



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma  
de México

---

---

Facultad de Filosofía y Letras  
Colegio de Pedagogía

**“El trastorno por déficit de atención  
como un problema de aprendizaje  
en niños de 6 a 11 años”**

T E S I N A

Que para obtener el título de  
Licenciada en Pedagogía  
presenta:

**BRENDA MALDONADO SÁNCHEZ**

Asesor:  
Lic. Hirsch Pier Esther





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.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma máter, ser parte de la comunidad universitaria es un honor y orgullo.

A mis padres; mamá, por tu apoyo y amor incondicional, eres mi gran ejemplo de fortaleza, te admiro enormemente. Papá, porque vas conmigo a todos lados, ahora vives en mi corazón eternamente y tu memoria me alienta cada día. Esto se los debía, es por y para los ustedes.

A mi hermano, por su apoyo y amor en todo momento.

A ti Oscar, porque a pesar de la distancia estas siempre conmigo apoyándome en todo momento.

Los amo!

A mi asesora, Lic. Esther Hirsch Pier por su dedicación y ser tan profesional en su trabajo.

A Dios por permitirme llegar a este momento.

## ÍNDICE

	pág.
❖ INTRODUCCIÓN	
❖ CAPÍTULO I “TEORÍAS DEL APRENDIZAJE” .....	5
1.1 Aprendizaje.....	5
1.2 Teorías del aprendizaje.....	6
1.2.1 Conductismo .....	8
1.2.2 Cognitivismo.....	10
❖ CAPÍTULO II “PROBLEMAS DE APRENDIZAJE” .....	16
2.1 Concepto .....	16
2.2 Problemas generales de aprendizaje .....	17
2.2.1 Sensoriales .....	17
2.2.2 Emocionales .....	19
2.3 Específicos .....	20
❖ CAPÍTULO III “TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN” .....	23
3.1 Antecedentes históricos.....	25
3.2 Tipología .....	27
3.3 Etiología .....	29
3.4 Características .....	32
3.5 Tratamiento .....	36

❖ <b>CAPÍTULO IV “PROBLEMAS DE APRENDIZAJE QUE PUEDEN O NO ACOMPAÑAR AL TDA”</b> .....	41
4.1 Dislexia .....	41
4.1.1 Concepto .....	41
4.1.2 Características .....	42
4.1.3 Clasificación .....	43
4.2 Disgrafía .....	45
4.2.1 Concepto .....	45
4.2.2 Características .....	47
4.2.3 Clasificación .....	48
4.3 Discalculia .....	50
4.3.1 Concepto .....	50
4.3.2 Características .....	50
4.3.3 Clasificación .....	51
❖ <b>CAPÍTULO V “EDUCACIÓN INCLUSIVA”</b> .....	54
5.1 Educación especial .....	55
5.2 Educación especial en México .....	58
5.3 Integración educativa .....	62
❖ <b>“SUGERENCIAS DIRIGIDAS A PROFESORES DE PRIMARIA, CON APOYO DEL PEDAGOGO, PARA EL TRABAJO EN EL AULA CON ALUMNOS CON TDA-TDAH”</b> .....	66
❖ <b>CONCLUSIONES</b> .....	66
❖ <b>FUENTES CONSULTADAS</b> .....	68

## INTRODUCCIÓN

El tema de trastorno por déficit de atención (TDA) me parece muy importante ya que es uno de los factores que pueden influir en el desarrollo académico y que en la actualidad se presenta con demasiada frecuencia en el trabajo dentro del aula; como pedagoga, mi intervención será relevante para darle el peso e interés que el tema requiere.

Hoy en día es muy frecuente encontrar niños “diagnosticados” con TDA, por el hecho de que en el salón de clases no son disciplinados, se distraen frecuentemente, su trabajo no cumple con lo que se pide, etc., por lo tanto son tratados de diferente manera al resto del grupo. El trabajo interdisciplinario con estos niños debe estar bien fundamentado, para lograr un buen desempeño tanto en lo académico como en lo social.

Se estima que en México 1.5 millones de niños podrían ser diagnosticados con TDA. No obstante, según datos del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, 70 por ciento de las personas bajo esta condición no recibe atención ni tratamiento.

Por lo anterior creo conveniente abordar el tema en mi tesina, comenzando en el **primer capítulo** tocando el tema de las teorías del aprendizaje para adentrarme en el concepto de aprendizaje y de ahí retomar y desarrollar el tema de teorías conductistas y cognoscitivas hablando de sus principales representantes y aportaciones de éstos.

Lo anterior nos da la pauta para abordar el tema de problemas de aprendizaje en el **segundo capítulo** comenzando por precisar el concepto y al tener claridad para definir y describir la clasificación en generales y específicos.

En el **tercer capítulo** entro de lleno en el tema de TDA, para conocer sus antecedentes históricos, tipología, etiología y así poder realizar un diagnóstico adecuado, un tratamiento y seguimiento correcto que nos llevará a ver resultados óptimos para el alumno. Es muy importante mencionar que cada caso es único por lo que requiere un tratamiento específico que se definirá de acuerdo a las necesidades que presente.

El **capítulo cuatro** está dedicado a diferentes problemas de aprendizaje, pero es muy importante dejar claro que no es tan ligados forzosamente al TDA, ni son provocados por el TDA. Son dificultades en el aula que se presentan adicionalmente.

En el **capítulo cinco** desarrollo el tema de la educación especial, su historia en México y por último la integración educativa que me parece muy importante en la actualidad, por lo que se debe conocer el tema.

Por último presento unas sugerencias de trabajo en el aula para el docente que estará acompañado del pedagogo y así dar un mejor acompañamiento al niño que presenta TDA y los padres de familia podrán dar seguimiento a ese trabajo en casa.

El interés por la educación debe abarcar más allá de lo estrictamente teórico para lograr una educación integral. Para esto es necesario reconocer hasta dónde llega el trabajo del pedagogo y dar un buen seguimiento, si el problema que se nos presenta requiere de la canalización con otro especialista y así el niño recibirá una adecuada atención interdisciplinaria.

## CAPÍTULO I

### “TEORÍAS DEL APRENDIZAJE”

Aprendizaje es un cambio relativamente permanente en el repertorio comportamental (conductual) de un sujeto, producto de la experiencia y del cual podemos inferir cambios neurofisiológicos.

“Por lo menos un 30% de los niños y adolescentes con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienen también un trastorno del aprendizaje”<sup>1</sup>.

Por lo tanto es fundamental que el especialista que diagnostique, determine si ese estudiante presenta un trastorno del aprendizaje.

#### 1.1 Aprendizaje

Se denomina aprendizaje al proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia. Dicho proceso puede ser entendido a partir de diversas posturas, lo que implica que existen diferentes teorías vinculadas al hecho de aprender.

Todos sabemos que hay determinadas áreas en las que no tenemos problemas para aprender. A algunos, incluso, parece que no les presenta ningún esfuerzo destacar en determinados aspectos sin hacer de masiado esfuerzo. También hay áreas en las que nuestras capacidades nunca destacarán y algunas en las que parece que no aprendemos nada.

Los niños, adolescentes y adultos con trastornos del aprendizaje también destacan en ciertas habilidades, en otras son muy normales y en algunas su rendimiento es deficitario. La persona con una alteración o trastorno del aprendizaje pone de manifiesto un patrón peculiar de puntos fuertes y débiles.

---

<sup>1</sup> Larry B. Silver. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona, España, Psiquiatria Editores, 2004, 272 p, p 63

El sujeto y sus padres tienen que tener en cuenta no sólo las discapacidades sino también las capacidades. Lo que un niño puede hacer, e incluso hacer bien, es tan importante como lo que no es capaz de hacer, porque para compensar las debilidades deben reforzarse estos puntos fuertes.

Algunos padres explican que ya sospechaban que su hijo tenía un trastorno del aprendizaje antes de que éste empezara a ir a la escuela. Puede que el niño lea las letras al revés o que confunda determinadas letras o números. Puede que entienda mal lo que se le dice o que haya sido más lento en el desarrollo del habla, del lenguaje o de la coordinación motora. Todo esto se hace realidad cuando el niño es incapaz de aprender las habilidades básicas que se enseñan en primer y segundo curso de primaria. En función del tipo de dificultades en el aprendizaje implicadas, algunos alumnos comenzarán a tener problemas en primero. Otros quizás no los tengan hasta tercer o sexto año. Sólo entonces sus dificultades interferirán con los buenos resultados académicos.

Existen diversas teorías del aprendizaje, cada una de ellas analiza desde una perspectiva particular el proceso.

## **1.2 Teorías del aprendizaje.**

Las teorías del aprendizaje pretenden describir los procesos mediante los cuales tanto seres humanos como los animales aprenden. Numerosos psicólogos y pedagogos han aportado sendas teorías en la materia.

Las diversas teorías ayudan a comprender, predecir y controlar el comportamiento humano, elaborando a su vez estrategias de aprendizaje y tratando de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades en el razonamiento y en la adquisición de conceptos.

El estudio de las teorías del aprendizaje, por una parte nos proporcionan un vocabulario y un armazón conceptual para interpretar diversos casos de aprendizaje. Por otra parte nos sugieren dónde buscar soluciones para los problemas prácticos; aunque ellos nunca nos den soluciones, pero dirigen nuestra atención hacia ciertas variables que son fundamentales para encontrar la solución.

Casi todas las teorías tienen un sustento filosófico-psicológico, han podido ser adaptadas, para lograr imitar sus tendencias en el campo pedagógico, pudiendo así trasladarlas al aula, y poniéndolos en práctica.

Según Lakatos, una teoría es mejor que otra cuando reúne estas condiciones:

- ✓ Logra una disminución de contenido empírico con respecto a la teoría anterior, es decir, predice hechos que aquella no predecía.
- ✓ Explica con mismo o más éxito todo aquello que la teoría anterior explicaba.
- ✓ Logra corroborar empíricamente al menos una parte de su exceso de contenido.

Según De la Mora las funciones de las teorías del aprendizaje son:

- Realizar un análisis más profundos sobre algunos de los aspectos de aprendizaje más dignos de ser investigados.
- Resumir gran cantidad de conocimientos acerca de las leyes de aprendizaje en un espacio relativamente corto.
- Explicar en forma creativa “qué” es el aprendizaje y “por qué” actúa como lo hace.

Buscan proporcionar una comprensión básica sobre el aprendizaje.

Por consiguiente, lo que caracteriza una buena teoría en la terminología es su capacidad para predecir e incorporar nuevos hechos, frente a aquellas otras teorías que se limitan a explorar lo ya conocido. Un programa puede ser progresivo teóricamente cuando realiza predicciones nuevas aunque no sean corroboradas o empíricamente cuando corrobora alguna de las predicciones. Un programa progresivo puede dejar de serlo cuando agota su capacidad predictiva y se muestra incapaz de extenderse hacia nuevos dominios si logra hacer nuevas predicciones parcialmente corroboradas.

