



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Intervención psicológica en un adolescente
con epilepsia”**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Miguel Angel Manzo Lobato

Directora: Lic. **Clara Bejar Nava**

Dictaminadores: Lic. **Francisca Bejar Nava**

Lic. **María de Lourdes Jiménez Rentería**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	No. de Página
1. EDUCACIÓN ESPECIAL	6
1.1. Breve historia de la Educación Especial	6
1.2. Educación Especial en México	11
1.3. Integración Escolar en México	14
1.4. Intervención Psico-educativa	18
2. ADOLESCENCIA	20
2.1. Adolescencia y sexualidad en Educación Especial	21
3. EPILEPSIA	24
3.1. Desarrollo de la epilepsia	24
3.2. Tipos de epilepsia y sus características	25
3.3. Farmacología en el tratamiento de la epilepsia	26
4. DESCRIPCIÓN DEL CASO	27
4.1. Reporte de Evaluación Diagnóstica	27
4.1.1. Evaluación Inicial	28
4.1.2. Evaluación Final	33
5. INTERVENCIÓN	39
5.1. Estrategias para mejorar el desarrollo y el aprendizaje	39
5.2. Función del psicólogo en el tratamiento de la epilepsia	39
5.3. Programas de intervención	43
5.3.1. Eliminación de conductas problemáticas	43
5.3.2. Solución de Problemas sociales	51
5.3.3. Programa de Atención	58
6. CONCLUSIONES	66
7. BIBLIOGRAFÍA	69

INTRODUCCION

Realizar intervenciones psicológicas es uno de los objetivos de formación profesional que se cristalizan con la atención de poblaciones específicas como es el caso de personas que presentan epilepsia.

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todos los países. Se caracteriza por ataques recurrentes que son la manifestación física de descargas eléctricas excesivas, súbitas y a menudo breves, de grupos de células cerebrales.

Los ataques pueden ir desde episodios muy breves de inatención o sacudidas musculares, hasta convulsiones intensas y prolongadas (es decir, contracciones musculares violentas e involuntarias o series de contracciones). La frecuencia de los episodios es variable, desde menos de uno al año hasta varios al día (OMS, 2009).

Es una afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis epilépticas recurrentes, asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas. La epilepsia no es una enfermedad por sí misma, sino un proceso de origen múltiple, expresividad clínica variable y distintos grados de evolución clínico electroencefalográfica y gravedad. (García, 2010).

Sin embargo esta enfermedad siempre ha estado acompañada de prejuicios y reacciones de rechazo de diversos tipos. Es cierto que algunas crisis pueden producir cierto grado de invalidez, dificultad al ejercicio de algunas profesiones y derivado de ello dificultad en la adaptación social. Algunas características en pacientes epilépticos es que presentan secuelas de alto riesgo biopsicosocial, en primera instancia en el entorno familiar pues ellos desconocen la enfermedad y la aceptación de esta es difícil y requiere el apoyo de especialistas Médicos, Neurólogos y Psicólogos que expliquen a la familia cómo apoyar a su familiar (comprenderlo y ayudarlo) conociendo lo que puede hacer así como los límites que tiene el paciente.

Los profesionales en medicina dan testimonio de las funciones que realizan las distintas estructuras del cerebro, en relación a la epilepsia, por ejemplo en la corteza

cerebral se organiza por cambios moleculares genéticos que se encargarán del proceso de aprendizaje.

La función del psicólogo en este caso, está encaminada al apoyo como profesional en el proceso de adaptación y aceptación tanto del paciente, como de la familia. Los psicólogos acompañan a la incorporación del paciente a su grupo social, evitando el aislamiento que de momento ellos mismos establecen, es decir, aportando conocimientos relevantes en relación a aspectos cognitivos, afectivos y conductuales permitiendo una mejor evaluación, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como un asesoramiento a los familiares y con profesionales de la salud con los que se establezca un vínculo a favor del tratamiento del paciente, (Oroquieta 2002).

El objetivo de la Tesina es dar a conocer la utilidad que cumple el psicólogo en el tratamiento multidisciplinario en un caso en específico, incluyendo las generalidades de otros pacientes y con base en los puntos de vista médicos y psicológicos, pues es importante estar enterado de los protocolos más actuales de cómo tratar a un paciente epiléptico y enfocar la intervención en función de la edad, del entorno familiar y del entorno social en el que se desenvuelve.

Surge de la necesidad de hacer una intervención psicológica que facilite y explicita un caso de epilepsia abriendo un panorama a partir de los puntos de vista de las otras disciplinas, pues no debe ser analizado como una cuestión en aislado. Considerando también el entorno familiar, escolar y laboral según sea el caso.

A la par del paciente conocemos que las crisis convulsivas y los medicamentos para controlarlas, pueden afectar de manera significativa el desarrollo y el aprendizaje. Las convulsiones frecuentes reducen la capacidad del niño para procesar la información y la respuesta alterando su atención. Esta alteración es bien prevista por los profesionales que trabajan para atender al paciente; psicólogos, médicos, psiquiatras y profesionales en Educación Especial (EE). Como sabemos la esencia de la EE es incorporar al paciente a la sociedad haciéndolo funcional, integrándolo al mundo laboral y brindándole herramientas que le permitan valerse por sí mismo. Objetivo que se pretendió alcanzar

mediante la implementación de programas que posibiliten el desarrollo de habilidades que permitan al paciente desempeñarse en su medio haciéndolo consciente de sus alcances y de sus limitaciones.

Es por esto que a lo largo del presente trabajo se desarrollan temas como la Educación Especial haciendo un recuento de los principales sucesos que han marcado una pauta en este rubro, además de tocar el tema de la adolescencia por la edad del paciente y por los importantes cambios que surgen en esta etapa. Veremos a la epilepsia el desarrollo, los tipos de epilepsia y sus principales características, conoceremos las evaluaciones realizadas al paciente antes durante y después, así como la intervención, los programas así como las funciones y estrategias que utiliza el psicólogo.

EDUCACIÓN ESPECIAL

La Educación Especial (EE) es un campo multidisciplinario que por naturaleza los interesados deben ser capaces de manejar una amplia gama de conocimientos provenientes de disciplinas diversas. En el caso de los estudiantes que se encuentran en el nivel licenciatura, Ortega (2010) menciona que estos deben obtener las herramientas necesarias que complementen su formación, es decir, tener capacitación en otras áreas o disciplinas que permitan realizar una intervención desde un enfoque interdisciplinario, como en este caso del adolescente con epilepsia que requiere la ayuda de especialistas de diversas áreas, por lo que es importante hacer una revisión de la historia de la educación especial que nos permita comprender y entender al paciente.

1.1. Breve historia de la Educación Especial

La Educación Especial es una modalidad del sistema educativo nacional, que se imparte a niños y jóvenes que tienen dificultades para incorporarse a las instituciones educativas regulares o para continuar en las mismas por presentar algún retraso, parcial o general, en su desarrollo, debido a causas orgánicas, psicológicas o de conducta (Sánchez, Cantón, Sevilla, 2002).

La Educación Especial ha adquirido gran relevancia teórica y práctica. En 1837 Seguin (citado en Sánchez, Cantón y Sevilla, 2002), funda la primera escuela dedicada a la educación de débiles mentales, utilizando metodologías específicas para el desarrollo de facultades y funciones mentales. En 1898 Claparede (citado en Sánchez, Cantón y Sevilla, 2002), inicia en Ginebra clases para formación de niños retrasados y en 1904, en colaboración con el neurólogo Francois Naville (citado en Sánchez, Cantón y Sevilla, 2002), abren la consulta médico-pedagógica destinada a establecer criterios para la selección y la clasificación de alumnos destinados a clases especiales que ya fueron incorporadas a la enseñanza pública.

En España, Fray Pedro Ponce de León (citado en Sánchez, Cantón y Sevilla, 2002), creo en 1785 el Instituto de Sordomudos, pero será en 1920 cuando el Estado

establezca el Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales. Barry (1996), asegura que el primer intento de coordinación, delimitación y clasificación aparece en 1953 con la instauración del Patronato de Educación para la Infancia Anormal, que para 1955 se le denominó Patronato Nacional de Educación Especial y posteriormente en 1956 dictan normas para la elaboración del Censo de Deficientes Psíquicos y Físicos en edad escolar.

Por otra parte, la aparición de instituciones especiales de educación en México se remonta a mediados del siglo XIX, durante el periodo presidencial de Benito Juárez, quien fundó en 1867 la Escuela Nacional para Sordos y en 1870 la Escuela Nacional de Ciegos. A partir de este hecho, algunos acontecimientos históricos marcan el desarrollo de las instituciones de Educación Especial en el país, (citado en Sánchez, Cantón y Sevilla, 2002).

En 1935, el Dr. Roberto Solís Quiroga, promotor de Educación Especial en México y el resto de América, planteó al entonces Ministro de Educación Pública, el Lic. Ignacio García Téllez, la necesidad de institucionalizar la Educación Especial en nuestro país. Como resultado de esta iniciativa, se incluyó en la Ley Orgánica de Educación, un apartado referente a la protección de las personas con retraso mental por parte del Estado. El mismo año, se creó el Instituto Médico – Pedagógico especializado en la atención de la persona con discapacidad mental, (citado en Sánchez, Cantón y Sevilla, 2002).

Para 1946, se fundaron las escuelas de perfeccionamiento; y en 1953 se crearon 10 escuelas en el D.F. y 12 en el interior del país, entre ellas, la escuela “Yucatán” para personas con deficiencia mental en la ciudad de Mérida. Posteriormente, durante el sexenio de Luis Echeverría (1970-1976) el gobierno reconoció la tremenda problemática de la deserción escolar en el país (de 48% aproximadamente sólo en el nivel primaria) y creó los centros de atención psicopedagógica conocido como CREE (Centro de Rehabilitación y Educación Especial) los cuales permitieron atender a un mayor número de personas con requerimientos de Educación Especial, a un costo menor (Sánchez, Cantón y Sevilla, 2002).

Así mismo, la Ley General de Educación de 1970 menciona Barry (1996) se dispone que la Educación Especial tendrá como finalidad preparar, mediante el tratamiento educativo adecuado, a todos los deficientes e inadaptados para una incorporación a la vida social, tan plena como sea posible en cada caso, según sus condiciones y resultados del sistema educativo y para un sistema de trabajo en todos los casos posibles que les permita servirse a sí mismos y sentirse útiles a la sociedad (Barry, 1996).

Por tal motivo, Sánchez y Torres (1997), mencionan que la EE debe impartirse hasta donde sea posible en los centros ordinarios del sistema educativo general, solo cuando resultara absolutamente imprescindible, se llevará a cabo en centros específicos, debiendo configurarse la estructura y régimen de estos centros que faciliten la incorporación de sus alumnos en centros ordinarios y los servicios deben empezar lo más pronto posible.

De acuerdo a esto, Nijer (1992, citado en Sánchez y Torres, 1997) atribuye una debida importancia al papel que juega la integración escolar, dentro del ámbito de EE, mencionando que esta significa que las relaciones entre los individuos están basadas en el reconocimiento de que todos compartimos los mismos valores y derechos básicos, así como el reconocimiento de la integridad del otro.

Con relación a lo anterior Morris (1986), menciona que la incorporación del alumno con discapacidad a la escuela regular es resultado de un largo proceso que comenzó con el reconocimiento del derecho de todo niño de ser escolarizado, independientemente de sus características personales o de sus dificultades de aprendizaje. Por lo que el término integración, en general, se refiere a la tendencia de incorporar en la escuela regular a aquellos estudiantes con discapacidades leves o moderadas.

El siglo XX se ha caracterizado por la promulgación de la escuela obligatoria, pero muy pronto surgieron en las escuelas, alumnos con problemas y limitaciones que exigían una atención especial, esto cuando el maestro no podía atenderlo o cuando el problema del alumno era rechazado por la escuela o se le remitía a especialistas para su atención.

Las escuelas especiales en los siglos pasados eran instituciones consagradas a la atención de niños con limitaciones sensoriales y motoras. Para los deficientes mentales, sólo había el recurso de los hospitales psiquiátricos o centros de medicación. A principios del siglo XX comenzaron a proliferar las escuelas especiales, ya no sólo para los sordos, ciegos, parálíticos cerebrales, sino también para niños con retraso mental, con síndrome de Down o con problemas de aprendizaje.

Para el funcionamiento de una escuela inclusiva se requieren grandes cambios en la educación general, sus fines y sus objetivos. La escuela inclusiva requiere enseñanza individualizada, coenseñanza, enseñanza cooperativa, adaptaciones curriculares, acomodo de la instrucción, y evaluación individual y específica de los alumnos.

El currículo de la escuela inclusiva debe ser diverso y flexible, y proporcionar a los alumnos mecanismos y estrategias para la resolución de los problemas de la vida cotidiana (López, 1991 citado en Gómez, 2002).

Las escuelas inclusivas propiciarían un tipo de cambios que conduciría a una mayor participación de los alumnos, los maestros y la sociedad en general. El objetivo es lograr escuelas inclusivas que sean de calidad, atractivas y valorativas y valoradas por toda la comunidad educativa exige mucho más que buenas intenciones, declaraciones oficiales y documentos escritos. Exige que el conjunto de la sociedad, las escuelas, la comunidad educativa y los maestros de formación más específica, tomen conciencia de estas tensiones y ayuden al intento de crear las condiciones que les ayuden a la consecución de este objetivo (Marchesi, Coll, y Palacios, 1999, citado en Gómez, 2002).

La integración, sin embargo, no es panacea, ya que no todos los alumnos pueden ser incorporados al aula regular. Existen algunos casos que presentan perturbaciones emocionales junto con conductas o incluso combinaciones como las siguientes:

- hiperactivas
- antisociales
- con defectos corporales
- sensoriales
- mentales graves

- con deficiencias múltiples

Conductas que requieren cuidado y atención intensiva y continua de su salud física y mental. Por lo que la inserción del niño con discapacidad en la escuela, ha demostrado ser ventajosa para todos, por la convivencia, el trabajo conjunto, el comunicarse y aceptarse a pesar de las diferencias, crea en el futuro ciudadano la capacidad de aceptar las diferencias de otros con discapacidad, así como las propias dificultades (Morris, 1986).

La Educación Especial en México, es un concepto mucho más amplio que en otras épocas, ya que deja de dar importancia al trastorno y se centra en la interacción entre los factores procedentes del sujeto y los procedentes del contexto. (Sánchez, 2001).

Gómez, (2004), menciona que es evidente que todos los niños no alcanzarán estos fines con la misma facilidad, sin embargo todos ellos tienen necesidades educativas que satisfacer y dichas necesidades pueden ser de dos tipos: necesidades educativas comunes a todos los alumnos y necesidades educativas específicas o especiales, las cuales están determinadas por lo que necesita cada niño, para posteriormente realizar los progresos de manera individual. Es por esto, que la educación de estas personas deberá permitirles su desarrollo personal, social e intelectual, por ello la Educación Especial se entiende como el estudio de programas de integración escolar y social.

Según Garanto (1993, citado en Sánchez y Torres. 1997 pág. 36), “La Educación Especial ya no puede entenderse como la educación de un tipo determinado de personas, sino como un conjunto de recursos educativos puestos a disposición de los alumnos que, en algunos casos podrán necesitarlos de forma temporal y, en otros, de forma continua y permanente. Es la respuesta o tratamiento de las necesidades especiales de un niño con el fin de aproximarlos a los objetivos propuestos”.

