y sociales.
2. Nivel familiar: con una influencia más directa, en donde se encuentran los recursos económicos insuficientes, el hacinamiento y las viviendas en condiciones precarias, ya que pueden propiciar enfermedades infecciosas, conflictos interpersonales y limitacionales de espacio para jugar y hacer ejercicio. Además se incluyen factores como tener numerosos niños a cortos intervalos, la inestabilidad familiar (cambios repentinos y frecuentes en los integrantes de la familia, el lugar de residencia y las condiciones de vida) y un clima emocional negativo (pobre calidad de las relaciones interpersonales).
3. Nivel maternal: influyen directamente en el niño durante el embarazo y los primeros años de vida e incluyen la desnutrición, el estado y hábitos de salud deficientes, el alcoholismo, la drogadicción, la ingesta de medicamentos, la edad, la baja escolaridad y los problemas psicológicos, como las actitudes, creencias, trastornos emocionales, depresión, etc.
4. Nivel individual: este nivel hace referencia a las variables endógenas y exógenas pre, peri y postnatales que afectan directamente el desarrollo del niño.

Perelló (1990) comenta que dentro de los factores prenatales endógenos se encuentran las enfermedades hereditarias, las alteraciones cromosómicas (en los autosomas o en los cromosomas sexuales), las alteraciones metabólicas, es decir, alteraciones por carbohidratos (galactosemia, hipoglucemia, deficiencia de glucógeno, etc.), de aminoácidos (fenilcetonuria, hiperfenil, tirosinosis, etc.), y de los lípidos (enfermedad de Gaucher, lipidemias, etc.) Y, finalmente, las alteraciones endocrinas (como los trastornos tiroideos, específicamente el hipotiroidismo congénito, el cual se abordará más adelante). Entre las variables prenatales de origen exógeno se ubican las deficiencias nutricionales de la madre, el uso de fármacos y las infecciones (como la hepatitis, la rubéola, el herpes, etc.), principalmente.

Con respecto a los factores perinatales que repercuten en el desarrollo del infante se ubican el nacimiento prematuro, el trauma obstétrico (como las fracturas. Las hemorragias del SNC, las maniobras obstétricas, los fórceps o la anestesia), el sufrimiento fetal (anoxia, desproporción fetopelvica, cordón enredado en el cuello, cordón corto o largo, desprendimiento prematuro de la placenta, etc.), las infecciones (que pueden ser por contaminación en el canal del parto o adquiridas en el ambiente hospitalario, como la gastroenteritis, septicemia y la meningoencefalitis) y los trastornos hematológicos (la incompatibilidad de factor Rh y grupo sanguíneo).

Finalmente, dentro de las variables exógenas postnatales perjudiciales para el crecimiento del infante se detectan las infecciones (gastroenteritis, septicemia, meningoencefalitis, sarampión, varicela, etc.), las vacunas (ya que la reacción a la vacuna puede generar encefalitis), los parásitos (districosis), el envenenamiento por ingesta de tóxicos, y los traumatismos (craneoencefálicos o con lesión en el Sistema Nervioso Central), etc. Así encontramos que el niño que nace o adquiere posteriormente desventajas biológicas y un ambiente inmediato desfavorable, tiene un alto riesgo de presentar alteraciones en su desarrollo, que incluye desde luego, al lenguaje. Ya se han mencionado algunos de los factores endógenos y exógenos que pueden afectar el desarrollo del infante, a continuación se comentarán los trastornos del lenguaje oral, en particular, que tienen relación con dichas variables.

Dichos componentes conforman una estructura donde la interdependencia, transacción e interacciones entre ellos forman un "todo" difícilmente divisible en compartimentos.

4.3 Etapas del desarrollo lingüístico

Bijou (1989) comenta que el desarrollo lingüístico se da a través de cinco etapas evolutivas, relacionadas con la historia de interacciones del niño y las condiciones actuales:

Etapa 1: Comunicación preverbal vocal (desde el nacimiento hasta los 9 meses de edad).

Se compone de la comunicación gestual entre el niño y su madre y termina cuando comienzan a aparecer las interacciones verbales reales de tipo referencial. Con respecto a la comunicación gestual se observa que en un principio el niño desarrolla habilidades motrices (destreza manual, manejo del cuerpo y locomoción) que son reforzantes por sí solas; después emplea estas habilidades para explorar el mundo (objetos, gente y eventos) y, finalmente, los gestos se añaden al repertorio de habilidades motrices como parte esencial del desarrollo lingüístico (Bijou, 1989).