Lakatos piensa que una nueva teoría se impondrá sobre otra vigente, cuando además de explicar todos los hechos relevantes que esta explicaba, se enfrente con éxito a algunas de las anomalías de las que la teoría anterior no podrá darse cuenta.

Las teorías del aprendizaje conforman un variado conjunto de marcos teóricos que a menudo comparten aspectos y cuestiones o incluso, suponen postulados absolutamente contradictorios.

### **1.2.1 Conductismo**

Los psicólogos conductistas han producido una cantidad ingente de investigaciones básicas dirigidas a comprender cómo se crean y se mantienen las diferentes formas de comportamiento. Estos estudios se han centrado en el papel de:

- Las interacciones que preceden al comportamiento, tales como el ciclo de la atención o los procesos perceptuales.
- Los cambios en el comportamiento mismo, tales como la adquisición de habilidades.

- Las interacciones que siguen al comportamiento, como los efectos de los incentivos o las recompensas y los castigos.

Algunos de estos estudios se llevaron a cabo con seres humanos en laboratorios equipados con dispositivos de observación y también en localizaciones naturales, como la escuela o el hogar. Otros emplearon animales, en particular ratas y palomas, como sujetos de experimentación, en ambientes de laboratorio estandarizados. La mayoría de los trabajos realizados con animales requerían respuestas simples. Por ejemplo, se les adiestraba para pulsar una palanca o picar en un disco para recibir algo de valor, como comida, o para evitar una situación dolorosa, como una leve descarga eléctrica. Al mismo tiempo, los psicólogos llevaban a cabo estudios aplicando los principios conductistas en casos prácticos, lo que condujo al desarrollo de una serie de terapias denominadas modificación de conducta, aplicadas sobre todo en tres áreas:

- La primera se centra en el tratamiento de adultos con problemas y niños con trastornos de conducta, y se conoce como terapia de conducta.
- La segunda se basa en la mejora de los métodos educativos y de aprendizaje; se ha estudiado el proceso de aprendizaje general desde la enseñanza preescolar a la superior, y en otras ocasiones el aprendizaje profesional en la industria, el ejército o los negocios, poniéndose a punto métodos de enseñanza programada. También se ha tratado de la mejora de la enseñanza y el aprendizaje en niños con necesidades educativas especiales en el hogar o la escuela

- La tercer área de investigaciones aplicadas ha sido la de estudiar los efectos a largo y corto plazo de las drogas en el comportamiento, mediante la administración de drogas en diferentes dosis y combinaciones a una serie de animales, observando qué cambios se operan en ellos en cuanto a su capacidad para realizar tareas repetitivas, como pulsar una palanca.

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos.

Por ejemplo, la teoría del condicionamiento clásico de Pavlov: explica cómo los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes, aunque tal respuesta fuera evocada en principio sólo por uno de ellos. La teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner describe cómo los refuerzos forman y mantienen un comportamiento determinado. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas<sup>2</sup>.

### 1.2.2 Cognitivismo

Todas las personas nos movemos y estamos en continua actividad, hasta las más perezosas hacen una serie de actividades, entonces cabe preguntarnos ¿Por qué nos movemos, actuamos, nos interesamos por las cosas y nos inquietamos sin cesar? El estudio de la motivación, pues, no es otra cosa que el intento de averiguar, desde el punto de vista de la psicología, a qué obedecen todas las necesidades, deseos y actividades, es decir, investigar la explicación de las propias acciones humanas.

---

<sup>2</sup> Esteban Rodríguez Garrido. *Teorías del aprendizaje*. Bogotá Colombia, Actualización Pedagógica Magisterio, 2006, 285p, p43

Se trata de estudiar los impulsos tendencias y estímulos que acosan constantemente nuestra vida y nuestro organismo y nos lleva, queramos o no a la acción.

La conducta instintiva no requiere voluntad por parte del sujeto, en cambio la conducta motivada si la requiere. Así pues no conviene confundir la motivación con los estímulos ni con los instintos, las tres impulsan a actuar pero su origen y sus funciones son muy diferentes. La conducta motivada requiere un motivo por el cual ponerse en marcha. Una conducta está motivada cuando se dirige claramente hacia una meta. El motivo es algo que nos impulsa a actuar, se presenta siempre como un impulso, una tendencia, un deseo, una necesidad.

Podemos señalar móviles que van desde impulsos más elementales, como el hambre, el sueño; hasta los más complicados y complejos, como puede ser el impulso o deseo de ser ingeniero en telecomunicaciones, periodista, maestro, etc. Toda actividad está motivada por algo, y ese algo es lo que hemos llamado motivo. Es como un circuito cerrado en el que se pueden distinguir tres momentos principales: motivo, conducta motivada y disminución o satisfacción de la necesidad.

Las teorías cognoscitivas es tan basadas en la forma en que el individuo percibe o representa la situación. Incluyen el nivel de aspiración (relacionado con la fijación de una meta individual), la disonancia (encargada de los impulsos al cambio asociados con las disarmonías que persisten frecuentemente después que se ha hecho una elección), y las teorías de esperanza – valor (que tratan de la realización de una decisión cuando son tenidos en cuenta las probabilidades y el costo o los riesgos).

Acentúa como determinantes de la conducta motivada, la percepción de las fuerzas de las necesidades psicológicas, las expectativas sobre la consecución de una meta y el grado en el que se valora un resultado correcto.

Entre sus principales representantes podemos encontrar a :

★ Jean Piaget “Desarrollo intelectual por etapas”

Epistemólogo, psicólogo y biólogo suizo, reconocido por sus aportes al estudio de la infancia y por su teoría constructivista del desarrollo de habilidades y la inteligencia.

La teoría del desarrollo de la inteligencia de Piaget transcurre en cuatro etapas del desarrollo cognitivo. Estas etapas se desarrollan en un orden fijo en todos los niños. No obstante, la edad puede variar ligeramente de un niño a otro. Las etapas son las siguientes:

Etapa sensoriomotora.

Se da entre el nacimiento y los 2 años de edad, conforme los niños comienzan a entender la información que perciben sus sentidos y su capacidad de actuar con el mundo. Durante esta etapa, los niños aprenden a manipular objetos, aunque no pueden entender la permanencia de estos objetos si no están dentro del alcance de sus sentidos.

Etapa pre operacional.

Comienza cuando se ha comprendido la permanencia del objeto, y se extiende desde los 2 hasta los 7 años. Durante esta etapa, los niños aprenden cómo interactuar con su ambiente de una manera más compleja mediante el uso de palabras y de imágenes mentales.

### Etapa de las operaciones concretas.

Esta tiene lugar entre los 7 y los 12 años aproximadamente y es tá marcada por una disminución gradual del pensamiento egocéntrico y por la capacidad creciente de centrarse en más de un aspecto de un estímulo.

### Etapa de las operaciones formales.

En la etapa final del desarrollo cognitivo, desde los 12 años en adelante, los niños comienzan a desarrollar una visión más abstracta del mundo y a utilizar la lógica formal. Esta etapa se caracteriza por la capacidad para formular hipótesis y ponerlas a prueba para encontrar la solución a un problema.

#### ★ Jerome Bruner: "Aprendizaje por descubrimiento".

Psicólogo y pedagogo estadounidense, desarrolló en la década de los 60 una teoría del aprendizaje, conocida como aprendizaje por descubrimiento o aprendizaje heurístico. La característica principal de esta teoría es que promueve que el alumno adquiera los conocimientos por sí mismo.

Esta forma de entender la educación implica un cambio en los métodos educativos más tradicionales, puesto que los contenidos no se deben mostrar en su forma final, sino que han de ser descubiertos progresivamente por los alumnos.

Bruner considera que los estudiantes deben aprender a través de un descubrimiento guiado que tiene lugar durante una exploración motivada por la curiosidad. Por lo tanto, la labor del profesor no es explicar contenidos con un principio y un final muy claros, sino que debe

proporcionar el material adecuado para estimular a sus alumnos mediante estrategias de observación, comparación, análisis de semejanzas y diferencias, etc.

★ David Ausubel: "Aprendizaje significativo".

Psicólogo y pedagogo estadounidense que desarrolló la teoría del aprendizaje significativo:

El individuo aprende mediante "Aprendizaje significativo", se entiende por aprendizaje significativo a la incorporación de la nueva información a la estructura cognitiva del individuo. Esto creará una asimilación entre el conocimiento que el individuo posee en su estructura cognitiva con la nueva información, facilitando su aprendizaje.

Características del aprendizaje significativo:

1. Existe una interacción entre la nueva información con aquellos que se encuentran en la estructura cognitiva.
2. El aprendizaje nuevo adquiere significado cuando interactúa con la noción de la estructura cognitiva.
3. La nueva información contribuye a la estabilidad de la estructura conceptual preexistente.

★ Lev Vigotsky: "Desarrollo cognitivo mediante interacción social".

Psicólogo ruso, uno de los más destacados teóricos de la psicología del desarrollo, fundador de la psicología histórico-cultural.

Para Vigotsky existen dos tipos de funciones mentales: las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y es tan determinadas

genéticamente. El comportamiento derivado de estas funciones es limitado; está condicionado por lo que podemos hacer.

Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Ya que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, estas funciones están determinadas por la forma de ser de esta sociedad. El conocimiento es resultado de la interacción social. Para Vigotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales.

## CAPÍTULO II

### “PROBLEMAS DE APRENDIZAJE”

#### 2.1 Concepto

Dado que el concepto de problemas de aprendizaje suele utilizarse como sinónimo de trastornos del aprendizaje, retraso o bajo rendimiento académico, se hace necesario realizar algunas precisiones conceptuales.

El término trastornos del aprendizaje describe un trastorno neurobiológico por el que el cerebro humano funciona o se estructura de manera diferente. Estas diferencias interfieren con la capacidad de pensar o recordar. Los trastornos de aprendizaje pueden afectar a la habilidad de la persona para hablar, escuchar, leer, escribir, deletrear, razonar, recordar, organizar información o aprender matemáticas. Este tipo de trastornos no son “curables”, pero se pueden compensar utilizando estrategias adecuadas para ello.

Cuando se habla de retraso escolar, nos estamos refiriendo a un desfase en el aprendizaje, que no supera los dos años en relación a otro niño cuyos parámetros académicos se consideran adecuados. Si se superan esos dos años, podemos considerar el término no como retraso, sino como fracaso escolar.

El concepto de fracaso escolar ha pasado por diferentes fases que en la continuación recordamos.

Inicialmente se pensaba que era producto de la pereza del niño; con el tiempo pasó a considerarse como inmadurez, déficit de atención, como el resultado de una deficiente dotación neurofisiológica.

En líneas generales, para hacer una evaluación exhaustiva de los problemas de aprendizaje tendríamos que considerar variables neurofisiológicas, variables

psicológicas, variables pedagógicas, información sobre el contexto y variables referidas en el aula.