Así, la Educación Especial se entiende como un servicio de apoyo a la educación general, la cual estudia de manera global e integrada los procesos de enseñanza – aprendizaje, y que se define por los apoyos necesarios y no por las limitaciones de los

alumnos, con el fin de lograr el desarrollo personal y social de las personas en edad escolar que presentan necesidades educativas especiales (Sánchez, 2001).

De acuerdo a Myers y Hammill, (2004), la Educación Especial abarca un grupo muy amplio de clientes: desde niños con déficit significativos y severos, con discapacidad mental, visual, auditiva y limitaciones motoras generales, hasta aquellos que son completamente sanos y funcionales, a no ser por una limitación muy específica de su desarrollo, como pueden ser los problemas del lenguaje o la discapacidad matemática. Es por esto que es importante conocer las limitaciones y los alcances de cada persona y una vez identificados potenciar los alcances de manera que en lugar de estancarse en la discapacidad, enfocar a lo que se puede lograr el paciente en los ámbitos en los que se desenvolverá.

1.2. Educación Especial en México

La Educación Especial en México esta, al menos en el papel, sumergida en una visión educativa humanista y existen diferentes marcos legales para su desarrollo. La legislación en este campo es incipiente y destaca la Ley Federal para la integración de las personas con discapacidad promovida por el presidente Zedillo unos meses después de tomar posesión en 1994. Donde se pueden destacar tres pilares que sostienen la política de Educación Especial en México:

- a) Individuación, la cual se refiere a la noción de que debe realizarse un perfil psicoeducativo individual para cada sujeto con necesidades de Educación Especial, el cual debe servir como base para establecer criterios educativos para su instrucción.
- b) Normalización, éste aspira a colocar a las personas con discapacidad en condiciones de igualdad, al proporcionarles las mismas oportunidades y posibilidades que al resto de los habitantes.
- c) Integración, la cual se refiere a la tendencia a incorporar en la escuela regular a aquellos estudiantes con discapacidades leves o moderadas.

Para septiembre de 2001 se dio a conocer el programa sexenal del sector educativo en la gestión de Vicente Fox Quezada en el titulado Programa Nacional de Educación 2001-2006 “Por una educación de buena calidad para todos”. Contempla el tema de inclusión, el cual busca ofrecer oportunidades a toda la población para que, mediante una mejor preparación, se facilite su crecimiento como personas y adquieran la capacitación y el adiestramiento necesarios para aprovechar las oportunidades del desarrollo. En el que propone una nueva relación entre el gobierno y la sociedad que permita la creación de nuevas formas de inclusión, así como la reconstitución del tejido social, en el caso de las personas con algún tipo de discapacidad, física o mental, y considerando que constituyen 2.2 millones de personas y que carecen de medios físicos adecuados a sus necesidades, para ingresar a escuelas o laborar en oficinas, fábricas o dependencias gubernamentales, por lo que se dio a la tarea de otorgar apoyos para adquirir equipos o aparatos para atender sus necesidades específicas, y que enfrentan situaciones de discriminación y falta de oportunidades para su desarrollo educativo, laboral, cultural y deportivo, entre otros. (Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2001).

Myers y Hammill (2004), mencionan que en México, el gobierno federal además de proveer los recursos para el desarrollo de los servicios de Educación Especial, ha promovido un marco legal que establece una referencia de la dirección y desarrollo de los servicios de Educación Especial. Las metas a las que aspira la Educación Especial en México, descritas en los manuales operativos de la SEP, pueden condensarse en los siguientes cinco objetivos:

1. Capacitar al individuo con necesidades especiales para ser una persona autónoma y facilitar su integración social, para que así pueda gozar de una vida satisfactoria.
2. Actuar de manera preventiva en la comunidad para promover el grado máximo de desarrollo psicoeducativo.
3. Desarrollar programas adicionales que promuevan habilidades para compensar las limitaciones del individuo.
4. Elaborar un currículo que promueva independencia personal, comunicación, socialización y la capacidad para gozar de trabajo y recreación.

5. Promover la aceptación de personas con requerimientos de Educación Especial que consideren los principios de normalización e integración.

La legislación con respecto a los individuos con discapacidad, conlleva numerosas implicaciones en relación con la política educativa. Por lo que han surgido diversos cambios, como son: la evolución que ha tenido la evaluación en el campo educativo, ya que no se basa en un criterio de norma, en el cual se comparan unos alumnos con otros, sino que se basa en contenidos curriculares que permiten describir lo que el alumno puede y no puede hacer; otro cambio importante, es que los maestros de clases regulares y especiales, trabajan de manera cooperativa con sus colegas y con otros profesionales como psicólogos escolares, consejeros guías, terapeutas de lenguaje, etc., así mismo, los maestros han modificado sus funciones con el fin de compartir sus experiencias sobre los problemas de los alumnos en la escuela; por último un cambio de mayor importancia, es el alcance de la aceptación de alumnos con discapacidades leves en las clases regulares (Lus, 2003).

Para 2007, al inicio del sexenio de Felipe Calderón, se propuso desde la Secretaría de Educación Básica de la SEP, promover la igualdad de oportunidades en el acceso, la permanencia y logro educativo de los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a los que presentan discapacidad, aptitudes sobresalientes y/o talentos específicos mediante el fortalecimiento del proceso de atención educativa de estos alumnos en el Sistema Educativo Nacional mediante los siguientes objetivos (Secretaría de Educación Básica, 2007):

- a) Fortalecer el marco jurídico respecto al proceso de atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales en las escuelas de educación regular y en los servicios escolarizados de educación especial.
- b) Promover la actualización permanente de los maestros de educación inicial, de educación básica y de educación especial, para mejorar la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales, priorizando a los que presentan discapacidad, aptitudes sobresalientes y/o talentos específicos.

- c) Promover la participación activa de las familias de los alumnos con necesidades educativas especiales para mejorar su atención de educación inclusiva.
- d) Promover la atención de un mayor número de alumnos con necesidades educativas especiales asociadas con alguna discapacidad, con aptitudes sobresalientes y/o talentos específicos en el Sistema Educativo Nacional, mediante la realización de la evaluación psicopedagógica, la elaboración y seguimiento de la propuesta curricular adaptada, así como la implementación de apoyos extraescolares en los casos que sea necesario.
- e) Fortalecer los apoyos a las escuelas y servicios que brindan educación especial y ampliar la atención a escuelas y alumnos en los niveles y modalidades con menor cobertura y en los grupos de mayor vulnerabilidad para lograr mejores condiciones de educación inclusiva.
- f) Elaborar una planeación estratégica que identifique las necesidades, metas y acciones que las Administración Educativa Local (AEL) y la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal (AFSEDF) implementarán para fortalecer la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales que cursan la educación inicial y básica.

Estas medidas que se han tomado en cada sexenio de crear un plan a futuro son buenas, pero dado que solo es un plan, no se le da seguimiento pues el poder ejecutivo y legislativo deben ponerse de acuerdo y dar continuidad, pero con el cambio de sexenio, la llegada de nuevas propuestas no permite llevar a cabo las medidas requeridas ni la continuidad, y mucho menos una evaluación para saber si se está haciendo bien o no.

1.3. Integración Escolar en México

La integración educativa tiene como idea principal, que todos los niños y niñas con y sin necesidades educativas especiales se eduquen en las aulas regulares. La ideología de la integración educativa tiene su raíz filosófica en el principio de normalización de Bank-Mikkelsen (Macotela, 1999), y básicamente propone la utilización de “medios educativos que permitan a la persona adquirir o mantener comportamientos y características lo más

cercanos a la normalidad general”, (s/p). La normalización implica proporcionar a las personas con discapacidad servicios de rehabilitación o habilitación y la ayuda para alcanzar tres metas: una buena calidad de vida; el disfrute de sus derechos humanos y la capacidad de desarrollar sus capacidades (García, 1993). El sentido fundamental de la Integración Educativa, es lograr incorporar a la sociedad a las personas con necesidades educativas especiales, y que a su vez puedan mediante los procedimientos acostumbrados de las escuelas incorporarlos junto con el resto de sus compañeros de grado, en relación a su particular ritmo y forma de responder ante el programa oficial.

Sin embargo, esto implica que paulatinamente que la sociedad en su conjunto adopte una concepción y por tanto una perspectiva y relación diferentes con los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales, así como con las demás personas en general.

De igual forma, como comenzó a surgir la integración escolar en otros países, también sucedió en México; país en el cual esta nueva concepción de la educación para todos, adquirió también un carácter jurídico.

Así, lo refiere el Artículo 3º constitucional acerca del derecho inalienable de los mexicanos a la educación, y en 1993, en la Ley General de Educación, en su Artículo 41, configura la legalidad de la atención a los individuos con discapacidades transitorias y definitivas, así como a aquellos con capacidades y aptitudes sobresalientes (Cuomo, 1999).

Posteriormente, en 1997, convocada por las instancias federales educativas de gobierno(SEP) y la máxima instancia sindical de trabajadores de la educación (SNTE), se efectúa en Huatulco, Oaxaca, México, la Conferencia Nacional de Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales, equidad para la diversidad, que delimita las líneas de acción en nuestro país para poner en marcha el programa de integración educativa, con los compromisos que para la sociedad, los docentes y el gobierno mismo esto representa (Cuomo, 1999).

Gómez, (2002), menciona que dentro del Programa de Integración Educativa, las modalidades de Intervención Psicopedagógica para los alumnos con necesidades educativas especiales, se han clasificado en Aula Regular y Aula Regular + Aula de Apoyo; haciendo mención de que cuando se hace referencia a los alumnos del aula regular por un lado, y a los del aula de apoyo del otro, no se desea indicar que son dos poblaciones distintas. Todos los alumnos permanecerán en el aula regular, y todos deberán recibir adaptaciones curriculares destinadas a atender sus necesidades educativas especiales; sin embargo, dentro de estos alumnos, algunos requerirán, además, apoyo complementario en el espacio físico para ello disponible en el jardín de niños.

Por otra parte, Macotela (1999), menciona que un concepto relacionado con la integración escolar, es el de inclusión, mejor denominado "inclusión total", el cual se refiere a que el educando permanezca en el aula regular durante todas las oportunidades de instrucción. Esto contrasta con otra posibilidad que se denomina "continuo de servicios", que tiene que ver con la posibilidad de que coexistan diversas modalidades instruccionales, como salón de recursos, maestro itinerante, apoyo extraescolar, etcétera y no sólo la de inclusión total.

En estricto sentido, las ventajas o desventajas de la inclusión total dependen de la disponibilidad de recursos (físicos, humanos y técnicos) por parte de la institución escolar que la implanta.

Algunos avances se manifiestan en las iniciativas que intentan traducir las intenciones en acciones concretas, particularmente la creación de las USAERS (Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular) y los programas de sensibilización al cambio. No obstante, todo cambio es gradual y las acciones concretas se determinan en la práctica cotidiana. En diversas regiones del país se manifiesta una legítima preocupación en el sentido de falta de claridad en las funciones de los maestros de apoyo; por lo que la integración implica un trabajo colaborativo entre maestros de aula y maestros y equipos de apoyo (Macotela. 1999).

Cuomo, (1999, p. 30), afirma "...ante este escenario, es evidente que existan resistencias al cambio, pero no solamente de los profesores de aula. También las hay en los equipos de apoyo. Esto es debido a que no ha penetrado el mensaje básico de la integración educativa; la forma de lograrla no es concebir a la integración como la inserción del niño a un espacio educativo, sino de integrar los esfuerzos de los actores principales que son los docentes (de aula y de apoyo). El problema básico es que se exige una redefinición de la labor del maestro de aula, así como del maestro de apoyo. Se exige también que ambos asuman una responsabilidad compartida. En este mismo orden de ideas, la necesidad básica estriba en el logro de metas comunes entre ambos grupos de referencia y, sobre esta base, la derivación de métodos comunes de enseñanza y evaluación teniendo como eje el currículum de educación básica. Por esto mismo, es de gran importancia reconceptuar el papel de la familia, dado que no solamente se trata de fortalecer los vínculos entre la escuela y el hogar, sino también de promover un cambio de actitud por parte de los padres de niños con discapacidad y sin ella".

Respecto a este tema, Fernando Fierro Luna, en el periódico La Crónica de hoy del 8 de julio (2007), comenta que el modelo de integración escolar para alumnos con necesidades educativas especiales en México, no funciona adecuadamente, ya que no existe una suficiente formación de profesionales para atender las necesidades de este grupo social; por lo que para incorporar a estas personas, hay que preparar a los docentes y a los profesionales que intervienen y apoyan; ampliar dentro de la currícula de formación de maestros la integración, y adoptar plenamente un nuevo modelo para la diversidad. (Redacción "Periódico La Crónica" 2007)

Además, sugirió que los directivos de los planteles deberían buscar los recursos para atender a la población con necesidades especiales en las escuelas ordinarias, y que las autoridades respectivas establezcan procesos adecuados de acreditación para que continúen sus estudios.

Así mismo, sugirió capacitar a los profesionales que intervienen en el proceso de integración educacional -psicólogos, pedagogos, terapeutas del lenguaje y maestros de Educación Especial- pues no poseen los elementos adecuados, ni las condiciones

necesarias, ni están inmersos en un proceso de formación permanente para desarrollar adecuadamente esta función.

En México se crearon varias instancias básicas para atender a las personas con necesidades educativas especiales, como la Unidad de Servicios y Apoyo a la Educación Regular (USAER) o los Centros de Atención Múltiple (CAM); sin embargo, en su mayoría, no han funcionado adecuadamente según Fernando Fierro Luna en la nota de la Redacción “Periódico La Crónica” (2007).

1.4. Intervención Psico-educativa

De entre todos los objetivos que persigue la intervención psico-educativa del niño con Necesidades Educativas Especiales podemos destacar las siguientes. (De Andrés, 1997):

- Dotarle de la máxima independencia personal, mediante el desarrollo físico, la adquisición de destrezas motrices, hábitos higiénicos y habilidades sociales.
- Proporcionarle medios de expresión eficientes y claros que le permitan una fácil comunicación con los demás.
- Favorecer la creación de hábitos de estudio y de trabajo.
- Ofrecerle una sólida formación humanística integral que le familiarice con su realidad social y cultural.
- Impulsar la capacidad de apreciación y de expresión estética por medio de la creación artística.
- Prepararle para el ejercicio responsable de la libertad inspirada en el concepto democrático de la vida y el fomento del espíritu de convivencia.

En el caso específico de los pacientes con epilepsia, debemos considerar que las convulsiones, el medicamento y los efectos que estos le generan, hacen que el paciente este en cierto modo a la defensiva llegando a la agresividad, con un temperamento que quizás él mismo no sabe el por qué actúa de esa manera.

En cuanto a la educación para este tipo de pacientes, además de diversificar el sistema educativo, es necesario tomar en cuenta la incorporación de temas a los programas de las escuelas regulares, ejemplo de ello la Educación Especial, planteando la incorporación de las personas con discapacidad no solo a la escuela sino también a la sociedad, proyectando tolerancia y aceptación para estas personas con deficiencias e incluso con epilepsia, pues no sólo tienen que lidiar con la aceptación de sus limitaciones sino también con el rechazo de las personas, situación que hasta cierto punto limita el desempeño de éstas a nivel social, personal, físico y sexual.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta. Por regla general, se considera que comienza, aproximadamente, entre los 10 y 13 años y termina entre los 18 y los 22 años (Nicolson, 2002).