A esta edad el niño es capaz de:

- Emitir sonidos guturales.
- Sonrisa social
- Llanto con intención comunicativa
- Emisión de sonidos vocales y consonantes
- Murmullos y balbuceo
- Intenta imitar los sonidos emitidos por otros
- Al final de esta etapa aparecen las primeras sílabas, es conocida como la edad de los monosílabos (Gallardo y Gallego, 1995).

Etapa 2: Interacciones primitivas referenciales verbales vocales.

Abarca desde los 9 meses hasta los 2 años de edad. En esta etapa el niño imita la conducta lingüística de la madre, la cual moldea y refuerza las interacciones verbales de su hijo, por ejemplo, la madre remarca las palabras "clave" en la frase, proporciona estímulos discriminativos, emplea estructuras gramaticales simples y refuerza socialmente las aproximaciones de su hijo (Bijou, 1989).

A esta edad el niño es capaz de (Gallardo y Gallego, 1995):

- Emitir las primeras palabras en forma de sílabas “dobles” (papa, mama, tata)
- Comprender el tono de las frases
- Conocer algunas palabras
- Comprender el tono de algunas frases habituales de su entorno
- Acompañar su lenguaje con gestos y ademanes
- Capacidad de nombrar imágenes
- Comprender y responder instrucciones sencillas
- Su vocabulario consta de 5 a 20 palabras
- Cerca de los dos años de edad, usa frases a modo de oraciones.

Etapa 3: Primera aproximación a interacciones referenciales.

Va desde los 2 años a los 8 años de edad. En esta fase el niño comienza a tener mayor precisión y similitud en sus expresiones con respecto a lo que escucha; empieza a establecer interacciones referenciales narrativas con su madre; a hacer referencia al pasado y al futuro y; además, el niño comienza a hacer expresiones referenciales consigo mismo, jugando el papel tanto de escucha como de hablante (Bijou, 1989).

En esta etapa el niño es capaz de (Gallardo y Gallego, 1995):

- Empieza a diferenciar tiempos verbales
- Uso frecuente del “no”
- Su vocabulario va desde 12 a cientos de palabras
- Utilizar las primeras combinaciones sustantivo verbo.

Etapa 4: Segunda aproximación a interacciones referenciales y el inicio de la conducta simbólica.

Se presenta en la edad escolar. Abarca desde los tres años a los seis años de edad. En esta etapa el habla del niño se parece más a la convencional y aparecen las simbolizaciones dentro de la comunicación. El niño tiene más oportunidades de interacción social y comienza a usar diferentes expresiones ante distintos escuchas; además, empieza a responder a representaciones de los objetos, es decir, se orienta hacia un símbolo como si este fuera el objeto mismo, siendo al principio un símbolo simple (de alta correspondencia con el objeto) y después más complejo (Bijou, 1989).

A esta edad el niño es capaz de (Gallardo y Gallego, 1995):

- Usar oraciones
- Tener un lenguaje comprensible para extraños.
- Mejora su construcción gramatical
- Usa nexos
- Progreso intelectual que lo conduce al razonamiento
- Comprende términos que entrañan comparación
- Es capaz de establecer semejanzas y diferencias.

Etapa 5: Desarrollo posterior.

Que abarca el resto de la vida y donde se aprenden estilos familiares, profesionales y sociales en general. Dentro de los factores que posibilitan la adquisición y desarrollo del lenguaje se encuentra la experiencia proporcionada por el uso que los demás hacen del lenguaje, lo cual permite obtener información del lenguaje mismo, de la cultura y del papel del lenguaje en la cultura.

Por lo anterior se puede detectar que el desarrollo del lenguaje esta muy relacionado con la experiencia social, pero Luque y Vila (1996) comentan que aquel también esta vinculado con la capacidad intelectual así, conforme aumenta la participación del individuo en diferentes contextos y también su desarrollo cognitivo, el lenguaje ira complejizándose más (Bijou, 1989).

En este capítulo se puede observar como es que se va desarrollando el lenguaje desde la el nacimiento, si comparamos los datos de la etapa 4, que comprende la edad en la que se encontraba el paciente cuando fue atendido en la CUSI, se concluye que el paciente tenía un severo retraso en el lenguaje verbal a la edad en que fue atendido, ya que a esa edad únicamente era capaz de emitir sonidos monosílabos, y no se comunicaba ni con señas, al final del tratamiento se pudo notar un avance significativo en la forma de comunicación del paciente; ya que era capaz de comunicar sus necesidades a través de carteles diseñados en los cuales representaba sus necesidades básicas o las actividades que deseaba realizar señalando uno de los dibujos.