La perspectiva neuropsicológica de los problemas de aprendizaje es un enfoque clásico, de corte clínico, en el que se suelen diferenciar dos modalidades de problemas de aprendizaje:

## **2.2 Problemas generales de aprendizaje.**

Se trata de niños con un rendimiento insuficiente en todas las áreas de enseñanza.

En general este tipo de problemas son más complejos en su identificación, porque el niño presenta dificultades en todas las áreas y puede llegar a confundirse con discapacidad intelectual.

Algunos autores no incluyen este tipo de problemas en la categoría de los problemas de aprendizaje porque consideran que estas dificultades están asociadas a causas permanentes, como es el caso de la ceguera, problemas auditivos o retraso mental, y no a dificultades concretas vinculadas a la enseñanza.

### **2.2.1 Sensoriales.**

Los problemas de aprendizaje de tipo sensorial tienen su origen en los sentidos de la visión o la audición. Estos sentidos, al no encontrarse en óptimas condiciones, ocasionan que el alumno no logre llevar a cabo el proceso de aprendizaje de manera eficaz, provocando en él un retraso en el aprendizaje mismo y en su desarrollo escolar. Haré referencia a los problemas de audición y visión:

Los problemas de audición son muy diversos.

“La OMS (1983) considera que cualquier grado de pérdida auditiva produce una deficiencia auditiva o sordera. Esta pérdida auditiva puede definirse en dos modos a)

como pérdida absoluta de la agudeza auditiva en frecuencias variadas (medido con audiometría), y b) por los efectos de la pérdida en el desarrollo del lenguaje”<sup>3</sup>

Dichas deficiencias están presentes en algunas de las tres principales partes del oído: oído externo, oído medio y oído interno.

Cuando un alumno tiene problemas de audición presenta dificultades en su lenguaje, lectura y escritura, y al no escuchar de manera correcta los fonemas los pronuncia y escribe mal, ya que lo hace de acuerdo a la forma como su oído los percibe.

De igual forma los problemas en la visión son diversos. Se puede decir que “un déficit visual es una anomalía o discapacidad del ojo y de las estructuras relacionadas que originan una visión menor de lo normal y que pueden requerir modificaciones en la confrontación de una persona con las actividades diarias”<sup>4</sup>. En la mayoría de los casos tienen origen congénito y en otros son adquiridos. Los problemas de visión se dividen en dos:

- a) Déficits en la forma de enfocar las imágenes mentales con la retina (acomodación o problemas internos del ojo). Este tipo de trastornos agrupan la miopía, hipermetropía y astigmatismo. Se corrigen con lentes de armazón o lentes de contacto.
- b) Dificultades de convergencia (problema externo fuera de control del músculo del ojo). Agrupan 3 tipos: el primero por defectos binoculares en los músculos del ojo, el segundo por defectos en la córnea, el iris y el cristalino y el tercero por defectos en la retina. Este tipo de dificultades se corrige con cirugía.

---

<sup>3</sup>19 Celedio Castanedo. *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. 5º Ed. Madrid. CSS 1997. 384p P114

<sup>4</sup>20 *Ibidem*. P 253.

Los alumnos que presentan problemas de visión tienen dificultades en la lectura y escritura, al no percibir las letras de manera adecuada ocasiona que el alumno lea y escriba las palabras de manera incorrecta, es decir, pueden ver las palabras, pero no lo que significan. Tienen problemas de percepción, orientación espacial, visualización y memoria, de igual forma un alumno con problemas visuales que no ha sido detectado ni tratado pueden producir síntomas similares a los que comúnmente son atribuidos al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

### **2.2.2 Emocionales.**

Los problemas emocionales se presentan en los niños en formas diversas, la mayoría de las veces se manifiestan en su conducta y no son siempre provocadas por él mismo, generalmente se producen por la interrelación entre el niño y su entorno. Se consideran como ligeros, moderados y severos, pueden tener su origen en el entorno familiar, ambiental o en la misma personalidad del niño.

Algunos de los factores que provocan los problemas emocionales son:

- 1) Factores de predisposición: son aquellos en donde el niño puede incrementar que se presente un problema emocional, debido a que se vuelve independiente desde pequeño atendiendo a las exigencias de su entorno.
- 2) Factores precipitantes: son aquellos que aceleran en el niño las conductas de inadaptación, por ejemplo a algún evento inesperado o traumático.

- 3) Factores psicogénéticos: son aquellos en los que se explica la interrelación entre el niño y su ambiente en su desarrollo evolutivo, desde la infancia hasta la adolescencia.

Cuando un alumno presenta problemas emocionales tiene un bajo rendimiento escolar y el rechazo de sus compañeros, muestra dificultades en la lectura y la escritura, y en la mayoría de los casos también presenta TDA-TDAH.

### **2.3 Problemas específicos de aprendizaje.**

Este tipo de problemas afectan el rendimiento en un área específica. Estas áreas básicamente son:

- Lectura (dislexia)
- Escritura (disgrafía)
- Cálculo (discalculia)

El problema radica en las áreas de asociación del cerebro ya que no hay una adecuada integración de la información que recibe el cerebro, es decir, el sujeto al recibir la información nueva, la asocia con la información previa con que cuenta y al emitir la respuesta lo hace de forma incorrecta y esto ocasiona que se presente un problema en su aprendizaje.

Los niños con problemas específicos tienen un coeficiente intelectual normal, pero un mal rendimiento escolar en áreas puntuales.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial, interdisciplinario, para descartar discapacidades de origen físico, como pueden ser alteraciones visuales, auditivas, trastornos metabólicos, emocionales, alteraciones del aparato respiratorio y fonador, entre otras, que pudieran estar afectando el proceso normal de aprendizaje.

La intervención en los tratamientos de problemas de aprendizaje tiene claramente dos ámbitos:

➤ Aspectos colaterales al propio problema:

Existen una serie de factores que están íntimamente relacionados con los problemas de aprendizaje; constituyen lo que podríamos llamar barreras para aprender y normalmente se agrupan en torno a dimensiones como desigualdades sociales, inmigración, necesidades educativas derivadas de una discapacidad y los problemas de aprendizaje propiamente dichos.

Cuando se pretende promover el éxito es colar y no sólo prevenir el fracaso escolar, se hace indispensable una intervención temprana en educación infantil. Si es un aspecto importante en general, adquiere un grado sumo cuando se dan desigualdades de tipo social o discapacidad.

Si la intervención temprana es importante, no lo es menos la realización de un plan del centro de carácter inclusivo que sea capaz de implementar, no sólo un currículo flexible, sino, y sobre todo, multinivel. Y que además utilice metodologías que promuevan aprendizajes cooperativos, instrucción temática, pensamiento crítico y resolución de problemas.

➤ Aspectos específicos vinculados a los problemas concretos.

En términos generales, se entiende por dificultades del aprendizaje un grupo heterogéneo de alteraciones que se manifiestan cuando el niño escucha, habla, lee, escribe, razona o usa habilidades matemáticas.

Son niños que no aprenden en una clase ordinaria y presentan desfasajes importantes con sus compañeros en cuanto a la adquisición de técnicas instrumentales, es decir, en la lectura, en la escritura y aritmética.

Sin embargo, las dificultades de aprendizaje no afectan únicamente al rendimiento académico, también suponen problemas conductuales, afectivos y sociales asociados.

## CAPÍTULO III

### “TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN”

En los últimos veinte años, un nuevo modo de conceptualizar a los niños con problemas de atención y de conducta ha ido ganando aceptación en todos los sectores de la sociedad. Me estoy refiriendo al trastorno por déficit de atención (TDA) o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El desorden por déficit de atención o TDA-TDAH es un trastorno caracterizado por un grupo de síntomas entre los que destacan:

1. La inatención o la dificultad para sostener la atención por un periodo.
2. La impulsividad.
3. La hiperactividad (en algunos casos).
4. La dificultad para postergar las gratificaciones.
5. Los trastornos en la conducta social y escolar.
6. Las dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales (el estudio, el trabajo, la vida de relación).
7. El daño crónico en la autoestima como consecuencia de los escasos logros que se obtienen a causa de estas dificultades.<sup>5</sup>

Si un niño presenta algunos de estos síntomas es posible que tenga un desorden por déficit de atención, pero quienes están en condiciones de realizar el diagnóstico con certeza son los expertos en esta área: los pediatras, neurólogos, psicólogos y psicopedagogos, y es el docente quien refiere al niño con dichos especialistas.

Presentar dificultades para sostener la atención es insuficiente como elemento diagnóstico ya que las dificultades para la concentración y el mantenimiento de la atención se pueden dividir en:

1. Dificultades realistas para la concentración (lugares ruidosos, etc.).
2. Dificultades fisiopatológicas para la concentración (intoxicaciones, patologías neurológicas).
3. Dificultades secundarias para la concentración (trastornos metabólicos, anemia).<sup>6</sup>

Como podemos ver un niño puede tener diferentes razones que le impidan mantener la atención y la concentración. Por ejemplo muchas veces no

---

<sup>5</sup> Luis Oscar Gratch. *El trastorno por déficit de atención*, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2005, 244 p. p 2

<sup>6</sup> *Ibidem*, p 3

podemos concentrarnos en una actividad intelectual y esto puede deberse sencillamente a preocupaciones por dificultades que estamos atravesando, o a que el sujeto está en un proceso de duelo. En éste último caso la dificultad se extiende por un plazo más largo, pero una vez que el proceso termina el sujeto recupera su capacidad de concentrarse normalmente.

En el caso del TDA-TDAH estas dificultades son crónicas y afectan seriamente el rendimiento intelectual de la persona quien, siendo inteligente, debe soportar una sensible disminución en sus logros.

Ser inteligente y tener bajo rendimiento en las actividades intelectuales que se realizan no son los únicos inconvenientes de este trastorno.

Estas dificultades promueven además serios inconvenientes en la interacción con los otros en los distintos ámbitos en los que el niño debe desempeñarse.

Los niños que presentan este trastorno padecen y hacen padecer a otros las consecuencias que éste les ocasiona en el ámbito escolar, son inquietos en clase por ejemplo; familiar, con sus padres, en ocasiones tienen problemas con quien representa una autoridad; etc.

Como podemos ver, la sintomatología no presenta una diferencia significativa con la normalidad sino que esa diferencia se expresa solamente como una cuestión de grados, razón por la cual cualquiera puede suponer que lo padece, o lo ha padecido en alguna época de su vida.

### 3.1 Antecedentes históricos.

El diagnóstico y tratamiento de este trastorno no son novedades del fin de este siglo. “La primera descripción clínica de este cuadro data de 1902 y fue realizada por George Still y Alfred Tredgold, quienes describieron en ese momento lo que ellos conceptualizaron como defectos en el control moral”<sup>7</sup>

Señalaron también la mayor incidencia de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad y puntualizaron, como sintomatología más destacable en el cuadro, los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención, etcétera.