A cierta edad, variable según cada caso los varones adolescentes como es el presente tienen cambios en su desarrollo estos cambios pueden ser desde la estatura del un chico que puede pasar de un metro cuarenta a uno setenta o hasta uno ochenta en poco tiempo. Para algunos en forma gradual, sin saltos. Para otros en varios estirones rápidos y bruscos. Este crecimiento se debe al alargamiento del esqueleto, sobre todo de los huesos largos de piernas y brazos. La pelvis se mantiene estrecha mientras las manos y los pies suelen alargarse.

De los 9 a los 10 años, comienza la pubertad en donde empiezan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios, en general en forma lenta y paulatina. Se ensanchan los hombros con un marcado fortalecimiento de los músculos. Se inicia un periodo inestable de cambios en el tono de la voz que al cabo de unos meses se estabiliza, tornándose en una voz más grave. Las glándulas sudoríparas y sebáceas aumentan sus secreciones por lo que suelen aparecer accesos de sudor y erupciones cutáneas o brotes de acné. A la altura del pubis nace un vello abundante y fuerte, después nace el pelo en las axilas y un bigote leve. Según los individuos y las razas, aflora la barba en las mejillas, el mentón y el labio superior. El vello del pecho y del resto del cuerpo es el último en aparecer, y muchas veces no alcanza su densidad definitiva hasta la plena adultez (Nicolson, 2002).

En cuanto a los órganos genitales, aumentan de volumen: el pene se agranda y oscurece, así como la piel del escroto, en cuyo interior, los testículos ya se notan más abultados, e inician una gradual maduración que tardará tres o cuatro años en otorgarles su tamaño definitivo.

Todas estas modificaciones son causadas por la presencia de testosterona, la hormona masculina que impregna los tejidos y órganos del cuerpo del varón. Simultáneamente se inicia la producción de espermatozoides, y se producen erecciones espontáneas que a veces van seguidas de eyaculación de esperma que ya contiene espermatozoides maduros, dando paso a la adolescencia, (Pomies.1998).

Es también una época en la que los adolescentes tratan de crear su propia identidad personal y un sentido de autonomía que, a veces, puede conducir a desacuerdos más o menos importantes, temporales o permanentes, con sus padres, las personas que los tengan a su cargo o el profesorado. La mayoría de los adolescentes salva esta fase de forma satisfactoria y disfruta de unas relaciones positivas con sus padres y otros adultos. (*Óp. cit.*)

La importancia de tocar este tema, es que el paciente se encuentra en esta etapa y que en este momento tiene contacto con otros adolescentes en su casa y en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), la influencia de estos puede ser decisiva en estas edades, porque se encuentran en constante contacto, tienen dudas, inquietudes y diferentes experiencias que los marcan física, sexual, emocionalmente. Por ello los padres deben no solo estar al pendiente de ellos sino también aconsejar a sus hijos en lo referente al tema de la amistad, los valores y la misma sexualidad. Como lo menciona Castillo (2002), esta labor se facilita si la casa está abierta a los amigos de sus hijos.

2.1. Adolescencia y sexualidad en Educación Especial

Los adolescentes como lo menciona Checa (2003), proponen desafíos en el marco de determinadas estructuras económicas, sociales y culturales. Por ello la sexualidad del adolescente, se inscribe en una constelación de concepciones y valoraciones que impregnan la cultura a la cual pertenece, garantizando e instrumentado los medios necesarios para el acceso al cuidado y a la información que les permitirá desarrollar una sexualidad de acuerdo a su forma de ser, pensar y entender. Educar en la sexualidad no es otra cosa, que contribuir al desarrollo de la persona. Es erróneo pensar que hay una

sexualidad distinta para el discapacitado. Lo que debe comprenderse es una única sexualidad humana.

La sexualidad forma parte de nuestra vida, podemos decir que no podemos hablar de una sexualidad para los educadores, los médicos o de las personas que presentan necesidades educativas especiales asociadas a algún tipo de discapacidad. La sexualidad es una sola. En la adolescencia, las necesidades biológicas aparecen y tienen que ver con su edad cronológica y no con la mental, estas necesidades emergen y no tienen una clara representación con las experiencias de su propio cuerpo. El adolescente no tiene orientación, pues el tema de la sexualidad está rodeado de silencios o francamente prohibido. No obstante, el adolescente con necesidades especiales experimenta cosas placenteras, no entiende, no sabe qué tiene de malo lo que ocurre con su cuerpo, pero lo disfruta. Los adolescentes pueden lograr un determinado desarrollo de la personalidad y de cualidades suficientemente estables mediante un método educativo adecuado. Pueden llegar a constituir una familia y querer tener hijos. Es importante reconocer que el discapacitado sea capaz de aprender y reconocer qué cosas puede y no puede hacer. Por lo tanto, no se trata de prepararse para tolerar las frustraciones; sino de afirmarse como personas con todos sus derechos de asumir su sexualidad plenamente (Familume, 2001).

El hecho de que alguna persona se encuentre con alguna dificultad para moverse, hablar o ver, no quiere decir que está privada de vivir su sexualidad. Es todo lo contrario, pues pueden expresar de diversas maneras sus emociones, afectos y fantasías (Rivera, 2007).

La seguridad emocional –saberse aceptado y protegido incondicionalmente- y la autoestima- saberse digno de ser amado y capaz de amar-, constituyen la primera y la más fundamental de las necesidades interpersonales. Sentirnos protegidos, con tierra firme bajo los pies, las espaldas cubiertas; saber que hay personas que nos cuidan incondicionalmente; haber experimentado que nos quieren como somos, sin ponernos condiciones, ser conscientes de que estas personas están disponibles, que no nos van a fallar; convencerse experimentalmente que han sabido cuidarnos y que lo van a seguir haciendo en la salud y la enfermedad, en el éxito y el fracaso social, con independencia

de nuestros méritos, son algunos de los contenidos fundamentales de esta necesidad (López, 2002).

Los adolescentes con necesidades especiales requieren de su entorno familiar y social, la aceptación de que ellos al igual que cualquier persona tienen sentimientos y pueden expresar de diferentes maneras su afecto a los demás y que tienen derecho a ejercer su sexualidad siempre y cuando el adolescente, tenga los medios y herramientas necesarias para tomar decisiones que involucren a terceras personas a partir de las medidas que tome, a partir de ejercer plenamente su sexualidad esta educación debe ser a través de profesionales o de la instrucción de los padres como cualquiera de los integrantes de la familia, pues para el adolescente de educación especial es igual de importante recibir dicha información ya que tiene la capacidad de entender cómo funciona su cuerpo y a través de éste poder expresar sus emociones, afectos y fantasías.

En el caso específico del paciente, debemos considerar que si hoy por hoy le gustan las caricaturas, juegos electrónicos y demás actividades de la infancia que lleva a cabo porque vive con sus sobrinos y como estos son menores que él, sus actividades giran entorno a la infancia pero próximamente surgirán cambios físicos y emocionales y con ello inquietudes que si bien no son malas es preferible que el paciente tenga claro desde ahora, cuáles son sus alcances y limitaciones que conlleva su nueva etapa de la adolescencia, considerando también las repercusiones que tiene el tratamiento farmacológico que lleva.

EPILEPSIA

Epilepsia del latín epilepsia, y este del griego ἐπιληψία, intercepción. La organización Mundial de la Salud (OMS) y la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) definen a la epilepsia como una afección neurológica crónica, recurrente y repetitiva, de fenómenos paroxísticos ocasionados por descargas de neuronas cerebrales de forma desordenada y excesiva. Sus causas pueden ser muy diversas y sus manifestaciones sumamente variadas en su presentación, de tal suerte que su sintomatología se ubica dentro de un poliformismo acentuado. (Gaona, 2005).

Como lo menciona Oroquieta (2002), la epilepsia no es un estigma, ni una enfermedad mágica, pero en la actualidad el rechazo social y laboral resulta evidente; prueba de ello es la ocultación de la enfermedad por temor a ese rechazo. A pesar del papel secundario que ocupan los aspectos psicológicos en la asistencia sanitaria, resulta difícil negar la existencia de sufrimiento psíquico y la presencia de alteraciones psicopatológicas en quienes sufren la enfermedad. La epilepsia se ha considerado, hasta hace relativamente poco tiempo, una enfermedad mental. Al día de hoy, la epilepsia ya no aparece como una enfermedad mental, es considerada como una enfermedad neurológica.

Al momento se desconocen cuáles son los factores que inciden en la mayor presencia de trastornos psicológicos en pacientes epilépticos. El estudio de las manifestaciones psicopatológicas en la epilepsia, requiere considerar un gran número de variables y, a través de un enfoque multidisciplinar, las numerosas manifestaciones clínicas pueden analizarse desde distintas perspectivas (Oroquieta, 2002)

3.1. Desarrollo de la epilepsia

En la clasificación de la epilepsia en base a sus características como algo que afecta al individuo, en su momento le ha conferido la cualidad de lo desconocido y el temor ante el padecimiento. El ser humano en su afán de encontrar explicaciones a todo lo que se presentaba como “nuevo”, se enfrentaba a la consideración de explicaciones sobrenaturales ante la epilepsia, éstas al carecer de un soporte médico.

En el desarrollo de la epilepsia y en sus posibles tratamientos, en 1970 los laboratorios farmacéuticos iniciaron programas de investigación con control de calidad para comercializar fármacos como la carbamazepina (Medina, 2004).

3.2. Tipos de epilepsia y sus características

Retomando las dos características que se mencionaron anteriormente, las crisis epilépticas se pueden enfocar en dos modalidades:

- Primarias: pueden ser generalizadas o focales.
- Secundarias: focales que pueden generalizarse.

Es importante mencionar que en las enfermedades que comprometen al Sistema Nervioso Central (SNC), la epilepsia puede presentarse como síntomas del cuadro patológico, en donde las crisis epilépticas pueden desaparecer o quedar en la clasificación secundaria, ya que estos cuadros dejan secuelas en el sistema que afecta a otras funciones; mientras que en las primarias, el examen es normal y en este sentido son determinadas a nivel genético.

Se ha visto que, según su etiología, puede ser epilepsia primaria determinada por los factores genéticos, epilepsia secundaria en relación a las encefalopatías de cualquier etiología y los desórdenes epilépticos que son enfermedades que se comprenden de crisis en las que el tratamiento se enfoca en primera instancia a la patología de base más que a la epilepsia en sí. De esta manera, se deben descartar los factores de origen en el siguiente orden:

Desorden
Secuela
Genética
Ocasional

3.3. Farmacología en el tratamiento de la epilepsia

Cada paciente responde diferente a los medicamentos, por lo que los tratamientos se hacen de manera individualizada, sin embargo se deben tener en cuenta los siguientes aspectos referentes al medicamento:

- Biodisponibilidad
- Efecto del primer paso
- Unión de las proteínas plasmáticas
- Estado de estabilización plasmática
- Vida media biológica
- Reacción adversa de un medicamento

Las drogas antiepilépticas parecen actuar a través de los receptores de neurotransmisores y sobre los canales iónicos de las neuronas (Medina, 2004).

Lo realmente importante a considerar con respecto al paciente adolescente con epilepsia, es el tratamiento a través del trabajo multidisciplinario pues con los cambios en el peso y talla del adolescente a nivel médico, son factor para elevar la dosis de los medicamentos así como también el tiempo por el que ha tomado los mismos.

En el caso específico del paciente que estuvo en pruebas de un nuevo medicamento que disminuiría el número de convulsiones, después de ser probado en el paciente se determinó que no era adecuado para el medicamento y fue excluido del proyecto situación que alteró al paciente en cuanto al número de crisis, y la adaptación al nuevo tratamiento a nivel neurológico fue fundamental la revisión de la adherencia al tratamiento porque con la dosis del medicamento y los cambios típicos de la adolescencia provocan además de agresividad, que el paciente no entienda los cambios en su cuerpo y con el deseo de experimentar afecte a terceros.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El adolescente de 17 años, nació el 15 de octubre de 1995 en Tlapa, Guerrero, según relató la madre se presentó en el hospital y después de unas horas entró a quirófano y refirió que durante la parte final del trabajo de parto escuchó un grito y posterior a este dejaron de presentarse contracciones y el bebé ya no se movía, pesando 3 kilos 500 gramos, midiendo 55 centímetros, la madre menciona que al momento de nacer el bebé presentó piel de color morado y no emitió llanto.

Al año relata la madre del paciente, comienza con sus crisis convulsivas, aunque en ese momento no sabía que eran crisis convulsivas, al año con dos meses, el paciente es llevado al Instituto Nacional de Pediatría (INP) donde ya es diagnosticado con epilepsia. A partir de ese momento las visitas al Instituto eran periódicas y posteriormente se toma la decisión de vivir en la Ciudad de México en principio madre e hijo únicamente, para más tarde decidir que toda la familia llegará a la Ciudad a establecerse con el fin de llevar un mejor control y supervisión constante de los médicos del INP y apoyar al paciente; actualmente presenta en promedio de 15 a 20 crisis convulsivas por mes según datos del último reporte. Estas crisis son controladas, el paciente recibió atención médica primero y después psiquiátrica, debido a sus problemas de conducta como la agresividad, de igual forma se comenta que en el INP también ha recibido atención psicológica. Durante su estancia en la CUSI el paciente estuvo bajo un régimen estricto de medicamentos anticonvulsivos y para la conducta, posteriormente fue incorporado al proyecto de un nuevo medicamento el cual si no causó daño visible, tampoco obtuvo una mejoría, por lo que fue excluido de éste y regresó a una dosis mayor, situación que alteró las evaluaciones en uno de los programas aplicados. A la fecha debe continuar con ese medicamento. Al ingresar al área de Educación Especial el paciente fue evaluado donde se obtuvo lo siguiente.

4.1. Reporte de Evaluación Diagnóstica

Nos permitirá conocer las características con las que ingresó el paciente al servicio brindado en CUSI así como realizar una evaluación de las mismas que tuvo en una de las

evaluaciones posterior a la intervención que a su vez permitirá realizar la comparación de los cambios conductuales que tuvo el paciente.

4.1.1. Evaluación Inicial

La evaluación del paciente se realizó en la primera semana posterior a su llegada a la CUSI, se aplicó el Inventario de Habilidades Básicas (IHB) donde se evaluaron distintas áreas. La primera evaluación denominada Área Básica se muestra en la Figura 1.

Inventario de Habilidades Básicas (IHB) Área Básica

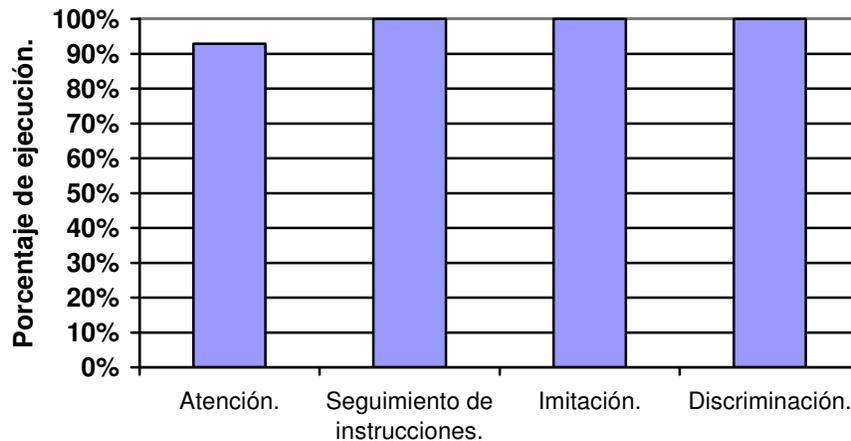


Figura 1. Porcentaje obtenido en el Inventario de Habilidades Básicas (IHB) Área Básica. Evaluación Inicial.