Capítulo 5. Atención

La atención según García (1997) es un como un mecanismo que pone en marcha una serie de procesos u operaciones gracias a las cuales, somos mas receptivos a los sucesos del ambiente y llevamos a cabo una cantidad de tareas de formas mas eficaz. Los procesos implicados pueden ser de tres tipos:

1. Los procesos selectivos, que activan el ambiente nos exige dar respuesta a un solo estimulo o tarea en presencia de otros estímulos o tareas variados y diversos.
2. Los procesos de distribución que se ponen en marcha cuando el ambiente nos exige atender a varias cosas a la vez, y no centramos en un único aspecto del ambiente.
3. Los procesos de mantenimiento o sostenimiento de la atención, que se producen cuando tenemos que concentrarnos en una tarea durante periodos de tiempo relativamente amplios.

Estos mecanismos se ponen en marcha y se desarrollan adecuadamente, mediante las estrategias atencionales, que son procedimientos que están sometidos al control de la persona. Estas estrategias no son utilizadas de igual modo, no se tiene la misma capacidad para utilizarlas de manera adecuada. Hay personas que se concentran mejor que otras, hay quienes llegan a distraerse fácilmente como a otras personas les cuesta realizar dos actividades al mismo tiempo.

Esta posibilidad de modificación se conoce con el nombre de meta atención, y las estrategias destinadas a conocer y desarrollar mejor estos componentes se denominan estrategias meta atencionales.

A la hora de definir la atención existen, al menos, dos dimensiones:

- a) La atención entendida como un mecanismo que activa determinadas operaciones o procesos de funcionamiento.
- b) La atención como una habilidad que se compone de una serie de estrategias encaminadas a la optimización del uso de dichos procesos.

La atención no funciona de una manera aislada, sino que se relaciona directamente con los restantes procesos psicológicos. Los más estudiados han sido la percepción, la memoria, la inteligencia, la motivación y la emoción. La relación establecida entre la atención y cada uno de ellos ha sido muy variada. En el caso de la motivación y de la emoción, ambas determinan que aspectos del ambiente se atiende de forma prioritaria y por lo tanto han sido consideradas como factores determinantes de la atención. Con respecto a los procesos cognitivos, el que más estrechamente se ha vinculado a la atención ha sido la percepción, mediante el cual se selecciona mejor la información que es relevante para el organismo.

Respecto a la atención y su relación con la inteligencia, ya a finales del siglo XIX se afirmaba que aquellas personas de mayor coeficiente intelectual poseían una mayor capacidad para prestar atención. Hoy día, sin embargo se postula por una afirmación que la atención puede ser conceptualizada como un componente estructural de la inteligencia.

5.1 El proceso atencional

Desde el momento en que los mecanismos atencionales se ponen en marcha, la actividad atencional pasa por tres fases: inicio, mantenimiento y cese (García, 1997).

La fase de inicio (conocida con el nombre de captación de la atención), se presenta o bien cuando se producen ciertos cambios en la estimulación ambiental, o cuando empezamos la ejecución de una nueva tarea. En el primero de los casos, las propias características de los objetos captan involuntariamente nuestra atención, y la conducta más típica es la orientación de los receptores sensoriales a la fuente de estimulación; en el segundo el tipo de habilidades y/o destrezas que demande dicha tarea, se activaran unas u otras estrategias atencionales.

Hay ocasiones en que algunos objetos captan nuestra atención, pero inmediatamente dejamos de atenderlos. Sin embargo, para poder procesar la información que se nos presenta, o para poder desarrollar una tarea, la atención ha de permanecer focalizada durante cierto tiempo. Se considera que el mantenimiento de la atención comienza cuando han transcurrido 4-5 segundos desde que se inicia la fase de captación. La

duración de este periodo es variable, pero cuando el periodo de tiempo es considerablemente amplio, se habla de *atención sostenida*.

Por último, tras mantener la atención en una actividad determinada, llega un punto de cese de la atención, apareciendo cuando desaparece tal atención o se deja de centrarse en el trabajo que se estaba realizando. Perceptivamente, una de las manifestaciones más notorias del cese de la atención se produce cuando los objetos se presentan en el ambiente de manera repetida, disminuyendo la sensibilidad neuronal con una falta de nivel atencional en seguir prestando interés por el objeto. La respuesta en este caso, puede producir bien cansancio (por mantenimiento excesivo de del nivel de atención) o de aburrimiento, si además la tarea es monótona.