“Según Still, estos niños mostraban fundamentalmente un déficit en el control moral. Tal como lo indicaba el criterio médico de aquella época, él asoció éstos trastornos a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias en los diámetros craneanos, etc.”<sup>8</sup> Además señaló el alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, de presión y suicidios entre los familiares de estos niños, intentando hallar causas hereditarias como la etiología de éste. Puso de manifiesto la frecuente asociación que aún hoy en día observamos en niños con TDA y tics o enfermedad de la Tourette, que es un trastorno neurológico que se caracteriza por muchos tics motores de la cara, los brazos o el tronco, estos tics son frecuentes, repetitivos y rápidos. También hay tics vocales que generalmente se producen junto con los movimientos.

La visión parcial que se tenía de esta problemática en aquella época radicaba fundamentalmente en el pesimismo en cuanto al pronóstico y el exceso de determinismo biológico, descartando la probabilidad de la influencia de los factores ambientales, de crianza y psicológicos en su producción.

---

<sup>7</sup> *Ibidem*, p11

<sup>8</sup> *et.al* p11

Después de la Primera Guerra Mundial, una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos permitió que se observara una sintomatología muy similar en sujetos que habían padecido esta enfermedad. Estos evidenciaban síntomas similares a los de los niños hiperquinéticos pero como resultado de una escuela posencefalítica. Los niños mostraban un cuadro muy similar al descrito por Still (impulsividad, hiperactividad, conducta antisocial, intolerancia a la frustración y fuerte labilidad emocional).<sup>9</sup>

Durante mucho tiempo los niños que presentaban síntomas típicos de TDA fueron considerados poseedores de un daño o disfunción cerebral mínima que provenía de una escuela posencefalítica o de un trauma sufrido durante el parto (trauma perinatal). Estas supuestas lesiones cerebrales mínimas nunca se pudieron describir o localizar.

“En el año 1937, gracias a Bradley, se descubrió el efecto paradójico tranquilizante de los psicoestimulantes, en los niños hiperquinéticos tratados con benzedrina”<sup>10</sup>. Éste es un momento fundamental en la historia de la psiquiatría pues se considera el comienzo de la psicofarmacología infanto-juvenil.

En sus escritos puso de relieve la eficacia de las anfetaminas para atenuar la conducta disruptiva, los trastornos generales de conducta, la impulsividad e hiperactividad de estos niños. Asimismo fue notable la mejoría que observó en sus rendimientos intelectuales.

Sobre la base de estas experiencias tempranas, a partir de 1970 las anfetaminas se convirtieron en la droga de elección en el tratamiento del TDA

### **3.2 Tipología**

La tipología es la ciencia que estudia los tipos o clases, la diferencia intuitiva y conceptual de las formas de modelo o de las formas básicas.

---

<sup>9</sup> *et.al*, p12

<sup>10</sup> *et.al*

En las primeras clasificaciones del trastorno, el cuadro adquirió el nombre de ADD (Attention déficit disorder), ADHD (Attention déficit disorder/hiperactividad desorden) y ADD-RT (Attention déficit disorder-residual type/Trastorno por déficit de atención tipo residual) (s/DSM III R), vale decir que el cuadro se podía presentar de tres formas posibles:

- Sin hiperactividad: presentan problemas de atención sin hiperactividad.
- Con hiperactividad: es el cuadro equivalente al antes llamado síndrome hiperquinético.
- ADD residual: se refiere a quienes padecieron ADD en la infancia y arrastran los problemas emocionales o psicológicos del ADD no tratado. Estos síntomas se manifiestan en la adolescencia y adultez y un requisito indispensable para ser considerado un ADD-ADHD residual es haber tenido estos síntomas durante la infancia.<sup>11</sup>

En la cuarta edición del DSM IV Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, la clasificación es la siguiente:

1. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente distraído o inatento: este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad). En muchos de estos casos, la hiperactividad todavía puede ser una característica clínica significativa, mientras en otros, los problemas de atención puros son los más frecuentes.
2. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente hiperactivo o impulsivo: este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención)
3. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo combinado: este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados por este trastorno.<sup>12</sup>

El tipo predominante hiperactivo-impulsivo (grupo 2), junto con el tipo combinado (grupo 3), conforman la gran mayoría de los casos de TDA-TDAH en los niños. Una tercera parte de los casos se presenta con predominio de distracción o inatención y muestra pocos rasgos de hiperactividad e impulsividad (grupo 1).

---

<sup>11</sup> *et.al p 13*

<sup>12</sup> Juan J. Lòpez-Ibor Aliño, *DSM-IV-TR*, Barcelona, Masson, 2002, 1049p, p 99

Para poder pensar en formular el diagnóstico de al umno de es tos tipos, el individuo debe manifestar los síntomas fundamentales:

- ❖ Distractibilidad
- ❖ Hiperactividad
- ❖ Impulsividad
- ❖ Otros síntomas en general vinculados a estos tres
- ❖ Éstos deben aparecer antes de los siete años de edad, hacerse evidentes y causar perjuicios al paciente en dos ambientes diferentes o más (la escuela, el hogar, la casa de los amigos, etc.)

Obviamente estos síntomas no deben responder a la presencia de otro trastorno psiquiátrico.

Desde los comienzos del siglo hasta la actualidad ésta ha sido la historia evolutiva de este trastorno, poco ha variado la descripción de su sintomatología durante la infancia y quizá lo único nuevo al respecto consiste en la aceptación de que el trastorno no siempre desaparece espontáneamente y por razones aún no del todo conocidas durante la adolescencia. Lo novedoso es que se han perfeccionado los métodos diagnósticos y que disponemos de un arsenal de recursos terapéuticos que excede al de las anfetaminas como único recurso.

Se debe llevar a cabo un plan de valoración multimodal e individual de acuerdo a las necesidades de cada niño considerando su edad, trastornos asociados, severidad, ambiente familiar, ambiente escolar, su desarrollo físico y académico, etc.

### 3.3 Etiología

La etiología es la ciencia que estudia la causa y el origen de las cosas. El término etiología es de origen griego "aitología", formada de la siguiente manera: "aitia" que significa causa, "logos" que expresa "estudio" e "ia" que enuncia "cualidad".

Muchas fueron las teorías que surgieron a lo largo de los años como intentos de explicación de las causas del trastorno por déficit de atención. En un momento se pensó en la intoxicación crónica con plomo o que se debía al alto consumo de conservadores en los alimentos. Para otros la explicación debía buscarse por el lado del consumo de los azúcares refinados.

Vale la pena subrayar que hasta el momento no se ha podido demostrar científicamente que estas hipótesis tengan un fundamento ya que la reducción del consumo de estas sustancias no se tradujo en una mejoría de los síntomas.

"En la actualidad, la teoría explicativa respecto de la etiología sitúa la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar futuros eventos"<sup>13</sup>.

Los sujetos que han padecido lesiones en la corteza cerebral prefrontal (encefalitis, traumatismos) se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y poco dispuestos a seguir las reglas.

En el campo de la medicina, cuando ciertos signos y síntomas aparecen juntos en determinados pacientes estamos en presencia de un síndrome (conjunto de signos y síntomas).

---

<sup>13</sup> Luis Oscar Gratch. *El trastorno por déficit de atención*, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2005, 244p. p15

“Un s índrome s e c onstituye, e ntonces, c omo e ntidad c línica cuando l os miembros de un g rupo c omparten s imilares c aracterísticas, u na e tiología común y una relativa respuesta uniforme al tratamiento”<sup>14</sup>.

En el caso del TDA-TDAH o s índrome p or dé ficit d e at ención aparece u na sintomatología s imilar, una etiología en c omún e i guals r espuestas terapéuticas.

Gracias a los importantes avances en neurofisiología sabemos en la actualidad que distintas áreas del sistema nervioso central poseen diferentes funciones. Ciertos g rupos de c élulas del t ejido n ervioso s intetizan s ustancias q uímicas conocidas como neurotransmisores.

Entre l os principales están l a dopamina, l a nor adrenalina, l a acetilcolina y l a serotonina.

La dopamina se sintetiza en la “substantia nigra”<sup>15</sup> (sustancia negra) y otras áreas del cerebro y de allí es transferida a otras regiones de éste.

La nor adrenalina se halla en m áxima c oncentración en el locus coeruleus y la serotonina en los núcleos de la línea media del rafe.

Las variaciones en las concentraciones de estos neurotransmisores producen diferentes trastornos. Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson consiste en una alteración de la síntesis de la dopamina. Por l o t anto, es p osible m ejorar s us s íntomas a t ravés de l a administración de L-dopa, que es convertida luego en dopamina por las células nerviosas.

El sistema límbico y el lóbulo frontal son las principales localizaciones anatómicas del sistema encargado de la atención, función muy importante del sistema nervioso central. Desde allí l as c élulas nerviosas envían sus proyecciones a diferentes áreas del cerebro, por lo que u na gran parte de éste participa en las tareas de atención y aprendizaje.

La interrelación entre esos grupos neuronales es mediatizada por la intervención de los neurotransmisores ya mencionados.

De ello resulta que la actividad de la atención requiere la estimulación o la inhibición de diferentes áreas del cerebro según sea necesario.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> *Ibidem*, p 16

<sup>15</sup> La sustantia nigra es una porción heterogénea del mesencéfalo, y una parte importante del sistema de ganglios basales.

<sup>16</sup> *Idem*, p16

Por ejemplo durante la clase un niño necesita permanecer atento, con un mínimo de actividad física, y después durante la clase de educación física o en un partido de fútbol, deberá correr y atender a las reglas del juego.

Como vemos, diferentes tipos de actividades exigen diferentes tipos de atención.

No todos los individuos pueden cumplir con estos u otros requerimientos que la vida exige.

Quienes presentan el trastorno por déficit de atención poseen dificultades específicas e independientes de la voluntad que impiden cumplir ciertas funciones con un máximo de eficacia.

“El TDA-TDAH trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella es un trastorno de base neurológica o neuroquímica aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades y oicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno”<sup>17</sup>.

Una familia más ordenada, con reglas más consistentes, si bien no resulta curativa del trastorno, sí puede influir en la intensidad de algunas manifestaciones sintomáticas, pero nunca de todas.

Hoy estamos en condiciones de descartar razones a las que se adjudicaba la etiología del cuadro. Podemos enumerar entre otras:

¿Qué es lo que no causa TDA-TDAH?

- El exceso o el déficit de azúcar en la alimentación.
- La alergia a los colorantes en los alimentos.

---

<sup>17</sup> *Ibidem*, p 17

- La falta de algún tipo de vitaminas.
- Mirar televisión.
- Los videojuegos.
- El divorcio de los padres, el nacimiento de hermanitos, los conflictos familiares que si pueden exacerbarlo pero no ocasionarlo.
- Otros factores de estrés

### 3.4 Características

“La característica esencial del trastorno por déficit de atención es un patrón persistente de desatención y /o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”<sup>18</sup>. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (casa, escuela, etc.).

Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas o sociales. Los niños afectados por este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos. El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los niños suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades escolares o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo parecen tener la mente en otro lugar como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a la otra. Los niños diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra,

---

<sup>18</sup> Juan J. Lòpez-Ibor Aliño, *DSM-IV-TR*, Barcelona, Masson, 2002, 1049p, p97

entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes.

Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas sólo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones. Estos niños suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades. Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, estos niños evitan o experimentan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenido o que implican exigencias organizativas o una notable concentración. Esta evitación debe estar causada por las deficiencias del sujeto relativas a la atención y no por una actitud negativista primaria, aunque también puede existir un negativismo secundario. Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea normalmente están fuera de su sitio, perdidos o maltratados y deteriorados. Los niños que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás. Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas. En situaciones sociales, los déficit de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades.

La hiperactividad es otra de las características del trastorno por déficit de atención, puede manifestarse por estar inquieto, retorciéndose en el asiento, por un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo, experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, aparentando estar a menudo en marcha o como si tuviera motor, o hablando excesivamente. “La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto; el diagnóstico debe establecerse con cautela en niños pequeños”<sup>19</sup>. Los niños pequeños y preescolares con este trastorno tienen de los niños pequeños normalmente activos por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de casa antes de ponerse el suéter, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares. Los niños de edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños. Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento. Mueven objetos, dan palmadas y mueven sus pies o piernas excesivamente. A menudo se levantan de la mesa durante comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. “En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas”<sup>20</sup>.

La impulsividad, una característica más del trastorno por déficit de atención, se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas

---

<sup>19</sup> *Ibidem*, p 98

<sup>20</sup> *Idem*

precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar un turno e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales o académicas. Los sujetos afectados de este trastorno típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás excesivamente, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian de los objetos de otros, tocan cosas que no deberían, hacen payasadas. La impulsividad puede dar lugar a accidentes y llevar a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

Las manifestaciones de atención y de comportamiento suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones. Es muy poco frecuente que un niño despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones en las que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos. Los signos de trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado, o mientras se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicada a actividades especialmente interesantes o en una situación de relación personal de uno a uno. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo. Por consiguiente, el profesional debe recoger información de distintas fuentes e investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación.

### 3.5 Tratamiento

La psicofarmacología infantil y juvenil es un área relativamente joven de la ciencia. Se la menciona por primera vez en una comunicación realizada por Charles Bradley en 1973. Se utilizó el sulfato de amfetamina (benzedrina) en el tratamiento de 30 niños con edades que oscilaban entre los 5 y 14 años y presentaban variados trastornos de conducta.

Esta comunicación es un hito que señala el comienzo de la psicofarmacología infantil y sirvió para demostrar la mejoría en la conducta y la atención de los niños hiperquinéticos tratados con anfetaminas.

En 1937, Mollitch y Poliacoff, Mollitch y Sullivan publicaron estudios realizados con anfetaminas en niños, observando que el 86% de 14 niños enuréticos que no respondieron a los placebos, mejoraron sus síntomas con anfetaminas después de 2 semanas de tratamiento.

En 1950 se incorporaron al arsenal psicofarmacológico de niños y adolescentes los fármacos antipsicóticos (clorpromazina y otros) y también los antidepresivos y el carbonato de litio.

En 1957 aparece el primer texto de investigación en el área de psicofarmacología (Child Research in Psychopharmacology).

Recién en los inicios de 1960 se introdujo el uso de las benzodiazepinas, en especial el diazepam y el clordiazepóxido.<sup>21</sup>

Todo tratamiento psicofarmacológico debe estar precedido por una etapa diagnóstica.

Ésta conducirá a la indicación del psicofármaco más apropiado como parte de un plan terapéutico que debe incluir, muchas veces, tratamiento con un neuropediatra, un tratamiento psicoterapéutico, un abordaje terapéutico familiar, una evaluación y un tratamiento psicopedagógico en el caso de trastornos del aprendizaje. Una vez decidido que psicofármaco se va a administrar, en muchos casos es importante realizar exámenes complementarios para tener una idea precisa de ciertos datos clínicos del paciente. Los estudios que se solicitan más a menudo son: electrocardiograma, electroencefalograma, hemoграмма, estudios de la función tiroidea (T3, T4 TSH), hepatograma, etcétera. En el momento en el que se decide administrar un medicamento es de fundamental importancia explicarle al niño cuál es el efecto que la medicación producirá en él.

---

<sup>21</sup> Luis Oscar Gratch. *El trastorno por déficit de atención*, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2005, 244p.p 123

En el caso de los psicofármacos que se utilizan para resolver la desatención es recomendable señalar que el medicamento no realiza milagros. Que por el sencillo acto de tomar un medicamento una persona normal no se transforma en genio. Como él es inteligente pero no se puede concentrar, le indican un medicamento que mejora la capacidad de concentrarse y de esa forma su rendimiento. Además se le pide que él se observe y vea cómo funciona bajo el efecto de la medicación.

De la misma forma, cuando se administran psicofármacos antidepresivos, el paciente puede observarse y reencontrarse con la persona que fue antes de la depresión. De esta forma podrá volver a recrear las condiciones externas e internas de su vida para sentirse bien sin los medicamentos antidepresivos.

➤ Tipos de tratamiento:

- Psicoterapia

El psicoanálisis, como casi todo instrumento de investigación y/o terapéutico tiene sus indicaciones específicas.

En el tema que nos ocupa, los objetivos del abordaje psicoterapéuticos no deben ser la modificación de los trastornos neuroquímicos sino algunas de sus expresiones sintomáticas y la repercusión que éstas puedan tener en la vida afectiva del paciente.

La recomendación de un tratamiento psicoterapéutico debe ser realizada casi como parte imprescindible del tratamiento en los niños con TDA-TDAH. Las alteraciones en el carácter que este trastorno produce, las dificultades en la convivencia con otros, los riesgos que supone en la vida de una persona la impulsividad y el daño en la autoestima debido al reiterado fracaso en la

consecución de los logros que se propuso, son obstáculos que difícilmente pueden ser superados sin la ayuda que provee un tratamiento psicoterapéutico.

- Tratamiento psicopedagógico

El tratamiento psicopedagógico resulta la mayor parte de las veces imprescindible para resolver los trastornos del aprendizaje que suelen acompañar al TDA-TDAH. Éste, junto con una enseñanza particularizada para poder llenar los vacíos en el conocimiento que se fueron produciendo en muchos casos a lo largo de años y que son consecuencia del trastorno crónico de la atención, es el camino necesario de recorrer para resolver los déficits en el aprendizaje.

Es muy importante el aporte que hacen los especialistas en psicopedagogía, en especial durante el proceso diagnóstico. Éstos hacen una evaluación exhaustiva y precisa del cociente intelectual del paciente, el grado de evolución de su inteligencia y cómo la utiliza.

Para quien se encuentra convencido de que es poco inteligente, la opinión contraria y bien fundamentada de un especialista puede ser el punto de partida de un proceso de revisión de sus opiniones respecto de sí mismo.

El tratamiento más efectivo para el TDA-TDAH es por el momento una combinación de tratamientos psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicopedagógico. Hoy en día me parece que nadie debe recibir los beneficios de un tratamiento parcial, vale decir, privarse de los probados beneficios de la psicofarmacoterapia; así como tampoco renunciar a las ventajas que provee la autocomprensión, el insight y las mejoras en el estado de ánimo y la autoestima que solamente pueden provenir de un adecuado tratamiento psicoterapéutico.<sup>22</sup>

Como se sabe la etiología de este trastorno consiste en un desbalance neuroquímico, es necesario considerar que éste sólo puede resolverse a través de la ingesta de una sustancia que intervenga a nivel de la neurotransmisión.

---

<sup>22</sup> *Ibidem*, p161

Esto obviamente no podrá resolver el daño crónico en la autoestima, ni los conflictos familiares o interpersonales del paciente que sí se verán beneficiados por el privilegiado instrumento que resulta la psicoterapia psicoanalítica. Asimismo los trastornos del aprendizaje requieren la participación de quienes saben y manejan el diagnóstico y tratamiento de dificultades en ese campo, la psicopedagogía.

Es fundamental, por lo tanto, que todos estos enfoques sean considerados complementarios y no excluyentes. Vale decir que no se trata de una cosa o de la otra, sino de todas.

De tal forma, los padres del niño podrán conocer que no hay en la conducta del niño una intencionalidad inconsciente de naturaleza sádica para con el niño masoquista para consigo mismo.

Se trata de un trastorno de la atención y de las consecuencias directas e indirectas de la impulsividad e hiperactividad, aunque no en todos los casos esta última, pero lo fundamental es que esta sintomatología sin tratamiento es ingobernable por la voluntad.

## CAPÍTULO IV

### “PROBLEMAS DE APRENDIZAJE QUE PUEDEN O NO ACOMPañAR AL TDA”

La mayoría de los niños que presentan déficit de atención, tienen también ciertas dificultades en el aula y su rendimiento escolar tiende a ser más bajo. Esto no significa necesariamente que el niño con TDA tenga, además, problemas de aprendizaje.

Si bien la relación entre TDA y dificultades de aprendizaje es muy habitual, lo cierto es que los problemas de aprendizaje no son un síntoma definitorio del TDA, son más bien una consecuencia: los problemas para mantener la atención e inhibir ciertos estímulos o respuestas interfieren negativamente en el aprendizaje de los niños y, por tanto, su rendimiento escolar acaba por resentirse.

#### 4.1 Dislexia

La palabra dislexia proviene del griego: dis=dificultad y lexis=habla, dicción.

El concepto de dislexia parte en algunas ocasiones con base en los síntomas y en otros a las causas.

##### 4.1.1 Concepto

“La dislexia es un trastorno del lenguaje que afecta básicamente al aprendizaje de la lectura pero que se manifiesta también en la escritura, que se da en sujetos con un desarrollo cognitivo o inteligencia general normal o alta, que no padecen alteraciones sensoriales perceptibles y que han recibido instrucción adecuada”.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Luis García Mediavilla. *Dislexias. Diagnóstico, recuperación y prevención*. Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2000. 351p, p127

Según los enfoques la dislexia puede denominarse de 2 tipos: el primer tipo llamada primaria o de evolución: ésta es debido a déficits madurativos entre los cuales se encuentran trastornos adquiridos pre, peri, postnatales y genéticos, se pueden localizar en una disfunción cerebral mínima (manifestaciones clínicas de alteraciones neurológicas en algunas áreas que ocasionan problemas de aprendizaje), o por lesión orgánica.

El segundo tipo se conoce con el nombre de secundaria o adquirida y sus causas se encuentran en traumatismos o lesiones cerebrales como hipoxia, secuelas de meningitis y encefalitis.