En la figura 1, se puede observar el porcentaje de habilidad obtenido por el paciente en las distintas sub-áreas del área básica, se puede observar que registra un nivel alto de habilidad, excepto en atención que aunque no es demasiado bajo el puntaje, se percibe una diferencia, que se manifiesta principalmente por la necesidad del paciente de estarle reiterando las actividades que hay que realizar, situación sin la cual él no habría cubierto las actividades especificadas en el inventario.

Mientras que en la Figura 2, se puede observar el porcentaje obtenido en el inventario en la sub-área de motricidad fina, teniendo un 100% de actividades realizadas, es importante hacer notar en este punto, que aunque a un nivel básico se cubren todas las actividades, existen deficiencias y todas las tareas realizadas durante la aplicación del inventario necesitan ser perfeccionadas.

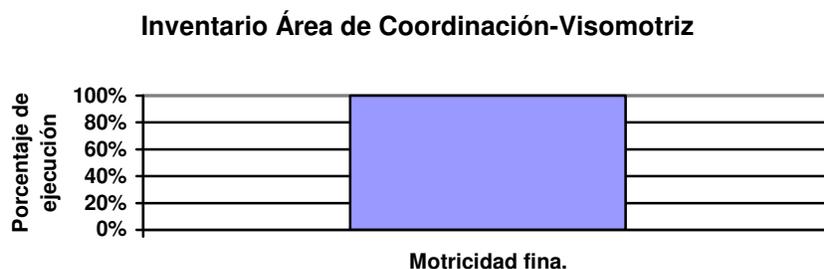


Figura 2. Porcentaje obtenido en la Sub-Área de Motricidad Fina del Área de Coordinación-Visomotriz.

Con respecto a la sub-área de motricidad gruesa, no se cuentan con datos suficientes por parte de los compañeros que trabajaron dicha área, sin embargo se puede decir, aún sin cumplir con la evaluación estandarizada del IHB, que no existen grandes dificultades en esta área, sin embargo, debe tomarse en cuenta a pesar de que si existe un ligero problema de equilibrio en el caminar del paciente esta no es una limitante, situación que debe ser evaluada y considerada para establecer la prioridad del problema.

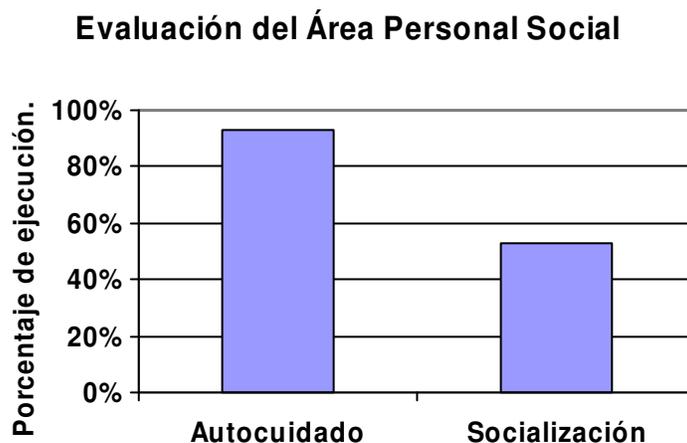


Figura 3. Porcentaje obtenido durante la Evaluación del Área Personal Social.

En la Figura 3, se pueden observar las sub-áreas de auto-cuidado en la que se cubrieron un 93% de las actividades establecidas, y la sub-área de socialización que es, a comparación de todas las demás sub-áreas, la que presentó el porcentaje más bajo de habilidad con un 53%.

En cuanto al área de comunicación se obtuvieron puntajes altos de dos de las tres sub-áreas evaluadas del Área de Comunicación la de comunicación gestual vocal, y comunicación verbal vocal, obteniendo el 100% en cada una como se observa en la Figura 4.



Figura 4. Porcentaje obtenido de 2 sub-áreas del Área de Comunicación.

Finalmente con respecto al IHB se puede observar en la Figura 5, que de entre las áreas evaluadas el área de personal - social es la más baja, con un 72% de habilidades, seguida del área básica en la cual tendría que atenderse únicamente la sub-área de atención, ya que aunque a nivel básico las habilidades requeridas son cubiertas, es necesario utilizar la instrucción e instigación constantemente para que las actividades se realicen.

Porcentajes Totales del Inventario de Habilidades Básicas

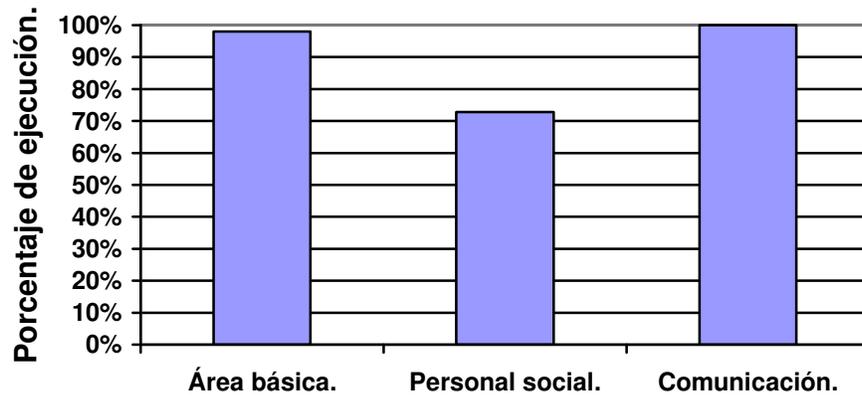


Figura 5. Porcentajes Totales obtenidos en tres áreas del (IHB).

Posteriormente se aplicó el Inventario de Ejecución Académica IDEA de primer grado para evaluar sus habilidades académicas de acuerdo al grado escolar que cursa el paciente, se evaluaron tres áreas, la primera fue el área de escritura, después el área de matemáticas, y después el área de lectura de comprensión obteniendo los resultados que se muestran en la Figura 6, el área visomotriz no fue evaluada.

Porcentajes Totales del IDEA

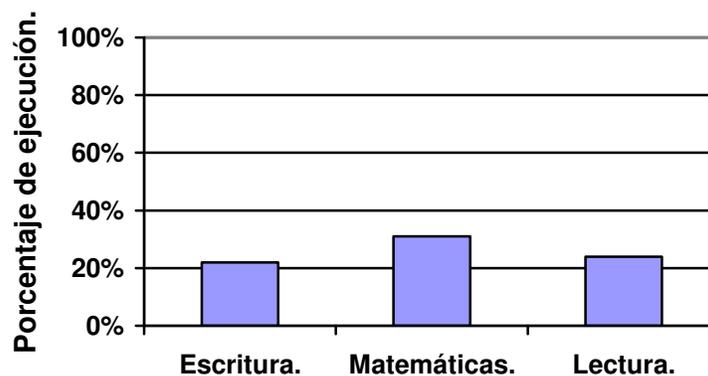


Figura 6. Porcentajes totales obtenidos en las tres áreas del IDEA.

Como se puede observar en la figura, las habilidades que se pudieron probar ubican al paciente por debajo del 50% en todas las áreas, esto en una comparación general; en cuanto a las sub-áreas, sólo se obtuvieron los resultados que se muestran en la Figura 7.

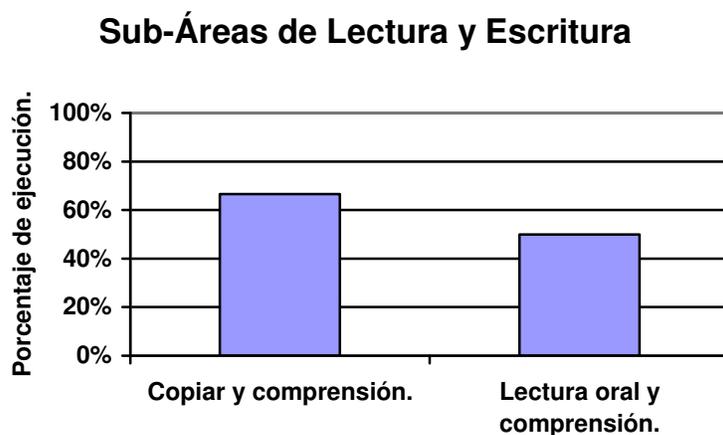


Figura 7. Porcentajes obtenidos en sub-áreas de lectura y escritura.

Teniendo un 66.6% en el área de copia y comprensión de palabras y frases, y un 50% en el área de lectura oral y comprensión, cometiendo errores específicos vinculados en ambas áreas. Mientras que en el área de matemáticas se obtuvo lo que se observa en la Figura 8.

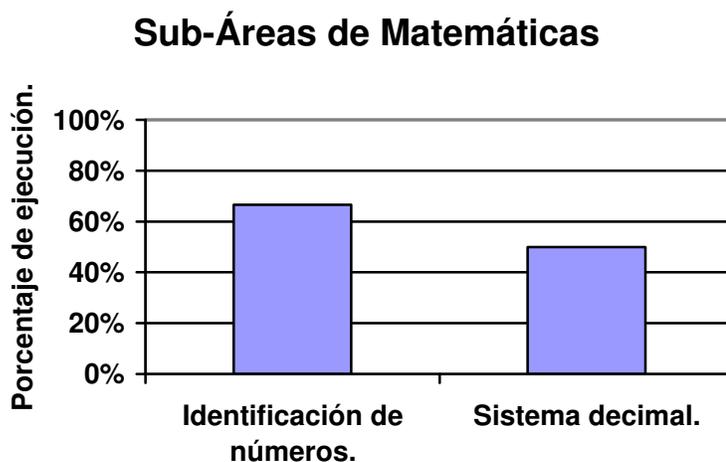


Figura 8. Porcentajes de sub-áreas de matemáticas.

Después de los primeros resultados arrojados, los criterios de suspensión del IDEA impidieron que la prueba siguiera aplicándose a las demás sub-áreas. Finalmente se evaluó al paciente con el P.A.C. 2 y los resultados se encuentran en la Figura 9.

Evaluación Diagnóstica P.A.C. 2

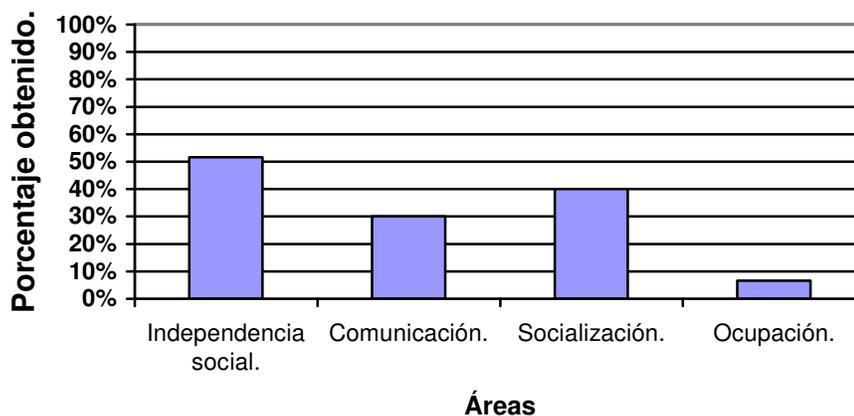


Figura 9. Porcentajes obtenidos la evaluación diagnóstica P.A.C. 2

Los datos obtenidos por medio del P.A.C. 2 nos permiten apreciar que en la mayoría de las áreas, el paciente no sobrepasa el 50% de las habilidades que se evalúan, excepto en independencia personal en la que se obtuvo un 51.6 %, y siendo el área más baja la de ocupación con un 6.6% esto posiblemente vinculado a la complejidad de las habilidades que son evaluadas en dicha área.

4.1.2. Evaluación Final

En las últimas evaluaciones aplicadas al paciente (P.A.C. 2 y el IDEA.) se obtuvieron los siguientes porcentajes: en el área de independencia personal del 66%, área en la que se observan avances respecto al porcentaje obtenido un año y medio atrás, en la sub-área de cuidado del vestido y hábitos en la mesa. En el área de ocupación obtuvo 49%, en ésta se observó que el paciente, suele tener poca iniciativa para realizar actividades nuevas, por lo cual necesita constante supervisión para trabajar correctamente, sin embargo, en ésta área obtuvo puntajes altos respecto a las

ocupaciones y el uso del tiempo libre, ya que suele organizar su tiempo. Mientras que en el área de comunicación obtuvo 33% donde se observó que tiene dificultades para el manejo del dinero, el tiempo y las medidas, ya que necesita que otras personas realicen dichas actividades por él. Por último el área con menos porcentaje es la de socialización con 26%, dicho porcentaje se debe a la poca cooperación que tiene, ya que no suele ayudar en las tareas domésticas, ni mantener conversaciones con gente nueva para él. (Véase la Figura10). En cuanto a las actividades diarias como ir a la tienda donde el paciente necesita que alguien le ayude, por lo que es recomendable que el paciente realice diferentes actividades acompañado que se sienta apoyado y que esto lo motive a cooperar poco o mucho integrándose a los quehaceres del hogar y a asumir responsabilidades propias de su edad.

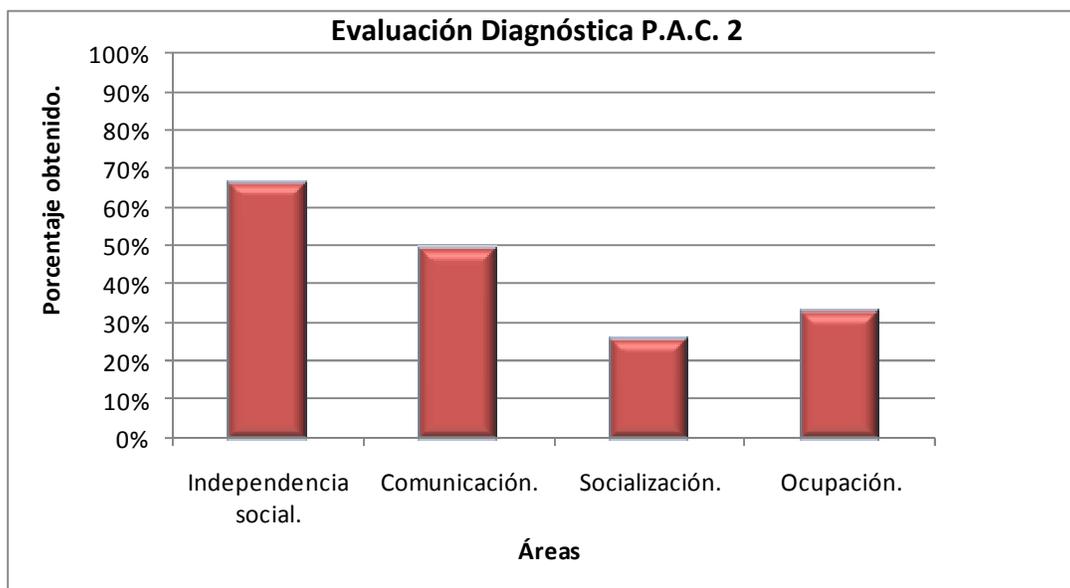


Fig.10 Porcentajes obtenidos en la evaluación diagnóstica P.A.C. 2 post-evaluación

La segunda evaluación que se le aplicó fue el IDEA para primer año, en un inicio se había comenzado con la aplicación del IDEA 3 pero debido a la dificultad que ésta representaba para el paciente, se resolvió aplicar el correspondiente al primer año. Esta prueba evalúa las capacidades académicas de lectura, escritura y matemáticas. (Véase Figura 11).