5.2 Factores determinantes de la atención

Los factores determinantes de la atención incluyen todas aquellas variables o situaciones que influyen directamente sobre el funcionamiento de los mecanismos atencionales. Tradicionalmente se ha establecido una diferenciación entre los factores determinantes externos, conocidos también con el nombre de *factores determinantes exógenos* o extrínsecos, relativos a las características de los estímulos (color, posición, tamaño, movimiento, etc.); y los factores *determinantes internos*, o factores determinantes *endógenos o intrínsecos*, que son el conjunto de factores que se relacionan directamente con el estado de nuestro propio organismo, el factor mas importante a nivel fisiológico es el nivel de activación o arousal. Este se define como el nivel de receptividad que el sistema nervioso posee en un determinado momento ante los estímulos ambientales. Esta activación se expresa desde el comportamiento en el índice de actividad que se tiene en un momento determinado, desde el nivel muy bajo (cuando se duerme) al muy alto al realizar un gran esfuerzo o someterse a una gran excitación. Los dos tipos de factores determinantes (externos e internos) suelen actuar de manera conjunta e interdependiente (García, 1997).

5.3 Tipos de atención

Según los criterios de clasificaron obtendremos diferentes tipos de atención (Brown, (2000):

- a) Atención selectiva, dividida, sostenida.** La atención selectiva es la actividad que controla los procesos por los cuales el organismo procesa solo una parte de la información, dando respuesta a aquellas demandas del ambiente que son útiles para el individuo, en cambio la atención dividida es utilizada para dar respuesta a las múltiples demandas del ambiente, la atención sostenida es la actividad que pone en marcha procesos por los cuales el organismo es capaz de mantener la atención alerta ante determinados estímulos durante un tiempo relativamente largo.
- b) Atención externa e interna.** La atención puede orientarse, bien a objetos y sucesos externos (atención externa) o hacia nuestro propio conocimiento, recuerdos, sentimientos (atención interna).
- c) Atención visual y atención auditiva.** Los sentidos reciben la información del medio ambiente. De las diferentes modalidades sensoriales existentes, las más estudiadas han sido la visual y la auditiva. Hay una serie de diferencias entre ambas; los mecanismos que codifican y seleccionan la información visual tienen lugar en gran parte a nivel periférico (movimientos del ojo, acomodación del cristalino), los receptores auditivos, una vez superado su umbral, recogen todos los estímulos acústicos, no pueden acomodarse para rechazar parte de estos, sino que recogen de manera indiscriminada y solo al llegar se selecciona tal información.
- d) Atención global y atención selectiva.** La primera tiene como misión llevar a cabo una estructura organizada de las partes que componen la información o la tarea. La atención se centra en el análisis de los detalles componentes de la información o tarea.
- e) Atención abierta y atención encubierta.** Las manifestaciones de la atención, que puede ser externa (directamente observable) e internas (no directamente observable), las califica como atención abierta y encubierta.
- f) Atención voluntaria e involuntaria.** La primera se produce al dirigir la atención hacia unos objetivos preestablecidos, que nos exige gran control y esfuerzo para mantenerlo, a diferencia de la atención involuntaria que se da sin que se medie ningún proceso voluntario.
- g) Atención consciente e inconsciente.** En muchas ocasiones al realizar actos que forman parte de los hábitos, realizamos acciones automáticas e inconscientes, utilizamos la atención inconsciente. Por el contrario, la atención consciente es

aquella que se ha atendido y puesto toda serie de mecanismos que implican que realizamos una acción o tarea con conciencia.

5.4 Etapas del desarrollo de la atención

La atención no es un valor cerrado, se desarrolla desde el nacimiento y, en sus aspectos fundamentales, está ligada a la evolución biopsicosocial del bebé desde el momento del nacimiento hasta una vez superada la adolescencia. Una larga maduración psicofísica en la que las relaciones afectivas con el entorno familiar y social definirán su capacidad de aprender, integrarse y cambiar el mundo que le rodea, es decir, su inteligencia.

Actualmente sabemos que los bebés vienen al mundo como aprendices activos capaces de prestar atención a lo que les interesa. Reconocen caras, sonidos, voces, olores y tactos. Al cabo de unas semanas recuerdan acontecimientos muy sencillos y reconocen y responden a las personas que les resultan familiares. Cada bebé está genéticamente pre programado para tratar de llamar la atención de los adultos y reaccionar a sus cuidados, lo que constituye el primer paso de su aprendizaje (Casajús, 2005).

En el desarrollo por el que transitan los seres humanos ocupa un lugar importante la etapa preescolar, por la cantidad de rasgos o particularidades que se transforman, llegando muchos a poseer su periodo crítico desde el segundo año de vida y hasta los cuatro años.