#### **4.1.2 Características.**

Los disléxicos presentan infinidad de características o síntomas, mencionaré algunos de los más importantes tanto en la lectura como en la escritura:

- ✓ Confusión de grafemas simétricos (d por b, p por q, d por p, d por q)
- ✓ Confusión por rotación (u por n, f por t)
- ✓ Confusión por la cantidad o adición (n por m, l por ll, n por ñ)
- ✓ Inversión de sílabas como consecuencia de una alteración de la configuración espacial de las grafías semejantes pero de diferente sentido (b por d, p por q, v por n), o de la estructuración espacio temporal en las sílabas (es por se, la por al, par por para).
- ✓ Confusión por proximidad articulatoria (l, r, n, d, c, g)
- ✓ Omisión de grafemas vocálicos y consonantes.
- ✓ Omisión de sílabas o palabras.
- ✓ Contaminaciones o introducción de fonemas por proximidad o perseverancia (El perro es un animalll en vez de El perro es un animal)
- ✓ Agregados o introducción de fonemas.

- ✓ Mezcla de mayúsculas y minúsculas.
- ✓ Uniones inadecuadas de los elementos que forman la frase.
- ✓ Confusión de letras parecidas por su sonido (p por c, c por t)
- ✓ Confusión de letras parecidas en su punto de articulación (ch, ll, ñ).
- ✓ Confusión de sustituciones semánticas: palabras parecidas u opuestas en su significado (suelo por piso, hombre por señor).

#### **4.1.3 Clasificación.**

Dislexia visual: es la dificultad o inhabilidad para interpretar (ver) con exactitud símbolos escritos e impresos en orden correcto, tendencia a percibir símbolos de abajo hacia arriba, de atrás hacia adelante o en secuencia trastocada.

Este tipo de dislexia no tiene su origen ni está relacionada con algún tipo de problema de visión, más bien radica en la imposibilidad de interpretar con precisión lo que se ve y en perturbaciones visoespaciales, generalmente este tipo de dislexia es más fácil de corregir.

Dislexia auditiva: es la dificultad o inhabilidad para codificar (traducir) el lenguaje oral en símbolos impresos o traducir los pensamientos en símbolos escritos o impresos.

Este tipo de dislexia tiene características similares a la sordera tonal, tiene su origen en perturbaciones auditivo fonológicas, los problemas se manifiestan en áreas que implican percepción y discriminación auditiva, manifestando incapacidad para percibir los sonidos.

Los disléxicos auditivos no asocian los sonidos vocales con los símbolos o pautas corrientes de la escritura, no pronuncian bien lo que leen y a que no comprenden ni perciben con exactitud las relaciones que existen entre los sonidos y los símbolos.

“Un disléxico auditivo halla similitudes e impeditos en repetir palabras que riman, interpretar marcas de acentos, aplicar generalizaciones fonéticas y pronunciar palabras con exactitud”.<sup>24</sup>

Dislexia disfonética, disidética y aléxica; las tres tienen su origen en perturbaciones auditivo fonológicas y visoespaciales.

- a) Disfonética o auditiva: hay una dificultad para relacionar la letra y el sonido, su característica es la sustitución semántica o cambio de una palabra por otra de significado similar, es decir, tienen dificultad a descomponer las palabras en sonidos.
- b) Disidética o visual: hay dificultad para la percepción de las palabras teniendo como característica la sustitución de unos fonemas por otros similares o palabras de sonido similar, es decir, su habilidad para descomponer una palabra en sonidos es buena, pero la habilidad para reconocer las palabras como un todo es pobre.
- c) Aléxica o visoauditiva: hay dificultades para percibir tanto sonidos como letras y palabras por lo tanto hay una incapacidad para el aprendizaje de la lectura.

Dislexia audiolingüística y visoespacial: tienen su origen en perturbaciones auditivo fonológicas y visoespaciales, están incluidas en las denominadas de desarrollo.

- a) Audiolingüísticas: problemas en el lenguaje oral (dislalias), para denominar objetos (anomias) en la lectura y escritura.

---

<sup>24</sup> Dale R. Jordan. *La dislexia en el aula*. Buenos Aires. Paidós. 1982. 198p, p44

- b) Visoespacial: dificultad en el reconocimiento y orientación derecha-izquierda, agnosia digital y disgrafía en la lectoescritura, con inversiones y escritura en espejo.

Dislexia fonológica, morfémica y visual analítica, las tres tienen su origen en problemas en el procesamiento de la información fonológica, sintáctica y semántica.

- a) Fonológica: problemas en el nivel lingüístico fonológico para entender el significado de las palabras, no pueden representar mentalmente la imagen sonora de los grafemas.
- b) Morfémica: hay una perturbación en el procesador visual o grafémico, con la deformación de palabras y repetición de sílabas en la lectura y la escritura.
- c) Visual analítica: dificultad en el procesador visual que hacen que sus funciones sean más lentas, como dificultades en la identificación espacio-temporal de los grafemas, en inversiones y adiciones.

## **4.2 Disgrafía.**

La disgrafia es un trastorno en el que básicamente están involucrados los procesos motrices tónicos en las personas, en los cuales están presentes ciertas dificultades.

### **4.2.1 Concepto.**

La disgrafia es un trastorno en la escritura que afecta a la forma o significado de la misma y es de tipo funcional. Se presenta en niños con capacidad intelectual normal, adecuada estimulación ambiental y sin trastornos sensoriales, motrices o afectivos intensos. Hay dificultades para producir letras

legibles y un control deficiente del sistema muscular utilizado para codificar con exactitud letras y palabras.

Las causas de la disgrafía según Portellano pueden ser de 5 tipos:

1) Madurativo: son de tipo neurológico e impiden al niño escribir de forma correcta; dentro de este grupo podemos clasificarlos de la siguiente manera:

➤ Trastornos de lateralización:

- Ambidextrismo
- Zurdería contrariada
- Lateralidad cruzada

➤ Trastornos de eficiencia psicomotora

- Torpes motrices (motricidad débil)
- Hipercinéticos (inestables)

➤ Trastornos del esquema corporal y de las funciones perceptivas motrices.

- Organización perceptiva
- Estructuración y orientación espacial
- Esquema corporal.

➤ Trastornos en la expresión gráfica del lenguaje.

- Dislexia
- Tartamudeo gráfico.

2) Caracteriales: se presentan en niños con conflictos emocionales intensos y tensiones psicológicas.

3) Pedagógicas: tienen su origen en la escuela y la forma como se enseña al niño la escritura teniendo errores educativos.

- 4) Mixtas: engloban el grafoespasmo o calambre teniendo un componente tónico y motriz que no fácilmente se puede diferenciar.
- 5) Pseudodisgrafias: son problemas en la escritura por trastornos sensoriales, en la visión o audición.

#### **4.2.2 Características.**

Dentro de las características de la disgrafía encontramos que existen dos tipos de síntomas: los primarios y los secundarios. Los primeros tienen que ver con el tamaño de la letra, los secundarios se refieren a la postura gráfica incorrecta, soporte inadecuado, presión y presión a la hora de escribir.

En general las características de la disgrafía son las siguientes:

- ✓ Postura física inadecuada.
- ✓ Soporte inadecuado del lápiz a la hora de escribir.
- ✓ Deficiencias en la presión y presión del lápiz.
- ✓ Postura gráfica incorrecta.
- ✓ Ritmo al escribir lento o excesivo.
- ✓ Dirección inadecuada de los grafemas, letras sobre impresas.
- ✓ Bucles.
- ✓ Tamaño desproporcionado de las grafías.
- ✓ Letras abiertas, atrofiadas, retocadas.
- ✓ Desproporción entre las zonas gráficas, separación irregular de palabras, espacio irregular entre los renglones.
- ✓ Escritura en espejo (se escriben determinadas palabras o elementos de las mismas de atrás hacia adelante y se leen de derecha a izquierda).
- ✓ Inhabilidad para copiar formas geométricas simples sin distorsión alguna.

- ✓ Torpeza motriz: el tamaño y forma de las letras.
- ✓ Problemas espaciales.
- ✓ Problemas de atención.

### 4.2.3 Clasificación.

-Disgrafía adquirida: dificultad en la escritura en personas que la presentaban previamente de manera correcta y la perdieron debido a una lesión cerebral.

Este tipo de disgrafía engloba los siguientes tipos:

- a) Afasia motora central: tienen lesión en el área frontal izquierda con dificultad para planificar lo que van a escribir.
- b) Agramatismo: tienen lesión en el área de Broca con dificultades para construir oraciones gramaticales correctas.
- c) Disgrafía fonológica: tienen alteraciones en el sistema de conversión fonema/grafema.
- d) Disgrafía semántica: tienen afectación en el sistema semántico.
- e) Disgrafía periférica: tienen lesión en los procesos que van del almacén grafémico hasta la ejecución motora presentando trastornos variados en la escritura.

-Disgrafía evolutiva: es la dificultad que se tiene para escribir a nivel léxico en la recuperación de la forma ortográfica de las palabras, es decir, hay un uso inadecuado en la ruta ortográfica y de la fonológica. Este tipo de disgrafía abarca dos tipos:

- a) Disgráficos fonológicos: en este tipo de disgrafía los sujetos presentan problemas en la ruta fonológica, para escribir pseudopalabras.
- b) Disgráficos ortográficos: en este tipo de disgrafía hay problemas en la ruta ortográfica, es decir, los errores son de tipo ortográfico.

-Disgrafía primaria y secundaria: se clasifican de acuerdo al carácter etiológico en:

- a) Disgrafía primaria funcional o evolutiva: el problema en la escritura es debido a causas funcionales o madurativas.
- b) Disgrafía secundaria o sintomática: es también llamada de proyección disléxica motriz, o caligráfica. El efecto en la escritura es debido a causas neurológicas, sensoriales, caracteriales o pedagógicas.
- c) Disgrafía disléxica: afecta el contenido de la escritura: omisiones, confusiones, inversiones, etc.
- d) Disgrafía motriz o caligráfica: “que afecta la calidad de los trazos o grafismos: forma y tamaño de las letras, inclinaciones defectuosas, espaciamientos inadecuados entre palabras y renglones, ligamentos indebidos, dificultades en la presión y prensión”<sup>25</sup>

### **4.3 Discalculia**

Al hablar de la discalculia se debe hacer referencia a las cuestiones matemáticas, estas comienzan a darse en los niños desde edades tempranas, de los 3 a los 5 años, que es donde empieza el conocimiento, y es en el nivel básico de los 6 años en adelante donde se reafirman.

#### **4.3.1 Concepto.**

“Las matemáticas constituyen un área que exigen gran participación de la actividad mental en todas manifestaciones: desde los contenidos de base psicomotriz hasta aquellos en que interviene un razonamiento lógico-abstracto,

---

<sup>25</sup> Mediavilla. *Op. Cit*

pasando por la comprensión y expresión verbales y la realización de operaciones".<sup>26</sup>

La discalculia es la dificultad para manejar y/o reconocer números, conceptos matemáticos y/o resolver operaciones aritméticas, sin la existencia de una lesión o causa orgánica que lo justifique. No guarda relación con el nivel mental, con el método de enseñanza utilizado, con trastornos afectivos ni deprivación sociocultural, pero sí suele encontrarse asociado con otras alteraciones. Afecta el aprendizaje de las signaturas matemáticas así como a otros aprendizajes en los que se requiere un nivel de razonamiento determinado.