En el área de Lectura obtuvo un porcentaje de 80% siendo ésta, el área con mejor desempeño. En lectura oral tuvo una ejecución del 75%, cometiendo errores de omisión y sustitución. En lectura en silencio obtuvo 84%, donde en comprensión de lectura respondió 1 de 5 preguntas. (Véase Figura 12).

Mientras que en el área de escritura obtuvo una ejecución global de 67%, en esta prueba se tomaban en cuenta dos aspectos, el primero realizar una copia y la comprensión de la lectura obteniendo un porcentaje del 85%, mientras que en el dictado y comprensión de la misma obtuvo 55% y en la redacción 62%. Uno de los errores más constantes durante la aplicación de esta área fue el de “unión” con 49 errores, ya que suele unir las palabras. (Véase Figura 12).

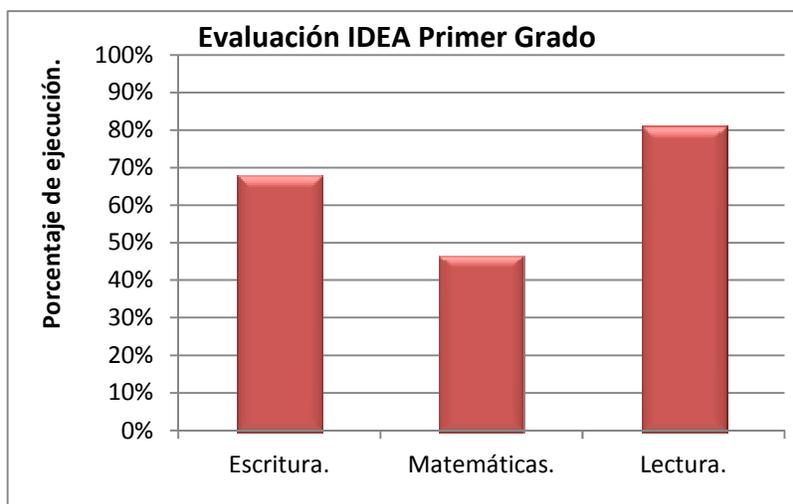


Fig.11 Porcentajes de la prueba académica IDEA para primer grado

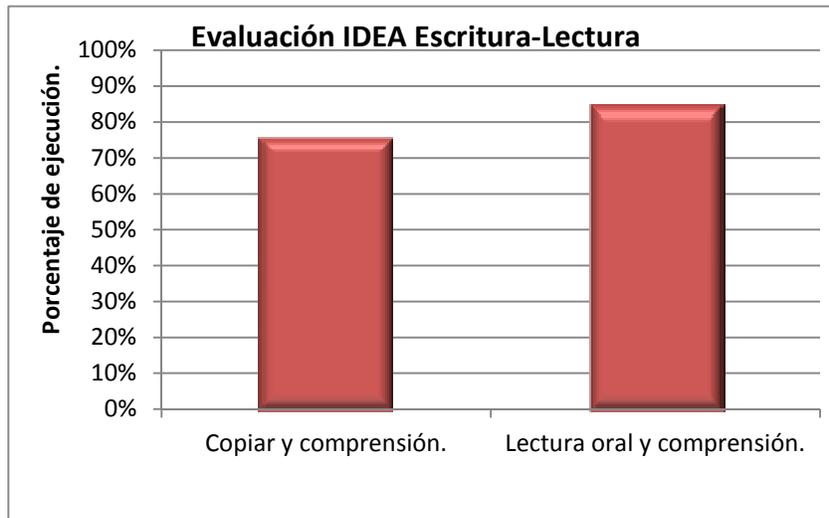


Fig.12 Porcentajes IDEA en las áreas de escritura y lectura.

Por último en el área de matemáticas tuvo una ejecución de 46%, ésta se divide en numeración 100%, sistema decimal 41%, operaciones (suma y resta) 33% y solución de problemas 0%. Es importante señalar que el paciente sólo realizaba sumas y restas con la representación gráfica de los números, ya que sumaba o restaba uno a uno los elementos de los conjuntos. (Véase Figura 13).

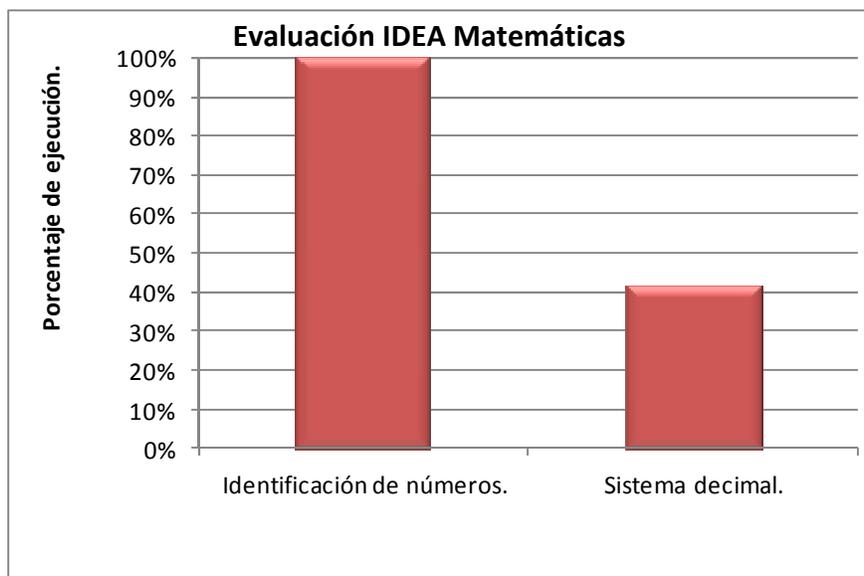


Fig.13 Porcentajes IDEA, en el área de matemáticas.

En el taller de lenguaje se le aplicaron dos pruebas, el ODAS el cual evalúa errores de articulación (Omisión, Sustitución, Articulación y Distorsión) en tres niveles (inicial, medio y final); y la prueba IHB, donde obtuvo porcentajes de respuestas correctas cerca del 95%, en todas los niveles.

En el IHB, el paciente obtuvo porcentajes mayores al 80% incluso en seis de nueve sub-áreas tuvo una ejecución del 100% de respuestas correctas.

Cabe mencionar que a lo largo del año y medio que estuvo en la clínica además de tener la supervisión de la titular de grupo de Educación Especial quien estuvo asesorando a los terapeutas que realizaron su servicio social y durante este se encargaron del tratamiento e implementación de programas de intervención que al final del año y medio permitieron que el paciente mejorara en las áreas de independencia social, comunicación y ocupación y aunque se vio una disminución en el porcentaje del área de socialización, esto se debió quizá a que en el último semestre al que asistió el paciente, el medicamento tuvo que ser cambiado y a pesar de contar con la intervención oportuna a nivel médico por parte de doctores generales de la CUSI y la realización de estudios que permitieron determinar el deterioro que habían provocado los medicamentos a través de estudios como: biometría hemática y un examen general de urocultivo donde los resultados fueron aceptables tomando en consideración que desde muy temprana edad, usa medicamentos muy agresivos y que podrían ocasionar daños en riñones, infecciones urinarias entre otros padecimientos. Los cambios a nivel físico y hormonal llevaron junto con el descontrol en el número de crisis, que el paciente fuese atendido por un especialista en neurología de la CUSI quien hizo énfasis a los terapeutas, que el paciente estaba entrando en una etapa difícil pues con la carencia de control en el carácter, aunado con la agresividad y en conjunto con los cambios físicos típicos de la adolescencia, encienden foco rojo en cuanto a la actividad sexual del paciente, pues al carecer de un conocimiento de su sexualidad, pudiese ser vulnerable en su primer entorno social: su familia y en mayor medida con los menores que se encuentran viviendo en la misma casa y con los cuales llega a compartir los mismos espacios, haciendo énfasis en que a pesar de estar supervisados por la madre la mayor parte del tiempo, en un descuido podría pasar algún evento que marcara de manera significativa la vida de la familia.

De aquí surge la necesidad de crear programas de intervención de acuerdo a las necesidades propias del paciente, pero tomando en consideración el principio básico de la Educación Especial, el cual busca desarrollar habilidades que permitan al paciente desempeñarse en su medio siendo consciente de sus alcances y de sus limitaciones considerando el entorno familiar, escolar y laboral según sea el caso.

INTERVENCION

5.1. Estrategias para mejorar el desarrollo y el aprendizaje

Desde que la epilepsia tomó importancia en la historia de los padecimientos que aquejan a las personas de diferente clase social, tomando en cuenta la época en que era concebida como algo sobrenatural, hasta hoy en día que es un padecimiento clínicamente comprobado, el temor de la sociedad ante las crisis que sufren las personas afectadas por las mismas ha sido muy notorio, de tal manera que la actitud de la familia y de las personas con las que se relacionan, en algunos casos, es despectiva y temerosa ante este hecho, creyendo aún que esta enfermedad es contagiosa y peligrosa. Es necesario apearse a las condiciones del tratamiento y construir una educación acorde a su padecimiento para que la persona epiléptica logre ajustarse a la dinámica social, no para buscar su aceptación sino para ser funcional y activo.

5.2. Función del psicólogo en el tratamiento de la epilepsia

La Educación Especial propiciará la integración de los alumnos con discapacidad a los planteles de educación regular mediante la aplicación de métodos, técnicas, y materiales específicos. Además establece que la Educación Especial procurará la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje para la productiva y autónoma convivencia social, a través de programas y materiales de apoyo específicos, de aquellos alumnos con discapacidad que no se integren a las escuelas de educación regular. (SEP, 2002).

En este caso, la función del psicólogo está encaminada al apoyo como profesional en el proceso de adaptación y aceptación tanto del paciente como de la familia, estableciendo límites y condicionando sus actividades favoritas a cambio de conductas que permitan la incorporación del paciente a su grupo social, evitando el aislamiento que de momento ellos mismos establecen y que las personas dentro y fuera de su contexto familiar consideran como rechazo hacia ellos, el psicólogo genera factores de cambio en las actitudes de los pacientes y establece un puente a la hora de la adherencia al tratamiento, tanto en el tratamiento médico como psicológico pues si estos van de la

mano se llega a un mejor resultado siempre y cuando la familia entre a la dinámica apoyando a los profesionales y al paciente mismo recibiendo psico-educación que permita establecer una relación familia-paciente, paciente-familia llena de respeto, comprensión y tolerancia.

En cuanto a la función del psicólogo en el ámbito de la sexualidad, es educar y demostrar que ésta no es otra cosa que contribuir con el desarrollo de la persona en su totalidad. Sería erróneo pensar que hay una sexualidad distinta para el discapacitado. Lo que debe comprenderse tanto para el paciente como para la familia, es que hay una única sexualidad humana, aunado a esto se debe considerar que el paciente de acuerdo a su diagnóstico y de acuerdo a lo recomendado por el neurólogo y al contexto familiar, se debiera encausar la educación sexual mediante la enseñanza de normas morales y de la mano con un tratamiento más eficaz a la hora de cómo llevar su proceso de descubrimiento sexual y su paso a la adolescencia, así como la administración de su dosis de medicamentos pues deben de controlar su carácter que en ocasiones el mismo paciente no puede controlar y el vivir y convivir con niños menores a su edad debe ser más que una alerta una oportunidad de mejorar la convivencia familiar.

La psicoterapia de grupo como lo mencionan Matthes, Kruse, (1998), incluyendo o no a los familiares del paciente e incluso solamente con los familiares, con exclusión de los pacientes, tiene considerables ventajas. En primer lugar, el hecho de compartir los propios problemas con individuos similarmente afectados ya tiene un efecto psicoterapéutico en sí, al disipar la idea de ser especial y permitir asimismo el intercambio de mecanismos psicológicos de adaptación y el apoyo moral entre iguales, situación que se llevó a cabo mediante la atención en terapia con la madre del paciente, siendo que en ese entonces ella era la encargada de cuidar al paciente todo el tiempo y de llevar a cabo las labores del hogar de una familia de nueve integrantes en donde los conflictos en cuanto a reclamos de más atención por parte de ella. Así mismo manifestaba que no tenía tiempo para hacer actividades de su gusto, situación que fue atendida mediante actividades realizadas con los demás hijos que mitigaron la falta de atención de la otra parte de la familia y ayudaron a ella a mejorar su relación con los mismos y a tener tiempo para ella.

Por otra parte, la psicoterapia de grupo permite al terapeuta la disminución de la intensidad de la relación individual, quedando compensada por la creación de relaciones entre iguales en el interior del grupo, y por el proceso psicodinámico de grupo. A causa de la fuerza del grupo, es mucho más fácil para el terapeuta evitar la actitud condescendiente y superprotectora en la que tan fácilmente se puede caer en la psicoterapia individual del epiléptico, pues en el caso del padre se disminuyó la cantidad de atención a los llamados del paciente, pues éste cada vez que se sentía castigado por la madre le llamaba a su padre para que le llamara la atención a la madre y que ella lo dejará jugar; situación que en vez de mejorar la dinámica familiar alteraba la relación madre-hijo restándole autoridad a la misma.

En la psicoterapia de grupo se pueden considerar varios niveles o enfoques terapéuticos: En primer lugar, la psicoterapia de apoyo, con una acción superficial, aplicada en este caso a la relación del padre con el paciente (hijo) encaminando la terapia a discutir y resolver problemas inmediatos en la vida social, y a informar en este caso al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad, sus causas, etc., disipando actitudes sociales inapropiadas conforme a la edad y de su padecimiento que afectan no solo al paciente, sino también a la dinámica familiar y de su contexto social.

A partir de esta situación y encaminado a las necesidades del paciente, los terapeutas elaboraron programas que permitieron mejorar en las áreas de socialización, independencia social y preponderantemente en el área de ocupación, pues debe de ser guiado a realizar actividades que en un futuro le permitan incorporarse al mundo laboral.

Entre los programas realizados por los diferentes terapeutas encontramos el de Eliminación de conductas problemáticas realizado por el primer terapeuta y enfocado a reducir el número de respuestas de berrinches y agresiones verbales e incluso físicas. El siguiente programa es el elaborado por su segunda terapeuta el cual es titulado Solución de problemas sociales el cual de ejemplos de la vida cotidiana da posibles soluciones y de las cuales el paciente deduce cual es la más adecuada poniéndose él en el lugar del protagonista del relato. El tercer programa es el establecido por su tercera terapeuta el

cual fue denominado Programa de Atención el cual tenía por objetivo fijar la atención del paciente al terapeuta y a las diversas actividades que le fueran requeridas por el mismo.

5.3. Programas de intervención

5.3.1. Eliminación de conductas problemáticas

Objetivo General:

El paciente reducirá la emisión de respuestas conductas problemáticas como berrinches o agresión, al 80% cuando se le niegue acceso a un evento reforzante o no quiera realizar una tarea.