El desarrollo de la percepción se manifiesta en el hecho que en el segundo año de vida el niño trata de separar los objetos conocidos de la situación concreta a la cual son percibidos. El niño de dos y tres años cuando percibe el objeto no solamente refleja los rasgos exteriores, sino también su designación práctica. Si el lactante percibía con más claridad los objetos de colores vivos, el niño de edad preescolar diferencia los objetos conocidos en primer lugar por su forma y tan solo percibir los objetos desconocidos se orienta por el color (Rosello, 1997).

La atención del preescolar tiene carácter involuntaria y provocada por estímulos móviles como vivos e insólitos; a un niño de tres años le resulta muy difícil concentrar la atención a un objeto, aún no puede distribuir la atención ni pasarla involuntariamente

de un objeto a otro. El perfeccionamiento futuro de la atención se manifiesta en el desarrollo de la atención involuntaria. Su concentración, en los pequeños de tres años, durante una actividad atractiva puede conservarse sólo durante unos 8 y 10 minutos. Aumenta la duración de la atención al contenido del lenguaje del adulto, pero en general la atención a esta edad es muy inestable y se distrae con rapidez.

Las bases de las acciones volitivas comienzan a formarse en el segundo año de vida del niño donde empieza a comprender las palabras dirigidas a él y que lo motivan a la acción o lo detienen. Las acciones volitivas se forman bajo la influencia estable e insistente de los adultos. En este caso es importante que los adultos logren que el niño realice lo que se le exige. De lo contrario a las palabras "es necesario" y "no se puede" pierden su significado de señal y al adulto le resulta difícil controlar las acciones de los niños. Desde el segundo año de vida se forman en los niños muchos rasgos de la personalidad. En este periodo evolutivo se desarrollan los elementos de la autoconciencia, se forman las necesidades sociales. La necesidad natural de movimiento en el niño de dos años se hace más compleja, sobre su base se desarrolla la actividad cognoscitiva. La necesidad de comunicación con los adultos alcanza desarrollo posterior, se vuelve más variada y selectiva (García Sevilla 1997).

Es obvio que una persona debe detectar la información y luego prestarle atención antes de que esta pueda ser codificada, retenida o usada para solucionar problemas. Aunque incluso los bebés pequeños atienden diversos sensoriales, su atención a menudo es "captada" por otros objetos y acontecimientos: un bebé de un mes de edad no decide prestar atención a una cara, si no que, las caras atraen su atención. Del mismo modo los niños en edad preescolar que parecen inmersos por completo en otra actividad. Pero a medida que crecen, los niños incrementan su capacidad para mantener su atención y son más selectivos sobre lo que atienden, a la vez que adquieren la capacidad para formular y llevar a cabo planes sistemáticos para reunir la información necesaria para lograr sus metas.

Los niños tienen un lapso de atención muy corto; rara vez se concentran en alguna actividad única por mucho tiempo. Incluso cuando realizan tareas que les gustan, como ver la TV o jugar, con frecuencia a los niños de dos a tres años de edad voltean hacia otro lado, se mueven y dirigen su atención hacia otra parte, debido a lo cual dedican

mucho mas tiempo a la actividad que llevan a cabo que los niños mayores (Ridderinkhoff y Van de Moen, 1995; Ruff y Lawson, 1990). Parte del problema del niño pequeño al tratar de “concentrarse” es que su atención es captada con facilidad por distracciones y a menudo no puede inhibir la intrusión de pensamientos irrelevantes para la tarea (Bjorklund y Harnishferger, 1990; Dempster, 1993; Harnishferger, 1995).

La capacidad para lograr una atención sostenida mejora en forma gradual a lo largo de la niñez y el inicio de la adolescencia, mejoras que pueden deberse, en parte, a cambios en la maduración del sistema nervioso central. Por ejemplo, la formación reticular, el área del cerebro responsable de la regulación de la atención, no se mieliniza por completo hasta la pubertad. Este desarrollo neurológico ayuda a explicar por que los adolescentes y los adultos jóvenes de pronto pueden pasar horas interminables estudiando para los exámenes que se aproximan o mecanografiando decididamente hasta terminar sus trabajos semestrales la noche anterior a que se venza el plazo para entregarlos. Otra razón del incremento de la atención a medida de que le individuo se desarrolla, es que los niños mayores usan estrategias mas eficaces para regular su atención.