#### **4.3.2 Características.**

Las características en general de la discalculia pueden ser:

- Falta de atención.
- Dificultades perceptivo-visuales.
- Dificultades amnésicas.
- Problemas de orientación espacial.
- Problemas en el esquema corporal.
- Inversiones, omisiones, adiciones, confusiones y trasposiciones de números.
- Conteo con los dedos.

También presentan errores en:

- Los números y los signos: fallas en la identificación, confusión de números semejantes, confusión de signos, confusión de números de sonidos semejantes, inversiones y confusión de números simétricos.

---

<sup>26</sup> María Fernanda Fernández Baroja. *Niños con dificultades para las matemáticas*. Madrid. CEPE. 1991. 168p

- La numeración o seriación numérica, presentando: repetición, omisión, perseveración y trasposiciones.
- Las operaciones: mal encolumnamiento, trastorno de las estructuras operacionales en la suma, resta, multiplicación y división.
- Los problemas: en el enunciado del problema, el lenguaje empleado, en la relación del enunciado con la pregunta del problema, razonamiento, mecanismo operacional.
- Cálculos mentales.

### **4.3.3 Clasificación.**

La discalculia de acuerdo a Molina puede clasificarse en dos tipos: Discalculia adquirida y Discalculia de desarrollo.

-Dentro de la discalculia de desarrollo podemos encontrar:

- a) Verbal: es la designación verbal de qué términos matemáticos en los que hay dificultades ya que no los reconoce ni los diferencia lo cual ocasiona que los confunda.
- b) Protognóstica: se refiere a la manipulación de los objetos de un modo matemático, no puede manipular los ítems concretamente de forma aritmética, es decir, no hay relación del objeto con la cantidad.
- c) Léxica: dificultad de la lectura de símbolos matemáticos debido a las dificultades en la lectura.
- d) Gráfica: dificultad para escribir símbolos gráficos matemáticos teniendo mala alineación de los dígitos, inversiones, etc.
- e) Ideognóstica: dificultad en el entendimiento de los conceptos matemáticos y la capacidad de establecer soluciones mentales a

problemas matemáticos, y a todo tipo de operaciones que tengan que llevarse a cabo con el cálculo mental.

f) Operacional: dificultad al realizar operaciones matemáticas básicamente en su procedimiento, no les es posible llevarlo a cabo.

-Primaria: hay un trastorno específico en el cálculo puro (en la capacidad para llevar a cabo ciertas operaciones) debido a una lesión cerebral mínima en las zonas parieto-temporales.

-Dentro de la Discalculia Adquirida encontramos:

a) Secundaria: se presenta al estar asociada con otro tipo de dificultad como la dislexia y disgrafía, habiendo una mala utilización de símbolos numéricos y una mala realización de sus operaciones. Pueden tener una base verbal (lenguaje), desorientación espacio-temporal y baja capacidad de razonamiento.

b) Espacial: dificultad para ordenar los números de acuerdo a una estructura espacial, como son el valor de posición de las cifras y alineación, rotación, omisión de números, dificultades con los números decimales.

-Disamétrica: dificultad para comprender el mecanismo de la numeración, retener el vocabulario, concebir las ideas de las 4 operaciones básicas (suma, resta, multiplicación y división), contar mentalmente y utilizar sus adquisiciones para la solución de problemas.

## CAPÍTULO V

### “EDUCACIÓN INCLUSIVA”

La educación inclusiva implica que todos los niños de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de su origen, sus condiciones personales, sociales o culturales, incluidas aquellos que presentan cualquier problema de aprendizaje o discapacidad, respondiendo a sus necesidades y ritmo de aprendizaje.

En la escuela inclusiva todos los alumnos se benefician de una enseñanza adaptada a sus necesidades y no solo los que presentan necesidades educativas especiales.

La educación inclusiva se entiende como la educación personalizada, diseñada a la medida de todos los niños en grupos de la misma edad, con una diversidad de necesidades, habilidades y niveles de competencias. Se fundamenta en proporcionar el apoyo necesario dentro de un aula ordinaria para atender a cada persona como ésta precisa. Entendiendo que podemos ser parecidos, pero no idénticos unos a otros y con ello nuestras necesidades deben ser consideradas desde una perspectiva plural y diversa.

Si cada alumno es diferente, será necesario implementar modelos distintos de atención dentro de un sistema educativo común y en una escuela para todos, un beneficio más que se observará es que poco a poco seremos una sociedad más integrada, en la que no se discrimine de ninguna manera a sus integrantes, ya que desde la escuela se fomentará el respeto a los demás, y que siempre habrá alguien diferente a nosotros y no por eso es “anormal”.

“El concepto de “integración”, en su acepción moderna, es la estrategia que se utiliza durante la edad del desarrollo para lograr la “normalización”. La

integración tiene una connotación más específicamente educativa, y a que tendrá lugar con la formación sistemática de las personas con requerimientos de educación especial”<sup>27</sup>.

“Equidad e inclusión son conceptos que suponen el reconocimiento de lo diverso y un ánimo activo para remover los obstáculos que impidan que todas las personas accedan a los beneficios de una educación de calidad.

La equidad en la educación implica evitar que el origen social o cualquier otra circunstancia de las personas se conviertan inevitablemente en destino educativo”<sup>28</sup>

#### **4.1 Educación especial.**

La educación especial, es aquella destinada a hacer frente a las necesidades específicas de los niños con discapacidades o que presentan ciertas dificultades o desventajas que afectan de un modo negativo a su progreso dentro de los programas educativos convencionales.

Las problemáticas más frecuentemente observadas son: problemas de lenguaje, discapacidad intelectual y otras alteraciones del desarrollo, cierto tipo de trastornos emocionales, o algunas alteraciones específicas del aprendizaje, como pueden ser las relacionadas con la memoria como repercusión de la falta de atención. Pueden encontrarse otras complicaciones relacionadas con la audición, con la visión, con el desarrollo de la comunicación (como el autismo) o con ciertas lesiones cerebrales. En la actualidad existe también un importante número de alteraciones relacionadas con la hiperactividad.

---

<sup>27</sup> Secretaría de Educación Pública. *Bases para una política de educación especial*, México, 1985, 33 p, p 25

<sup>28</sup> Secretaría de Educación Pública. *Modelo Educativo, Equidad e inclusión*, México, 2017, 175p, p 17

En todos los sistemas educativos se deben presentar mecanismos que ayuden a detectar las necesidades de cada uno de los alumnos, ya que cada uno de ellos tiene intereses, habilidades y aptitudes diferentes. La mayoría de los niños aprenden y progresan según sus capacidades. Pero para aquellos que encuentran dificultad en ello existe lo que se ha denominado necesidades educativas especiales.

Se considera que un niño tiene una necesidad especial si muestra una mayor dificultad para aprender que el resto de los niños de su misma edad, es decir, si tiene una disfunción que le impide o dificulta seguir un proceso educativo en un nivel correspondiente a niños de su misma edad en las escuelas de su mismo ámbito.

Con lo anterior podemos definir a la educación especial como:

La educación especial atiende a las personas con necesidades especiales, cualquiera que sea su problemática. No difiere esencialmente de la educación regular sino que comparte sus fines generales y sus principios y, en algunos casos, requiere el concurso de profesionistas de otras disciplinas. Según la naturaleza y grado de los problemas de sus alumnos, comprende objetivos específicos, programas adicionales o complementarios individualizados, que pueden ser aplicados con carácter transitorio o más o menos permanente en el aula regular, en la escuela o en otros servicios<sup>29</sup>.

A lo largo de la historia de la humanidad siempre ha habido niños con discapacidad. Sin embargo, los programas de educación especial son relativamente recientes. En tiempos pasados, las personas con discapacidad iban frecuentemente a parar a los hospitales, asilos u otras instituciones que proporcionaban una formación escasa, si es que impartían alguna.

Entre las aportaciones más antiguas en el área de enseñanza a sujetos con problemas especiales, se debe mencionar el nombre de *Frans J. Gilabert Jofre*, quien a comienzos del siglo XV creó en Valencia un centro en el que se

---

<sup>29</sup> *Ibidem*, p 16

prestaba atención a personas con problemas psíquicos. A mediados del siglo XVI, el monje benedictino español Pedro Ponce de León fue el precursor de un método para la enseñanza de estudiantes sordos. Juan Pablo Bonet desarrolló otro método para la enseñanza de este grupo de personas y en 1620 publicó el primer libro sobre la educación de los sordos. A finales del XVIII, el francés Valentin Haüy prestó su atención a las necesidades de los invidentes, enseñándoles ciertos rudimentos en el campo de la lectura. Dentro de este mismo tipo de discapacidad ha de mencionarse la investigación, a finales del XIX, de Louis Braille, quien inventó el método que lleva su nombre. El doctor y educador francés Jean Marc Gaspard Itard fue uno de los primeros educadores en defender que deberían aplicarse unos métodos educativos especiales para la formación de los niños con discapacidad. “En 1801 Itard descubrió vagando por los bosques de su región un niño “salvaje”, y entre 1801 y 1805 usó sistemáticamente ciertas técnicas para enseñar a Víctor (ese fue su nombre) a comunicarse con sus semejantes, así como a realizar acciones cotidianas tales como vestirse”<sup>30</sup>. Un discípulo suyo (Edouard Séguin) llevó las técnicas de Itard a Estados Unidos, donde experimentaron un importante progreso.

A partir del último cuarto del siglo XX se ha prestado una gran atención a la educación especial en los países desarrollados. En estos años se operó un cambio radical en las actitudes profesionales y públicas hacia las necesidades especiales que marcó el comienzo de un gran movimiento hacia la integración de las personas con dificultades educativas dentro de las escuelas ordinarias. Los padres se han ido involucrando activamente en la evaluación y en la revisión de las necesidades educativas de sus hijos y cada vez muestran con

---

<sup>30</sup> Toledo González Miguel. *La escuela ordinaria ante el niño con necesidades especiales*. Madrid, Santillana, 1981, 285p, p19

más interés su preferencia (limitada a ciertas condiciones) a que sus hijos se eduquen en escuelas ordinarias. La ampliación de servicios sociales y de salud ha contribuido a valorar mejor las necesidades educativas especiales que permitan identificar los puntos fuertes y los débiles de cada alumno con el fin de asegurarle la educación más apropiada dentro de un amplio abanico de necesidades educativas especiales.

#### **4.2 Educación especial en México.**

“La primera iniciativa para brindar atención educativa a niños con necesidades especiales corresponde a don Benito Juárez, quien en 1867 fundó la Escuela Nacional de Sordos. En 1870 se fundó la Escuela Nacional de Ciegos”<sup>31</sup>.