Objetivos particulares:

1. Eliminación de berrinches

El paciente reducirá la emisión de respuestas conductas problemáticas como berrinches o agresión al 80% cuando se le niegue el acceso a un evento reforzante o no quiera realizar una tarea.

2. Eliminación de agresividad

El paciente reducirá la frecuencia con que presenta respuestas agresivas al 80% cuando se le niegue el acceso a un evento reforzante o no quiera realizar una tarea.

Diseño

A-B-A

Reforzadores

Durante el trabajo en la clínica se usará lo siguiente:

- Hojas de papel tamaño carta con imágenes de Winnie Pooh o Dragon Ball
- Pósters
- Calcomanías
- Felicitaciones verbales
- Conversar de 5 a 10 minutos sobre alguna temática que el paciente plantee

Durante la convivencia diaria en casa se establecerán los siguientes reforzadores:

- Calcomanías
- Jugar X-box
- Ir al parque
- Ver TV
- Pinturas para la cara

Cada uno de los reforzadores tendrá un precio específico, para poder conseguirse, las calcomanías funcionarán como fichas por las cuales se intercambiarán los demás reforzadores, la lista de precios (Véase Tabla 1).

Técnicas

- Reforzamiento diferencial de otras conductas
- Extinción
- Tiempo fuera
- Instigadores verbales
- Costo de respuesta
- Sobrecorrección
- Castigo
- Moldeamiento

Formato de registro

Se utilizará un registro de ocurrencia continua y una plantilla de monitorización de conductas, el cual se les proporcionará a los padres para que registren si existen problemas con las conductas seleccionadas.

Situación de trabajo

El programa se implementará en el momento y situación en que las conductas problemáticas seleccionadas se presenten, ya sea durante la situación de trabajo en el cubículo o cualquier otra área de la CUSI donde el responsable del programa implementará las contingencias o durante la convivencia familiar diaria donde los padres serán capacitados para implementar el programa.

Espacios de trabajo

- Cubículo 23 de la CUSI o cualquier área de la clínica en donde se presenten las conductas problemáticas.
- Casa de la familia del paciente u otros espacios en donde se presenten las conductas problemáticas.

Línea base 1

En esta fase se realizó el proceso de evaluación en el que se aplicaron el IHB, el PAC 2, y el IDEA de primer grado, durante este proceso se observó la conducta del paciente en la situación de trabajo en la clínica, identificando las conductas desadaptivas, por medio de los inventarios utilizados, a partir de la observación directa y a través de la información proporcionada por la madre. En esta línea base se les pidió a la madre del paciente que llevara un registro de la frecuencia con que el paciente presentaba las conductas problemáticas especificadas durante una semana, y tuvo lugar la fase de muestreo de la economía de fichas, en el cual se le mostraron las fichas al paciente, y se le explicó que cada vez que se portara bien e hiciera caso se le regalaría una y cuando juntará tres recibiría otro premio, regalándole un par de fichas al principio, y dándole una cada vez que terminara una tarea o hacia caso, esto se hizo con la finalidad de que las fichas adquirieran valor adquisitivo, de igual forma se regalaron a la madre un par de fichas indicándole que le puede regalar una ficha si el paciente realiza alguna tarea doméstica que el paciente completara en casa, premiándole después con algo que él quisiera hacer de acuerdo a lo especificado en la tabla de precios. (Véase Tabla 1).

Procedimiento

Una vez elegidas las conductas, se estableció la estrategia para modificar las conductas entrenando a la madre, para que la economía de fichas se implementase en casa, de acuerdo a los siguientes procedimientos:

Eliminación de berrinches

Definición de berrinche: conducta que se manifiesta principalmente por tirarse al piso, patear, gritar o lloriquear.

El berrinche en este caso se presenta ante situaciones en las que el paciente no quiera hacer lo que se le pide o no quiera participar por ejemplo el trabajo realizado durante la sesión, las tareas domésticas, el trabajo con los compañeros o acudir a la clínica. Para esto se emplearon las siguientes técnicas en el orden que se indican.

-Extinción: En este caso si el berrinche se presenta en un lugar donde no interfiera con las actividades de otros, se empleará la extinción ignorando cualquier petición o amenaza del paciente, prosiguiendo de la siguiente forma: Si se tira al piso, pedirle que se levante una vez e indicarle que si no se para rápido se le retiraran 5 fichas y no podrá ganar lo que quiere, (en este caso se mencionará el reforzador que el paciente quiere ganar), después se debe ignorar hasta que se levante, reforzándole con una ficha y verbalmente cuando lo haga, procurando no reforzar en ningún momento la conducta problema y no concediéndole lo que quería al principio del berrinche, por ejemplo, si él no quería ir al cubículo de trabajo, y deseaba permanecer con su madre no se le permitirá ir con ella aunque no se le lleve directamente al cubículo, o si no quería ir a la clínica y deseaba regresar a casa, no regresará a su casa, aunque tampoco se le pueda llevar directo a la clínica por el riesgo que esto implicaría para el paciente o quien está con él, lo cual será explicado en el programa de agresividad.

-RDO: Se reforzará con una ficha cada vez que el paciente haga lo que se le pide sin dejar pasar un lapso mayor a 30 segundos, entre la emisión de la orden y el inicio de la tarea. De igual forma se le reforzará su cooperación en cualquier actividad en la que no exista irrupción de su parte y al finalizar una tarea específica.

Agresividad

Definición de agresividad: Toda conducta motora o verbal que lastime, dañe u ofenda a otra persona.

En este caso se procederá con las siguientes técnicas:

-Instigadores verbales: Cada vez que el sujeto agrede a otros (si la conducta no es peligrosa) se le dará la siguiente instrucción “no le pegues”, “no lo jales”, “no digas eso” según sea el caso. Si sigue la instrucción, se le reforzará verbalmente diciéndole gracias y

otorgándole una ficha por hacer caso, y se utilizará la sobrecorrección, si no hace caso se empleará el costo de respuestas o el tiempo fuera como última opción.

-Costo de respuesta: Si no se ha logrado corregir la conducta de agresión, se le advertirá al paciente que se le quitarán las fichas con las que podría obtener un reforzador, si no obedece de inmediato, se le retirarán 10 fichas o un reforzador al que tenga acceso en ese momento, privándole del derecho a una actividad reforzante, como jugar, o salir, esto sin posibilidad de acceder a tal actividad por ese día, y reforzándole con una ficha cuando realice la sobrecorrección.

-Tiempo fuera: Se retira al paciente de la situación aislándolo y privándolo de la posibilidad de ser reforzado, indicándole: “te vas a quedar aquí por haber...” regresándolo en el momento en que se tranquilice y esté dispuesto a cooperar y sin otorgarle ninguna ficha por ello, sólo hasta que realice la sobrecorrección.

-Sobrecorrección: Este procedimiento se empleará cuando el paciente deje de agredir a cualquier persona, indicándole que practique la conducta alternativa, así, si golpeó a alguien debe acariciarlo, si lo ofende verbalmente debe disculparse y halagarlo además de practicar formas sociales adecuadas hacia la otra persona como ayudarlo en algo.

-RDO: El reforzamiento diferencial se utilizará cuando en una situación en la que el paciente logra resolver una problemática en una actividad social como un juego, un paseo, la hora de comer etc., sin utilizar ninguna agresión sino sólo hablando o no interfiriendo en la actividad específica, esto debe hacerse siempre, diciéndole que es recompensado por comportarse bien.

De manera conjunta se instruirá a la madre y de ser posible al padre, indicándole claramente lo que debe hacer en cada situación problemática, así como sobre la implementación del programa de economía de fichas en casa. Para la aplicación del programa los precios estipulados serán los indicados en la Tabla 1.

En casa.
Jugar X –box = 6 fichas.
Salir al parque = 6 fichas.
Jugar con sus pinturas= 10 fichas.
Ver T.V. = 6 fichas.

Actividades no especificadas que pudieran surgir sin anticipación.= De 6 a 10 fichas de acuerdo al criterio de los padres.

Tabla 1. Tabla de precios de los reforzadores utilizados en la economía de fichas.

Una vez que la frecuencia de las conductas problemáticas haya disminuido hasta alcanzar el criterio establecido, se empleará una técnica de desvanecimiento en las conductas reforzadas diferencialmente, es decir, las fichas se otorgarán ante las conductas establecidas en el RDO, ya no de forma continua sino con una razón fija de 5 durante los primeros 2 días, incrementándola a 8 el tercer día y a 10 el 4º día para finalmente dejar de proporcionar fichas el día 7º posterior al cumplimiento del criterio.

Es importante hacer notar que se mantendrán los reforzamientos verbales y el sistema de fichas en cuanto al cumplimiento de tareas para los otros programas que se sigan implementando, lo cual será explicitado en cada programa.

Línea base 2

Durante esta etapa del procedimiento se habrá suspendido el reforzamiento por fichas, procurando mantener la conducta únicamente por medio de reforzamiento social, y se seguirá llevando un registro de las conductas seleccionadas por medio de la plantilla de monitoreo utilizada, para observar el efecto de retirar el reforzamiento con fichas y si no se presentan nuevamente las conductas problemáticas.

Evaluación de programa

A partir de los datos recabados por medio de los registros empleados en cada uno de los programas empleados, se obtuvieron los siguientes resultados. En el programa empleado para la eliminación de conductas problemáticas se obtuvieron los datos representados en la Figura 14.

Evaluación del Programa Eliminación de Conductas Problemáticas

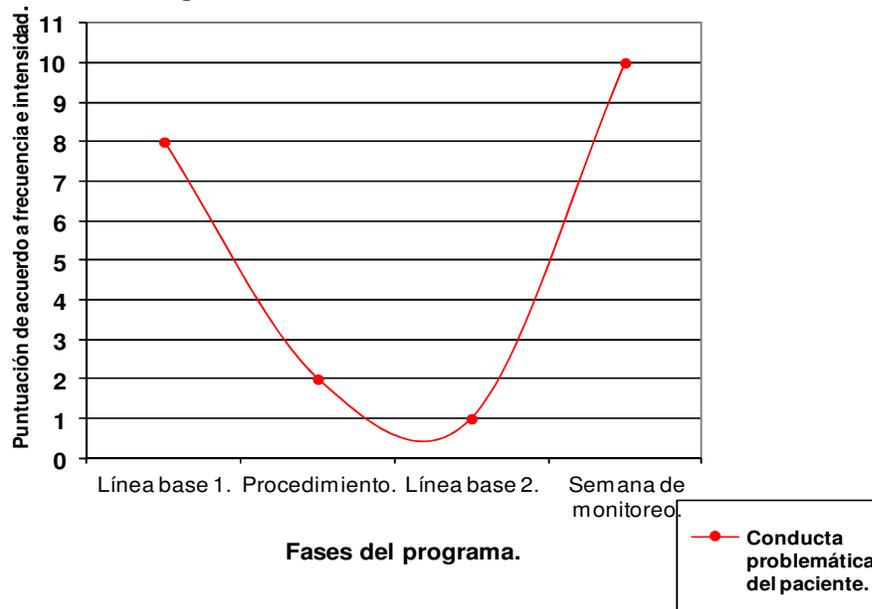


Figura 14. Tendencia de la conducta disruptiva del paciente a través de las distintas fases del programa.

De acuerdo a la puntuación asignada en los registros en los que se consideraba la frecuencia de las conductas problemáticas y su intensidad. Cada fase del programa estuvo constituida de siete días, los datos que aparecen en la Figura 14 nos permiten apreciar la tendencia en la conducta disruptiva del paciente desde la primera fase del programa de eliminación de conductas problemáticas en la línea base 1, en la que se obtuvo un puntaje de ocho en una escala de apreciación en forma de registro que se le otorgó a la madre del paciente para que registrara un conjunto de conductas específicas. Dicha escala permitía registrar la conducta del paciente otorgando una calificación

numérica a las conductas problemáticas del paciente considerando su intensidad y frecuencia, para así obtener al final de la semana una puntuación total.

En la fase correspondiente al procedimiento empleado para reducir la conducta problemática, se puede apreciar una reducción significativa de 8 puntos de la línea base a 2 puntos. Posteriormente durante la línea base 2 el puntaje obtenido vuelve a disminuir hasta 1 cumpliendo con el criterio establecido en el programa, hay que recordar que durante esta fase ya no se proporcionaba reforzamiento a través de fichas, únicamente se mantenía el refuerzo social.

Finalmente, durante la semana de monitoreo se presentó un incremento abrupto de la conducta problemática llegando hasta 10 puntos al final de la semana; es importante mencionar que durante dicha semana de monitoreo que va del día 9 al día 15 de noviembre del año en curso al paciente se le administró nuevamente su dosis de "Ritalin", medicamento de prescripción psiquiátrica para tratar problemas conductuales, el cual había dejado de consumir una semana antes, volviendo a su dosis habitual durante estos días, esto de acuerdo a los reportes de la madre del paciente; dicha situación puede estar directamente relacionada con la alteración repentina en la conducta del paciente, debido a que el paciente seguía en el protocolo de investigación y de manera paralela la madre se encontraba en terapia con resultados favorables por lo que atribuimos este cambio a la nueva dosis de medicamentos.

5.3.2. Solución de problemas sociales

Objetivo General

Que el paciente señale en una lámina con alternativas correctas para solucionar problemas sociales comunes en el contexto familiar y escolar en un 80% de veces cuando se presente la situación.

Conductas precurrentes

Seguimiento de instrucciones, atención.

Diseño

A-B-A

Reforzadores

Durante el trabajo en la clínica:

- Estrellas pequeñas de color plateado (intercambiables por premios)
- Estrellas grandes de colores (están se asignarán cada vez que el paciente junte 10 estrellas plateadas pequeñas, siendo acumulables e intercambiables por un premio).
- Reforzadores sociales (felicitaciones; “muy bien, casi lo logras, lo hiciste”).
- Escuchar con audífonos una canción de “El Recodo” que elija.
- Salir al patio
- Ver una revista o libro.
- Realizar la actividad que él quiera al concluir la sesión de trabajo (siempre y cuando este dentro de las posibilidades y reglas de la CUSI con la autorización previa de la profesora). (Ver lista de premios)

Dentro del contexto familiar:

- Jugar X-box
- Ver caricaturas-

-Estos reforzadores se intercambiarán dependiendo de las estrellas acumuladas durante el día (a criterio de los familiares).

Técnicas:

Moldeamiento

Estímulos discriminativos

Reforzamiento

Costo de respuesta

Retroalimentación

Sobre corrección

Moldeamiento

Formato de registro:

Se utilizará un registro de monitorización de conductas, para el entrenamiento con dioramas.

Se les dará el mismo formato a los padres, y se les instruirá para que lo llenen cada vez que se presente una situación problemática en el contexto familiar.

Situación de trabajo:

-La terapeuta se sentará frente al paciente dentro del cubículo 23 de la clínica CUSI.

-En casa o en las situaciones de la vida diaria, se instruirá a los padres por medio de una breve explicación la importancia de dar opciones de solución al paciente cuando se presente una situación desagradable, se les pedirá que lo practiquen en casa y que registren cuál fue la situación y la opción elegida por el paciente, así mismo que asignen un reforzador según su criterio. Se dejará como tarea lecturas infantiles de valores sociales que tendrá que leer y discutir con un miembro de la familia diferente, las respuestas a las preguntas están anotadas en su cuaderno de tareas.

Espacios de trabajo:

-Cubículo 23 de la CUSI o cualquier lugar dentro de la clínica donde se presenten las conductas agresivas.