A los cuatro o cinco años de edad, los intentos por solucionar problemas son más persistentes y muestran algunas señales de planificación a medida que los infantes recopilan información relevante. (Orjales, 2003)

Como se puede observar el proceso de la atención esta muy ligado a la inteligencia, el lenguaje y el nivel de activación arousal, el cual se define como el nivel de receptividad que el sistema nervioso posee en un determinado momento ante los estímulos ambientales y que puede funcionar inclusive cuando dormimos. La atención se va desarrollando desde que nacemos y termina de desarrollarse por completo hasta la vida adulta, por lo cual es difícil delimitar etapas claramente definidas como en el caso de lenguaje, sin embargo a cierta edad se debe de contar con periodos de tiempo de atención determinados. En el caso del paciente, al examinar estos y comparándolos con los niños de su edad se observa la falta de dichos periodos, inclusive en actividades que su mamá refería que le interesaban, como era el dibujar. El paciente únicamente presentó periodos de atención de uno a dos minutos por actividad, logrando mejorar esto de tres a cuatro minutos al terminar los programas aplicados en la CUSI.

Conclusiones

El concepto de retardo en el desarrollo se ha ido desarrollando a través del tiempo, como se puede observar en las líneas anteriores las personas con alguna disfunción o retardo en el desarrollo eran excluidas o escondidas en muchos de los casos, hasta que con el paso del tiempo se les fue dando el derecho a la educación y a su inclusión en la sociedad.

Por su parte, en nuestro país, la inclusión de las personas con alguna discapacidad o retardo en el desarrollo no fue a la par de los otros países, al contrario se comenzó con un desfase de muchos años, se comenzó con la creación de escuelas para niños ciegos y sordos para con el paso del tiempo crear una escuela para maestros dedicados a atender a los niños con algún tipo de retardo en el desarrollo y abrir clínicas o centros de atención especializados en ayudar a estas personas.

Además, en las cifras que se presentaron se puede observar como son muy pocas las personas que son atendidas del porcentaje de personas que cuenta con algún tipo de discapacidad. De gran importancia es conocer un poco mas a fondo una de las Clínicas que atienden a personas con alguna discapacidad, y de gran orgullo comentar que dentro de estas se encuentra una creada dentro de la UNAM, específicamente de la FES Iztacala..

Una de las escuelas de la UNAM en la cual se cuenta con la materia teórica y práctica de educación especial es la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual nació en el año de 1975. A raíz de conocer la demanda de la población de necesidad de clínicas para atender a pacientes de educación especial es como nace la idea de abrir clínicas de rehabilitación para pacientes, las cuales serian atendidas por alumnos, cubriendo así también la demanda de aprendizaje a la cual se estaba enfrentando la población de la FES .

Es importante recalcar que en casos como el que se presenta de Hipotiroidismo Congénito, o en cualquier caso de educación especial es indispensable el trabajo multidisciplinario si se desea obtener mayores resultados en el paciente. En el caso del

paciente antes mencionado se trabajo en conjunto con un médico, una terapeuta del lenguaje, un oftalmólogo y un psicólogo, los cuales (a excepción de la terapeuta del lenguaje) pertenecían a la CUSI, y estando en contacto siempre con las demás disciplinas, dando así una atención más integral al paciente.

El hipotiroidismo congénito es una enfermedad que si no se trata a tiempo puede causar severas secuelas en el desarrollo de los infantes. Autores como Mayer, Fitzgerald y Dieguez, están de acuerdo en que la tiroides es una glándula endocrina que tiene una importante función en el organismo, cualquier alteración o disfunción de esta podría ocasionar serios daños en el desarrollo sin importar en que etapa de la vida se presenta, ya que la tiroides comienza a estar activa en el organismo desde la etapa fetal, a partir de las primeras semanas de gestación, lo cual significa, que si en esta etapa se da alguna alteración puede ser irreversible si no es detectada a tiempo, como es el caso del hipotiroidismo congénito que se da desde antes de nacer y al no ser detectado a tiempo provoca severos daños en el desarrollo tanto físico como mental, que con el tratamiento adecuado (tanto medico como psicológico) el niño con este diagnóstico pueda desarrollarse de una forma mas o menos normal, lo que significaría que el niño probablemente no podrá alcanzar su nivel de desarrollo normal.

En el caso de los adultos se sabe que esta o cualquier otra alteración puede frenar el desarrollo (cuando aparece en la adultez), aunque este no es tan marcado como en el caso de los niños.

Una vez detectado el hipotiroidismo o cualquier otra disfunción de la tiroides lo más conveniente es empezar con el tratamiento, el cual consiste en la administración de hormonas tiroideas o en el caso de algunos padecimientos se puede controlar o desaparecer con radioterapias o con operaciones, lo que no es muy conveniente por que de no practicarse con toda la precisión debida se puede ocasionar otro tipo de disfunción de la glándula tiroides.

El tratamiento medico como se menciona anteriormente, en el caso de ser la administración de hormonas tiroideas para pacientes con hipotiroidismo congénito es de por vida y no debe de ser interrumpido por ninguna circunstancia, ya que esto podría ocasionar más daños de los que ya están presentes.

Como se menciona al principio de esta tesina, se decidió trabajar en este tema debido a que tuve la oportunidad de trabajar con un paciente que presentaba esta alteración. Desafortunadamente durante mi búsqueda de información acerca de opciones que me permitieran dar una mejor atención a dicho paciente no encontré material bibliográfico en el cual reflejara un enfoque psicológico enfocado en dicha enfermedad.

Con el paciente antes mencionado, se decidió trabajar sobre todo en tres de las cuatro áreas básicas mencionadas, en el área básica se llevó a cabo un tratamiento concentrándonos en incrementar la atención el seguimiento de instrucciones y la imitación. Este programa estuvo basado en acciones como bailar, comer y dibujar que eran las que más le gustaban al paciente.

En lo que respecta al área personal social, el programa estuvo basado en la imitación y se trabajó especialmente en enseñar al paciente a utilizar los cubiertos y servilleta a la hora de la comida. Este programa estuvo basado en imitación.

En el área personal social, se buscó que el paciente tuviera convivencia con otros pacientes de la clínica para así mejorar sus habilidades sociales.

Todos los programas estuvieron basados en el otorgamiento de recompensas (que era escuchar la música favorita del paciente al terminar las sesiones, si es que había logrado los objetivos de la sesión), no se tenía contemplado castigo como tal, excepto el no otorgar la recompensa si no cumplía con los objetivos.

Como se puede observar en los resultados, estos programas dieron resultado con el paciente, cabe mencionar que para cualquier otro paciente sería indispensable realizar las evaluaciones correspondientes. Además se recomienda ampliamente que cualquier paciente lleve un tratamiento multidisciplinario en el cual diferentes especialistas trabajen y contribuyan en el mismo, asimismo tomar en cuenta la información proporcionada por cada integrante del equipo; la cual nos permitirá entender con mayor profundidad la enfermedad y a su vez de una atención adecuada al paciente.

El retardo en el desarrollo es un problema de varios riesgos: de riesgo biológico, de crianzas relacionadas con condiciones de vida relacionadas con la escasez de servicios

clínico, entre otros; y que requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario de la salud y de la educación especial, para dejar de encontrar personas con alguna discapacidad o disfunción que sean rechazadas por la sociedad y que sean incluidas dentro de la vida productiva de nuestro país, mentalidad que debe de comenzar a cambiar desde casa, es decir con los padres de los pacientes con alguna disfunción que muchas veces piensan que sus hijos no podrán hacer nada solos en la vida, pero ese es otro tema que deberá de ser tratado con mas amplitud.

Considero de gran importancia mencionar que si conocen o tratan a algún paciente con hipotiroidismo o con cualquier disfunción o retardo en el desarrollo se actualicen en cuanto al tema o la enfermedad del mismo, trabajen en un equipo multidisciplinario para darle una mejor calidad de atención al paciente y si se puede una mejor calidad de vida.

Referencias

- Atkin, I., Supervielle, T. y Canton, P. (1987). Paso a paso como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. Ed. Pax-UNICEF, México.
- Barruecos, P. (1982). Bases neurofisiológicas, psicopedagógicas y lingüísticas del método de asociación. En la terapia del lenguaje. Ed. Científicos, México.
- Bijou, S. (1989). "Psychological linguistics implications for a theory of initial development and a method for research". Advances in child development and behaviour.
- Brown, T: (2000). Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Ed Masson, Barcelona.
- Ferre, v. (1999). Los trastornos de la atención y la hiperactividad. Ed Lebon, Barcelona España.
- Capacce, N., y Lego, N. (1987). Condiciones de vida para personas con deficiencia mental. En integración del discapacitado. Argentina, Ed humanitas.
- Casajús, A, (2005). Aproximación al concepto de trastorno de déficit de atención. En resolución de problemas aritmético-verbales por alumnos con déficit de atención con hiperactividad (TDAH), tesis que presenta para obtener el grado de licenciatura en psicología, Universidad de Barcelona, España.
- De Bernal, M., Caldas, M., Bonilla, R., Chamorro, A., Mantalla, a. (2003) Tamización para hipotiroidismo congénito en Cali y constitución de un centro piloto de referencia para la identificación temprana de la enfermedad. En rev. Colombia médica, vol. 34 no. 1
- Dieguez, c. (1999). Fisiología del tiroides. En actualizaciones en endocrinología tiroides. Ed. Mc-Graw Hill, México.
- Fitzgerald, P. (1989) Endocrinología clínica. México: Méndez Editores.
- Flores, F. (1990). Tiroides. En endocrinología. Ed. Méndez Cervantes, México
- Frank, A. O., (1993). Trastornos tiroideos en el niño. En pediatría principios y práctica. Ed. Panamericana, Argentina.
- Gaceta Iztacala, UNAM. Año 2000. No. 138. pp 1-3
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, R., Galguera, M., Taracena, E. y Padilla, F. (1983), Modificación de Conducta en Educación Especial. Ed. Trillas, México.