- En la casa del paciente, lugares públicos, transporte o aquellos donde se presenten problemas sociales.

Línea base 1

Se presentarán 10 historias al usuario, cada historia con tres opciones de respuesta, el paciente tendrá que elegir la respuesta que mejor le parezca, posteriormente se observará al paciente en situaciones donde requiera socializar, específicamente durante el trabajo con sus compañeros en la actividad grupal diaria y se registrarán las conductas verbales y físicas que presente.

Dentro del cubículo la terapeuta hará un listado de situaciones que el paciente identifique como las más problemáticas (que le causan enojo, llanto, ganas de pegar, insultar, etc..) dentro del contexto escolar y familiar. Esta información se obtendrá por medio de las siguientes preguntas.

¿Qué es lo que te pasa cuando te sientes enojado?

¿Cuando estás en tu casa? ¿Qué es lo que te hace enojar?

¿Cuando estás en la escuela? ¿Qué es lo que más te molesta?

¿Qué pasa después? ¿Cómo te sientes?

Procedimiento

Una vez con el registro de conductas verbales y físicas que el paciente presenta ante situaciones comunes de contexto familiar y escolar, se comenzara con el entrenamiento, esto se hará por medio de técnicas de relajación y presentación de dioramas con problemas sociales comunes.

1.- Guardar silencio

Se le explicará al paciente, que cuando alguien lo agrede verbalmente (insultos o groserías) dentro de la actividad grupal, es mejor que guarde silencio y lo acuse con los terapeutas, para que se le llame la atención al compañero que agredió, (cuando lo haga se le reforzará verbalmente y se le dará una estrella en ese momento) y que está prohibido que responda con groserías, burlas, o intente aventarle algún objeto, pues en este caso, el castigado será él, dependiendo de la falta, y no podrá tener acceso al premio acordado o se le retirará una de las estrellas que lleve acumuladas.

2.- Respiración

Se le dirá al paciente que cada vez que se sienta muy enojado con ganas de insultar o golpear, respire profundo y exhale de 5 a 10 veces, esto se le modelará y luego se pedirá que lo realice él mismo.

3.- Auto verbalizaciones

Posteriormente a los ejercicios de respiración tendrá que repetirse así mismo “tranquilo, tranquilo” de 5 a 10 veces.

4.- Imagine una situación agradable

Se la dará la opción de que cuando haya intentado las tres opciones anteriores y siga enojado, cierre los ojos y se imagine un lugar a donde le gustaría ir, o donde le gustaría estar en vez del lugar donde se encuentra realmente.

Cada vez que aplique alguna de estas técnicas durante el trabajo grupal cuando se presente la situación, se le reforzará verbalmente y se le dará una estrella grande de color intercambiable por un premio. Se instruirá a los padres para que refuercen si aplica alguna de estas técnicas en casa.

Estímulos discriminativos

Se pegarán 3 láminas, cada una con una opción de respuesta, la terapeuta se sentará frente al paciente y le dirá “te voy a contar una historia, pon mucha atención” y comenzará a contarla presentando los dioramas con imágenes que representan la historia (la situación), cuando la terapeuta termine, le señalará las opciones de respuesta pegadas en la pared y le indicará “párate y toca con tu mano derecha la opción que tu elegirías” si está es la más aceptable, se le reforzará diciendo; “muy bien”, y se le explicará por qué fue la mejor opción que pudo haber elegido, mencionando las consecuencias positivas que traería la elección de esa opción, en una situación aplicada en su vida diaria, “muy bien, es la mejor opción, porque así... evitaste el regaño de tu madre o familiares, el castigo, etc., (según sea la historia) y ganaste o recibiste...(según sea la historia)”.

Si la opción elegida es menos favorable, se le hará una sobre corrección y se le explicará por qué esa opción no es la mejor y las consecuencias negativas que seguirían a esa opción. “no crees, que si tu eligieras esa opción perderías la oportunidad de... te regañaría tu mamá... se enojarían contigo tus familiares... etc., (según sea el caso), “si yo estuviera en tu lugar elegiría... ¿Por qué?” “¿Qué opinas?”. Este tipo de retroalimentación se aplicará en cada una de las situaciones.

Este procedimiento se repetirá con 3 situaciones diferentes, que se presentan a continuación, cuando elija la opción más adecuada en cada una de ellas (sin golpes,

insultos, berrinches) se le darán 5 estrellas plateadas que podrá intercambiar por un premio.

Historia 1 “Escuela”

Luis, está sentado en su salón realizando una actividad, de pronto llega Tomás, y le arrebató su material con el que estaba trabajando, y comienza a molestarlo, Luis en este caso debe:

- Golpear a Tomás.
- Levantarse de ese lugar sin decirle nada a nadie.
- Ir a donde está la maestra y acusar a Tomás.

Historia 2 “Escuela 2”

Ulises está en dentro de un salón donde tiene que realizar una actividad en equipo con varios compañeros, decide acercarse a dos de sus compañeros y les pregunta si puede trabajar con ellos, pero uno de los niños se burla de él y le dice que no van a trabajar con él, entonces Ulises decide:

- Ponerse a llorar porque a nadie lo hace sentir bien que se burlen de uno.
- Contestarle al compañero y le dice lo que siente, pero aunque este molesto no lo insulta, porque sabe que en la escuela o en cualquier lugar, pueden pasar estas cosas.
- Golpear a su compañero.

Historia 3 “Contexto familiar”

Luis acompaña a su mamá al supermercado a comprar el mandado, al pasar por los juguetes Luis ve un videojuego que le gusta mucho y decide:

- Pedir a su mamá que se lo compre, pero su mamá no tiene dinero y él se pone a llorar porque en realidad le gusta mucho.
- Toma el videojuego sin pedirlo, porque dice que es de él y si alguien se lo quiere quitar, insulta, golpea y llora.
- Pregunta a su mamá, si le puede comprar el videojuego, su mamá le dice que no tiene dinero, pero que la semana que entrante le comprara el videojuego si se porta bien y cumple con las tareas de la escuela. Luis da la mano a su mamá y salen tranquilos del supermercado, ha decidido esperar a la próxima semana.

Línea base 2

Moldeamiento y generalización

Se presentarán las mismas historias de la línea base 1, (1 situación por hoja) y 3 opciones de respuesta, donde el paciente tendrá que elegir la mejor opción.

Durante el inicio de cada sesión se le preguntará al paciente, si se le presentó alguna situación parecida en su casa o con alguno de sus familiares, en caso de que responda que sí se le preguntará cuál fue la situación y cómo decidió resolverla, si eligió la mejor opción (no reaccionar agresivamente) se le reforzará verbalmente, se platicará con él acerca de su elección y se le dará 5 estrellas plateadas, (esta información será confirmada por la madre, en base al registro del día anterior). Después de una semana de dar reforzamiento verbal y estrella, en las siguientes ocasiones, sólo se reforzará verbalmente, remarcando que tomó la decisión correcta; “muy bien, fue muy inteligente de tu parte que eligieras eso, porque así... evitaste el regaño de tu madre o familiares, el castigo, etc., (según sea el caso) y ganaste o recibiste... (Según sea el caso)”.

Evaluación de programa

El objetivo del programa fue que el paciente señalara el 80% de las veces la mejor opción para solucionar problemas sociales comunes en el contexto familiar y escolar (sin agresión física o verbal), en una lámina con 10 historias presentadas.

En la línea base 1, el paciente obtuvo el 30% de respuestas correctas (sin agresión física ni verbal) También se registraron preguntas y respuestas sobre sus reacciones ante situaciones problemáticas.

Se comenzó por hacerle algunas preguntas sobre las manifestaciones de su enojo o miedo, anotando pregunta y respuesta, después se enseñaron técnicas de relajación y se platicó sobre las mejores opciones en tres historias con tres alternativas de solución cada una de ellas. Se le pidió a la madre que registrara los problemas y lo que él había elegido hacer ante determinada situación.

El objetivo del programa se cumplió, pues durante la línea base 2, el paciente eligió para las 10 historias la opción correcta (sin agresividad física o verbal), además de explicar por qué elegía esa opción. Esta información se muestra en la Figura 15.

Por último, los resultados también se ven reflejados en el contexto familiar pues la madre reporta mayor control del paciente para moderar su comportamiento agresivo escuchando

y eligiendo mejores conductas (aceptando condiciones o explicaciones) ante situaciones comunes de la vida cotidiana en lugar de agredir física y verbalmente.

Evaluación del Programa Solución de Problemas Sociales.

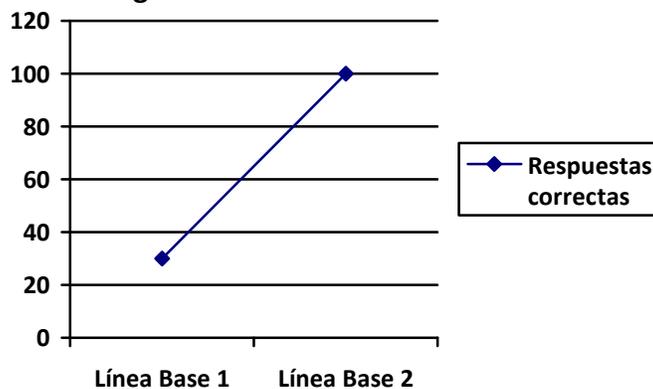


Figura 15. Porcentaje de Respuestas Correctas en la Evaluación de Línea Base 1 y 2, del Programa de Solución de Problemas Sociales.

5.3.3 Programa de Atención

Objetivo general

Que el paciente mantenga la mirada en los ejercicios que se le presentarán durante periodos de 10 minutos, y que lleve a cabo las instrucciones dadas.

Objetivos específicos

- Que el paciente mantenga la mirada en los ejercicios por periodos de 10 minutos.
- Que el paciente señale y/o nombre los estímulos presentados en las dinámicas en un 80% de veces que se le pida.
- Que el paciente se oriente visualmente hacia el terapeuta, el 80% de la veces que se le pida.
- Que el paciente siga las instrucciones dadas, un 80% de las veces que se le pide.

Conductas precurrentes: imitación, seguimiento de instrucciones, orientación visual.

Diseño

A-B-A

Reforzadores:

Estrellas pequeñas de colores (intercambiables por premios)

Estrella grande de colores (intercambiable)

Lista de premios

10 estrellas pequeñas:

- Escuchar una canción de “El Recodo”
- Jugar memorama
- Una estrella grande

15 estrellas pequeñas:

- Platicar de lo que quiera 10 minutos
- Salir al patio 10 minutos

20 estrellas pequeñas o 2 estrellas grandes

- Realizar una actividad que quiera con autorización de la maestra.

1 estrella grande:

- Ocuparla en su casa para lo que quiera (dentro de las posibilidades y reglas de los padres)

Costo de respuesta

Por día se pondrá una actividad y se tendrá una tabla con capacidad para cinco casillas en la pared del cubículo donde se pondrá un tache cada vez que el paciente realice alguna de las siguientes conductas después de dos avisos:

- Acostarse en la mesa
- Negarse a trabajar
- Contestar bruscamente o con groserías

Los días que llene la tabla, se le quitará la hora que tiene para jugar X-BOX.

Técnicas

Moldeamiento, instigación verbal, reforzamiento.

Situación de trabajo

Terapeuta y paciente estarán sentados frente a frente dentro del cubículo 23 de la clínica CUSI.

Espacios de trabajo

Cubículo 23 de la CUSI.

Casa del paciente.

Línea Base 1

Se le presentará dos imágenes semejantes donde tendrá que encontrar y marcar las diferencias. Se evaluará el tiempo que tarde en hacerlo, el número de reactivos correctos, las conductas no deseadas, así como el cumplimiento total de la tarea.

Procedimiento

En todas las actividades se le darán instrucciones específicas, al terminar de darlas, se le preguntará si tiene dudas, las cuales serán contestadas, de lo contrario se le pedirá que realice la actividad, en caso de seguir las instrucciones se le dará una estrella pequeña.

Actividad 1. Se le presentará una imagen con diferentes estímulos, se le pedirá que encuentre y marque 8 objetos que están en la imagen. Por cada objeto encontrado se le reforzará verbalmente y se le dará una estrella pequeña en caso de encontrar los 8 objetos.

Materiales.

- Imagen
- Lista de objetos a encontrar
- Lápiz

Actividad 2. Se le darán 11 grupos de figuras diferentes con los cuales se le pedirá al paciente que duplique cuatro diseños que se le mostrarán en cuatro láminas diferentes, cada lámina se presentará individualmente. En caso de que el paciente no logre realizar solo la primera imagen, la terapeuta le mostró cómo realizar el diseño, este moldeamiento se hará junto con él. Se reforzará con una estrella pequeña por cada 5 figuras colocadas correctamente.

Materiales.

- 22 grupos de figuras
- 4 láminas con diseños

Actividad 3. Se le dará una lámina con 24 imágenes de autos semejantes, dentro de los cuales tendrá que encontrar los 4 autos iguales y encerrarlos en círculos. Se reforzará con una estrella pequeña por cada auto encontrado.

Materiales.

- Plantilla con 24 imágenes de autos.
- Colores.
- Goma.

Actividad 4. Se le presentará una imagen donde están representadas diferentes profesiones, el paciente deberá encontrar las siguientes profesiones: médico, bombero, detective y enfermera. Se le dará una estrellita pequeña si realiza la tarea completa.

Materiales:

- Imagen
- Lápiz

Actividad 5. Se le presentará una lámina donde en la parte superior hay nueve arañas, las cuales tienen posturas diferentes y están enumeradas del 1 al 9. En la parte inferior se encuentran las sombras correspondientes a las arañas de manera desordenada. El paciente deberá encontrar la sombra de cada araña y poner el número correspondiente a la araña de manera nominal y escrita. Se le dará una estrella pequeña por cada tres sombras localizadas.

Materiales.

- Lámina con arañas
- Lápiz
- Goma

Actividad 6. Se le presentará una imagen que representa un partido de fútbol, en el cual hay objetos y personajes que no pertenecen a ese escenario, el paciente debe tacharlos. Ganará una estrella pequeña en caso de terminar la tarea.

Materiales.

- Imagen
- Lápiz
- Goma

Actividad 7. Se le presentará una serie de dibujos similares, el paciente debe encontrar el objeto que es diferente. Se trabajará con dos series diferentes. La terapeuta lo ayudará señalando las características principales de los objetos. Se le darán dos estrellas pequeñas si cumple el objetivo.

Materiales.

- Serie de calculadoras
- Serie de plumas

Actividad 8. Se le dará una hoja donde hay 53 botones con diferentes cualidades (forma, color, número de agujeros, etc.), el paciente deberá encontrar los cuatro botones cuadrados con 4 agujeros, cada vez que encuentre uno lo debe señalar con el dedo índice. Se le dará una estrella pequeña en caso de cumplir con la tarea.

Materiales.

- Hoja con botones.

Actividad 9. El paciente deberá encontrar las seis diferencias en una imagen que se le dará, se le dará una estrella si encuentra las seis diferencias.

Material.

- Hoja con dos imágenes similares
- Lápiz
- Goma.

Actividad 10. Se le dará una hoja donde habrá 10 formas diferentes en fila, enfrente de éstas habrá otra fila con las mismas figuras pero de manera desordenada. El paciente

debe unir las figuras iguales con una línea y explicar a la terapeuta por qué son iguales. Se le dará una estrella pequeña si tiene al menos 7 respuestas correctas.