- Gallardo, R. y Gallego, O. (1995). Alteraciones en el lenguaje oral. En Bautista, R. (1995). Necesidades educativas especiales. Ed. Aljibe, España.
- García, J. (1997), Psicología de la atención. Ed. Síntesis, Segunda edición, Madrid, España
- García, J; Velez, H; Rojas, W; Borrero, J y Restrepo, J., (2004). Tiroides. En endocrinología. Ed corporación para investigaciones biológicas. Sexta edición, Madrid, España.
- Gómez, R. (1997). La teoría psicológica de Lev. S. Vygotsky. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM. FES Iztacala, México
- Guevara, Y. (1999). El interconductismo en el area de la educación especial. Revista electrónica de psicología Iztacala, vol. 2 no. 2, abril, en web disponible en www.iztacala.unam.mx (Material recuperado, Septiembre del 2007).
- Guevara, Y. (2005) Discurso introductorio en la celebración de los XXV años de la CUSI.
- Hernández, F. (1984). Teorías Psicolingüísticas y su aplicación a la adquisición del español como lengua materna. Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Higashida, B. (1993). "Sistema Endocrino". En revista ciencias de la salud. No. 2. Pp. 149-154.
- Jiménez, A, (1999) La deficiencia mental, ámbitos de intervención. En: Bases psicopedagógicas de la educación especial. Coordinadoras: Lou, Maria Ángeles; López, Natividad. Ediciones pirámide, México
- Jiménez de López, V., Cegarra, J., Paoli de Valeri, M., Gabriela de Bellabarba, G., Arias, P., De Rosales, E. (2001) Descarte neonatal de hipotiroidismo congénito como indicador de desórdenes por deficiencia de yodo. Rev. Medica Caracas v.109 n.4 Caracas out. 2001
- Jubiz, W. (1996) Glándula tiroides. En endocrinología clínica. Ed. Manual Moderno, México.
- Luque, A y Villa, I. (1996). Desarrollo del lenguaje. En Palacios, J., Marches, A. y Coll, C. (1996) Desarrollo psicológico y educación: psicología educativa. Editorial Nueva Alianza, España.
- Orjales, I. (2003) Déficit fe atención con hiperactividad. Ed Cepe, Barcelona, España.
- Ortiz, M. (1998). Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto. Ed. Nueva Alianza, España.

- Pérez, M. y Tafoya, L. (1996). Estudio Epistemológico del Retardo en el Desarrollo. En la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI). Tesis. para obtener el grado de licenciatura en psicología, ENEP Iztacala UNAM.
- Perelló, J. (1990). Trastornos del habla. Editorial Mason, España.
- Puigdellívol, I. (1986). Historia de la educación especial. *Enciclopedia temática de educación especial, Madrid, Ed Cepe.*
- Rojas, G. (2000). Actualización en hipotiroidismo primario. Rev. Medica UIS, 14, (1) 8-14.
- Rosello, J. (1997) Introducción al estudio teórico experimental de la atención. En psicología de la atención. Ed. Pirámide, Madrid
- Sánchez, D (1993). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En compendio de educación especial. Ed. Trillas, México.
- Secretaría de Educación Pública (1985). Bases para una política de Educación Especial. Dirección General de Educación Especial S.E.P. FONAPAS.
- Skinner, B. (1995). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Editorial Grijalbo, Barcelona.
- Vela, M., Gamboa, S., Pérez, M., Cortés, J., González, C., Ortega, V. (2004) Epidemiología del hipotiroidismo congénito en México. En revista salud pública de México, no. 46 pp. 141-148.

En Línea

- Benitez, y, Méndez, O y Castro, M. (2004). Evaluación de la calidad en el servicio de educación especial de la Facultad de estudios superiores iztacala. Revista electrónica de psicología iztacala vol. 7 no. 4. Disponible en www.iztacala.unam.mx (Material recuperado, 10/2007)
- Plancarte, P y Ortega, P (2003). La practica de educación especial en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI). Revista electrónica de psicología Iztacala, vol. 6 no. 1, septiembre, en web disponible en www.iztacala.unam.mx (Material recuperado, 10/2007).