Materiales.

- Hojas con formas
- Colores
- Goma.

Línea Base 2

Se le presentarán dos imágenes semejantes donde tendrá que encontrar y marcar las diferencias. Se evaluará el tiempo que tarde en hacerlo, el número de reactivos correctos, las conductas no deseadas, así como el cumplimiento total de la tarea.

Evaluación del programa

El objetivo de este programa fue que el paciente mantuviera la mirada en los ejercicios que se le presentaron durante periodos de 10 minutos, y que llevara a cabo las instrucciones dadas.

Para la línea base 1, se le presentaron dos imágenes semejantes donde tenía que encontrar y marcar las diferencias. Se evaluó el tiempo que tardó en hacerlo, el número de reactivos correctos, las conductas no deseadas, así como el cumplimiento total de la tarea. En esa ocasión el paciente tardó 9 minutos con 14 segundos (9´ 14´´) y solo logró encontrar siete de las ocho diferencias, además hacía muchas preguntas acerca de otros temas, y volteaba a ver a otros lados.

Durante la aplicación del programa el paciente tuvo un gran avance en los ejercicios realizados, inicialmente se mostraba muy indispuesto porque a diferencia de los otros programas, no podía dirigir su mirada a otro lado, o platicar mientras realizaba la actividad, sin embargo, su desempeño mejoró mucho, ya que realizaba las actividades rápidamente y una vez que concluía, su atención permanecía para la siguiente actividad

aún cuando dicha actividad fuera de otro de los programas. Por lo mismo, se puede afirmar que el avance se puede observar no sólo dentro de las actividades del programa, ya que trascendió como parte de su comportamiento diario. Uno de los avances más significativos, es que ahora cuando se habla con el paciente, él mantiene su mirada orientado hacia la persona con la que habla, además sigue la plática, y si llega a realizar preguntas, son respecto al mismo tema, también permite que la gente le haga preguntas y responde, éste fue un gran avances, ya que aunque el paciente es muy platicador, sólo lo hacía con ciertas personas, y generalmente los temas eran los mismos, además él debía ser el que proponía el tema, ya que de lo contrario se enojaba, o se distraía con otra cosa, además no permitía que la gente le realizara preguntas. Estas conductas han sido confirmadas por la madre, quien cree que el paciente ha cambiado mucho al respecto, porque *“ahora pone atención cuando le hablan y te deja platicar de lo que quieras”*.

En la línea base 2, se llevó a cabo el mismo procedimiento que en la línea base 1, en esta ocasión el paciente concluyó el ejercicio completo en 1 minuto con 17 segundos (1'17''), y no tuvo ninguna conducta no deseada.



Fig.16. Porcentajes de respuestas correctas obtenidas en la línea base 1 y la línea base 2, del programa de atención.

Básicamente podemos notar que en los programas citados se enfocan a tres cuestiones elementales en principio la conducta seguida de los valores sociales y en tercer lugar un programa de atención que servirán en conjunto para tener un paciente que al final del día pueda integrarse si no de manera directa, si poder llevar una vida sin dificultades ni limitaciones donde las personas con capacidades diferentes tengan derecho a tener las mismas oportunidades de trabajo de acuerdo a su perfil. Aunque para ello se auxilie de aparatos ortopédicos o silla de ruedas. Pues de los programas y de la ejecución de estos se obtiene un aprendizaje técnico o manual que le permitirá al paciente desenvolverse de manera independiente en una sociedad que restringe el acceso a un trabajo bien remunerado situación esta prevista en el artículo 4º de la propuesta de Ley Federal del Trabajo citado en Vera (2004) que proyecta similar "con relación a la discapacidad, las materias de servicios de salud y atención médica, educación, urbanismo, edificación, transporte, comunicación por los diferentes medios existentes, así como los demás asistenciales y de beneficencia" (s/p). Donde el proceso de rehabilitación comprenderá rehabilitación médico funcional, tratamiento y orientación psicológica, educación general y especial, y recuperación profesional.

CONCLUSIONES

En lo que respecta al paciente podemos ubicar que se encuentra en el periodo de la adolescencia y por tanto necesitamos enfocar los diferentes programas de intervención hacia la forma en que se maneja en sus relaciones interpersonales en primer instancia con su familia es decir al tipo de relación que establece como hijo ante la madre, ante el padre, ante sus hermanos y sobrinos los cuales se encuentran en la casa en donde el paciente pasa la mayor parte del día; además tenemos que intervenir en lo que respecta a la relación que establece con las demás personas que no se encuentran en el entorno familiar es decir, los extraños, los terapeutas, los compañeros de CUSI y con la sociedad en general, pues debe entablar una relación de respeto, tolerancia y en el caso de los terapeutas disciplina y compromiso.

Como lo menciona De Andrés (1997) no podemos olvidar el papel que el paciente juega en su marginación, pues desarrolla acciones y conductas que impiden su integración en determinados entornos, también es cierto que puede participar activamente en su proceso de normalización, ya que dispone de capacidad para administrar mínimos de voluntad que le permitan alcanzar algunos grados de autonomía. En lo referente a la educación es importante considerar que se debe replantear que en las escuelas, integrar no significa trasladar a todos los niños de las escuelas especiales a las escuelas regulares, sino decidir cuáles de esos niños se pueden beneficiar más en un ambiente regular, contando con los apoyos y las adaptaciones necesarias; planteando la posibilidad de que la escuela regular cambie de un sistema uniforme a un sistema diversificado, que es difícil de conseguir pero es posible y que a futuro será una opción que ayudará a las personas con necesidades educativas especiales a ser de cierta manera independientes y en el caso específico de las personas con epilepsia que son incorporadas al sistema escolar, debemos considerar la frecuencia de las crisis y el temperamento que tienen y el bullying al que están expuestos.

En cualquier caso no son únicamente sus dificultades o limitaciones las que les llevan a la segregación, sino sobre todo y generalmente la forma de vivirse a sí mismo y, en consecuencia, su manera de relacionarse con los demás. Como psicólogo se debe

establecer con el paciente la importancia de constituir vínculos de identificación con las personas de su entorno.

Es en este punto donde surge la oportunidad del psicólogo de guiar al paciente en su etapa de la adolescencia saber hacia dónde debe ir la identidad del paciente si hacia su marginación o hacia su integración no solo en su familia sino también al entorno social.

En la familia y más con la incorporación de un nuevo integrante el nivel de actividad, la ritmicidad, la intensidad de las reacciones, la capacidad de adaptación a los cambios, la intensidad de sus reacciones, su capacidad de adaptación a los cambios, la tendencia a establecer comunicación, la persistencia de la atención, etc., son índices que contribuyen a moldear al paciente, pero, sobre todo, contribuyen a que sus padres elaboren sus primeras formas de relación con el recién llegado y elaboren, por otra parte, sus primeras teorías y expectativas sobre quien llegará a ser (De Andrés, 1997).

Dentro de los factores cognitivos que podemos considerar a partir de que el paciente inicia el proceso de discriminación debemos considerar que a partir de ese momento el paciente identificará el espacio en el que se desenvuelve y los objetos con los que interactúa. Además de considerar factores familiares si este era esperado o no lo era si actualmente es rechazado por alguno de los miembros y con esto determinar cómo son los lazos de identificación en la familia.

La psicología nos ha enseñado que en todas las esferas del comportamiento humano, tras la creación de lazos de dependencia se esconde el complejo de culpa. Las expectativas de la madre han cambiado y ya no espera de su hijo que llegue a ser como los demás. La consecuencia es que de este modo, recibirá una educación que no se encontrará suficientemente orientada hacia el crecimiento y la autonomía, (De Andrés, 1997). También se debe considerar a los educadores pues estos tendrán que adaptar las formas de trabajo al nivel que el adolescente presente, equilibrando así la capacidad de comprensión y la capacidad de movimiento.

Dentro de la psicología se consideran también aspectos como el trabajo multidisciplinario es decir, el incorporar los puntos de vista de los diferentes profesionales de la salud que lo único que buscamos es que el usuario obtenga salud y que mejor forma que colaborando médicos y especialistas de las diferentes áreas en este caso neurólogos,

psiquiatras que colaboran no sólo para preservar la salud sino que el cliente obtenga en un solo lugar la atención para su bienestar físico y mental. En el caso del psicólogo busca la integración social del paciente, no sólo a la familia sino también a un mundo laboral porque al final del día el ser humano necesita valerse por sí mismo adaptándose al medio de la mejor manera posible.

En la formación del psicólogo de Iztacala además de estudiar los orígenes de la disciplina y de remitirnos a los grandes filósofos de la Antigua Grecia como Aristóteles y Platón y que con su pensamiento surgen las nociones básicas de la psicología que aún hoy son objeto de estudio, nos permiten enriquecer las bases que junto con importantes representantes de la época, sentaron para el siglo XX la proliferación de diferentes escuelas psicológicas que nos permitan entender la forma de decir, pensar y actuar de la sociedad. Dando paso a la misión de la carrera que es la de formarnos como un profesional competente con una sólida formación científica, tecnológica y humanística, con un elevado sentido de responsabilidad y capacidad para proponer soluciones pertinentes e innovadoras en las áreas de oportunidad y emergentes que sitúan la demanda social en el campo de la Psicología.

BIBLIOGRAFÍA

- Apter, T. (2004). *El mito de la madurez en la adolescencia*. Madrid: Paidós.
- Aranda, R. (2002). *Educación Especial: áreas curriculares para alumnos con necesidades educativas especiales*. Madrid: Pearson Educación.
- Barry, M. (1996). *Interpretación de la discapacidad: teoría e historia de la educación especial*. Barcelona: Ediciones Pomares-Corredor.
- Borbolla, J. (2004). *Profesión: Mamá de un(a) adolescente la maestría*. México: Diana.
- Brailowky, S. (1999). *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*. México: FCE.
- Cano, R. (2003). *Bases pedagógicas de la Educación Especial: manual para la formación inicial del profesorado*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Castillo, G. (2002). *Tus hijos adolescentes*. España: Ediciones palabra.
- Castillo, G. (2002)¹. *El adolescente y sus retos*. España: Pirámide.
- Checa, S. (2003). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Argentina: Paidós.
- Cuomo, N. (1999). *La integración escolar: ¿dificultades de aprendizaje o dificultades de enseñanza?* Madrid: Visor.
- De Andrés, T. (1997). *Alteraciones motoras en el desarrollo infantil. Análisis clínico de casos prácticos*. Madrid: Editorial CCS.

- García, J. (2010). Manejo del paciente neuropediátrico. Convulsiones febriles y Epilepsia N° Programa: 994 Libro de Ponencias 2010. Madrid. 1-379 / pág. 327-335
- Gaona, A. Definición de la epilepsia, 2005. http://www.neuropediatria.com.py/book/Epilepsia/definicion_de_la_epilepsia.htm Visitado [26 Noviembre 2011].
- García P. (1993). *Una escuela común para niños diferentes: la integración escolar*. Barcelona: PPU.
- Gómez, M. (2002). *La Educación Especial. Integración de los niños excepcionales, en la familia, en la sociedad y en la escuela*. México: Fondo de cultura económica.
- Klein, G. (1997). *Diagnóstico de la epilepsia*. México: Grupo Warner Lambert México, SA de CV, División Parke- Davis.
- Latapí, P. (1999). *Un siglo de educación en México Tomo II*, México: Fondo de Cultura Económica, Biblioteca Mexicana.
- López, S. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lus, M. (2003). *De la integración escolar a la escuela integradora*. Buenos Aires: Paidós.
- Macotela, S. La integración educativa en México, *Revista de Educación Nueva Época* 2009, Octubre – Diciembre (11). http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-49102006000200019&script=sci_arttext Visitado [12 septiembre 2010].

- Macotela, S. y Romay, M. (1992). *Inventario de Habilidades Básicas. Un modelo diagnóstico-prescriptivo para el manejo de problemas asociados al retardo en el desarrollo.* México: Trillas.
- Matthes, A., Kruse, R. (1998). *El enfermo epiléptico. Consejos para el enfermo, su familia, profesores, educadores y asistentes sociales.* Barcelona: Herder.
- Medina, M. (2004). *Epilepsia Aspectos clínicos y psicosociales.* Colombia: Editorial Panamericana.
- Morris, R. (1986). *Educación Especial. Investigaciones y tendencias.* Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Muus, R. (2004). *Teorías de la adolescencia.* México: Paidós.
- Myers, P., Hammill, D. (2004). *Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje: métodos para su educación.* México: Editores Noriega.
- Nicolson, D. *Problemas de la adolescencia.* Narcea. Madrid.
- OMS Epilepsia Nota descriptiva N°999, 2009. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/> Visitado [23 febrero 2011].
- Oroquieta (2002). Aspectos psicológicos en la epilepsia. *Revista de Neurología.* 34 (9): 856-860.
- Ortega, P., Plancarte, P. (2010). *Educación Especial Formación Multidisciplinaria e Interdisciplinaria.* México: FESI UNAM.
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (2001). Portal SEP. <http://dgpp.sep.gob.mx/planeacion/pdf%20inf/PND.pdf> Visitado [25 septiembre 2011].

- Pomies, J. (1998). *Nuestra sexualidad ¿Qué es? ¿Cómo funciona?* Argentina: Aique.
- Rangel-Guerra, R. (1997). *PAC MG1 Parte D Libro 3 Neurología*. México: Intersistemas S.A. de C.V.
- Redacción. México, rebasado en la integración de alumnos con discapacidades: especialista. Periódico: La crónica de hoy 8/07/2007. http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=310887 Visitado [1 julio 2011].
- Reisner, H. (1999). *Niños con epilepsia. Guía para padres, terapeutas y educadores*. México: Trillas.
- Rodríguez, L. (1995). *Epilepsia. Diagnóstico y tratamiento*. México: UAM Xochimilco.
- Sánchez, A. y Torres, J. (1997). *Educación Especial 1. Una perspectiva curricular, organizativa y profesional*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, E. (2001). *Principios de Educación Especial*. Madrid: Editorial CCS.
- Sánchez, P., Cantón, M., Sevilla, D. (2002). *Compendio de Educación Especial*. México: El manual moderno.
- Secretaria de Educación Básica (2007) Programa: Objetivos. Portal Secretaria Educación Básica SEP <http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/html/progobjetivos.html> Visitado [26 septiembre 2011].
- SEP (2002). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México: Secretaría de Educación Pública.

- Tessier, G. (2004). *Comprender a los adolescentes*. México: Octaedro.
- Familume, A. Discapacidad y Educación Sexual Gentileza "El Cisne" Periódico Mensual sobre Discapacidad Noviembre de 2001. http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/discapacidad_y_educacion_sexual.html Visitado [15 marzo 2011].
- Rivera, P. Sexualidad y discapacidad de los niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad. IX Congreso Nacional de Ciencias Exploraciones fuera y dentro del aula 24 y 25 de agosto, 2007, Instituto Tecnológico de Costa Rica Cartago, Costa Rica. <http://www.cientec.or.cr/exploraciones/ponencias2007/PaolaRivera.pdf> Visitado [15 marzo 2011].
- Vera I. (2004, 02 de diciembre). Discriminación en la contratación de personas con discapacidad. *Revista Psicología Científica.com*, 6(24). <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-103-1-discriminacion-en-la-contratacion-de-personas-con-discapacid.html> Visitado [18 abril 2011].