En 1914 el doctor José de Jesús González, eminente científico precursor de la educación especial para deficientes mentales, comenzó a organizar una escuela para débiles mentales en la ciudad de León, Guanajuato. En el periodo que transcurre entre 1919 y 1927 se fundaron en el Distrito Federal dos escuelas de orientación para varones y mujeres. A demás comenzaron a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica para atención de deficientes mentales en la Universidad Nacional Autónoma de México. Asimismo el profesor Salvador M. Lima fundó una escuela para débiles mentales en la ciudad de Guadalajara.

En 1929 el doctor José de Jesús González planteó la necesidad urgente de crear una escuela modelo en la ciudad de México, la cual fue inaugurada en 1932 y fundada por el doctor Santamarina quien junto con el maestro Laur o Aguirre comprendieron la necesidad de implantar en México técnicas educativas actualizadas, reorganizaron el Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar lo que hasta esa fecha era la Secretaría de Higiene Escolar, dependiente de educación pública<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Secretaría de Educación Pública. *La educación especial en México*. México, Grupo Editorial Mexicano, 1985, 39p, p 7

<sup>32</sup> Ibidem p 8

En 1935 el doctor Roberto Solís Quiroga, que fuera gran promotor de la educación especial en México y América, planteó al entonces ministro de educación pública, licenciado 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 los deficientes mentales por parte del Estado. El mismo año se creó el Instituto Médico-Pedagógico en Parque Lira, fundado y dirigido por el doctor Roberto Solís Quiroga renunció a la jefatura del Departamento de Prevención Social y regresó a la dirección del Instituto Médico-Pedagógico, donde permaneció hasta 1957.

En 1941 el entonces ministro de Educación, licenciado Octavio Véjar Vázquez propuso la creación de una escuela de especialización de maestros, para lo cual debían modificar la Ley Orgánica de Educación.

Por lo tanto se enviaron los proyectos a las cámaras legislativas y éstas lo aprobaron en el mes de diciembre del mismo año; para que entrara en vigor el siguiente, y “el 7 de junio de 1943 abrió sus puertas la Escuela de Formación Docente para maestros especialistas en educación especial, quedando a cargo el doctor Solís Quiroga y contó inicialmente con las carreras de maestros especialistas en educación de deficientes mentales y de menores infractores”<sup>33</sup>.

En 1945 se agregaron las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y de sordomudos.

Mientras tanto, en 1942 y a su se habían instalado, pero sólo de manera experimental dos grupos diferenciales en la escuela anexa a la Normal de

---

<sup>33</sup> *Idem* p 8

Maestros, y para 1944 ya eran diez, las cuales se instalaron en diferentes escuelas primarias del Distrito Federal.

En 1954 se creó la Dirección de Rehabilitación y en 1955 se agregó la Escuela de Especialización para el tratamiento de lesionados del aparato locomotor.

En 1958 se fundó en Oaxaca una Escuela de Educación Especial.

El entonces oficial mayor de la SEP, profesor Manuel López Dávila creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas; quedando a cargo la profesora Odalmira Mayagoitia.

“En 1960 se fundaron las escuelas primarias de Perfeccionamiento número 1 y 2 y en 1961 las número 3 y 4.

En 1962 se inauguró la escuela para niños con problemas de aprendizaje en Córdoba, Veracruz.

En 1966 se crearon dos escuelas más: una en Santa Cruz Meyehualco y otra en San Sebastián Tecoloxtitlàn”<sup>34</sup>.

Durante el tiempo que la profesora Mayagoitia estuvo al frente de la Coordinación, siete años, se logró la apertura de diez escuelas en el Distrito Federal y 12 en el interior de la República.

En septiembre de 1966 la profesora Mayagoitia se hizo cargo de la Dirección de la Escuela Normal de Especialización, y realizó reformas en los planes y programas de la institución.

---

<sup>34</sup> *Ibidem* p 9

“Los esfuerzos por mejorar la educación especial en el país se consolidaron con el decreto de fecha 18 de diciembre de 1970 por el cual se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial”<sup>35</sup>.

Durante la década de los ochenta, los servicios de educación especial se clasificaban en dos modalidades: indispensables y complementarios. Los servicios de carácter indispensable (Centros de Intervención Temprana, las Escuelas de Educación Especial y los Centros de Capacitación de Educación Especial) funcionaban en espacios específicos separados de la educación regular y estaban dirigidos a los niños, las niñas y los jóvenes con discapacidad. En esta modalidad también estaban comprendidos los grupos integrados B para niños con deficiencia mental leve y los grupos integrados para hipoacúsicos, que funcionaban en las escuelas primarias regulares.

“Los servicios complementarios (Centros Psicopedagógicos, los Grupos Integrados A) prestaban apoyo a alumnos inscritos en la educación básica generalmente con dificultades de aprendizaje o en el aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta; esta modalidad también incluía a las Unidades de Atención a Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS)”<sup>36</sup>.

Existían, además, otros centros que prestaban servicios de evaluación y canalización de los niños, como los Centros de Orientación, Evaluación y canalización (COEC). A finales de la década de los ochenta y principios de los años noventa surgieron los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE).

---

<sup>35</sup> *Idem,*

<sup>36</sup> Secretaría de Educación Pública, *Programa Nacional de Fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa*, Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos, 2004, 49p, p13

Los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP), que dependían de la Dirección General de Educación Preescolar, también estaban organizados en servicios indispensables y complementarios.

A partir de 1993 -como consecuencia de la suscripción del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, la reforma al artículo 3º constitucional y la promulgación de la Ley General de Educación- se impulsó un importante proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial, promover la integración educativa y reestructurar los servicios existentes hasta ese momento<sup>37</sup>.

Los propósitos de reorientar los servicios de educación especial fueron, en primer lugar, combatir la discriminación, la segregación y la “etiquetación” que implicaba atender a los niños con discapacidad en dichos servicios, separados del resto de la población infantil y de la educación básica general. En esos servicios, la atención es especializada era principalmente de carácter clínico-terapéutico, pero atendía con deficiencia otras áreas del desarrollo; en segundo lugar, dada la escasa cobertura lograda, se buscó acercar los servicios a los niños de educación básica que los requerían.

### **5.3 Integración educativa.**

El primer paso para abrir mayores posibilidades de desarrollo de los niños con necesidades educativas especiales fue promover su inserción en las aulas regulares. La inserción del niño debe conducir, como resultado de la reflexión, la programación y la intervención pedagógica sistematizada, a su integración; además de inscribir al alumno en la escuela regular es necesario ofrecerle, de acuerdo con sus necesidades particulares, las condiciones y el apoyo que precise para que desarrolle plenamente sus potencialidades. Sólo de este modo la inserción se convierte en integración.

---

<sup>37</sup> *Ibidem*, p14

El personal docente de la escuela regular requeriría apoyo para atender adecuadamente a los niños; este apoyo sería prestado por el personal de educación especial, lo cual implicó un giro en la orientación de su trabajo: en lugar de concentrarse en el diagnóstico y categorización de sus alumnos, en adelante tendrían que dar prioridad al diseño de estrategias para contribuir a que los alumnos con necesidades educativas especiales logren aprender; además particularmente para el personal que laboraba en los servicios complementarios, la tarea principal ya no sería tener a los alumnos separados en grupos “integrados” o por un tiempo fuera del aula sino dar asistencia al profesor de la escuela regular para atender a los niños con necesidades educativas especiales al mismo tiempo que atienden a los demás alumnos del grupo.

Como consecuencia de los cambios en la orientación de los servicios de educación especial se promovió su reorganización y, al mismo tiempo se estableció la medida de que la guía para el trabajo educativo con los alumnos con necesidades educativas especiales serían los programas de educación básica vigentes en ese momento. Esta reorganización se realizó del modo siguiente:

- a) Transformación de los servicios escolarizados de educación especial en Centros de Atención Múltiple (CAM), definidos en los siguientes términos: “institución educativa que ofrece educación básica para los alumnos que presenten necesidades educativas especiales con o sin discapacidad”<sup>38</sup>. Los CAM ofrecerían los distintos niveles de la educación básica utilizando, con las adaptaciones pertinentes, los

---

<sup>38</sup> *Ibidem* p 15

planes y programas de estudio generales. Asimismo, se organizaron grupos/grado en función de la edad de los alumnos, lo cual llevó a los alumnos con distintas discapacidades a un mismo grupo.

- b) “Establecimiento de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) con el propósito de promover la integración de los niños con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular”<sup>39</sup>. Estas unidades se formaron principalmente con el personal que atendía los servicios complementarios; igualmente, se promovió la conversión de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) en servicios de apoyo para los jardines de niños.
- c) Creación de las Unidades de Orientación al Público (UOP), para brindar información y orientación a padres de familia y maestros.

“La orientación de los servicios de educación especial se impulsó al mismo tiempo que la reestructuración de la Secretaría de Educación Pública derivada de la federalización de todos los servicios, medida establecida en el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica. Con la reestructuración, el ámbito de acción de la entonces Dirección General de Educación Especial se redujo al Distrito Federal, algo similar ocurrió con la Dirección General de Educación Preescolar”<sup>40</sup>.

La carencia de una instancia nacional para coordinar el proceso generó incertidumbre y confusión en las instancias estatales y entre el personal que atendía los servicios; este hecho, y la profundidad del cambio que promovía, provocó que su implantación fuera muy diferenciada y no siempre favorable a la atención de los niños con necesidades educativas especiales derivadas de alguna discapacidad.

---

<sup>39</sup> *Idem*

<sup>40</sup> *Ibidem* p16

## **“SUGERENCIAS DIRIGIDAS A PROFESORES DE PRIMARIA, CON APOYO DEL PEDAGOGO, PARA EL TRABAJO EN EL AULA CON ALUMNOS CON TDA-TDAH”**

Los maestros suelen tener que enfrentarse con el desafío de educar niños con diferentes características personales y dificultades en el aprendizaje; por lo anterior es indispensable que los profesores estén actualizados y trabajen de la mano del pedagogo, en cuanto a las problemáticas que pueden presentar sus alumnos en el aula, en general y sobre todo con TDA-TDAH.

Por lo tanto, la función del docente trasciende la transmisión de su conocimiento y del contenido teórico de sus clases, pues debe evaluar el proceso de aprendizaje de sus alumnos y el modo como éstos interactúan socialmente, y es aquí en donde se vuelve fundamental el papel del pedagogo.

A medida que progresan en el ciclo primario, las exigencias crecen, la escuela demanda más constancia, dedicación y concentración. Los síntomas que presentan conspiran contra la posibilidad de cumplir satisfactoriamente con esas demandas.

A veces tienen problemas con la socialización en su grupo de compañeros. No pueden esperar su turno, son atropelladores, desordenados, distraídos y pueden terminar siendo excluidos del grupo de pares.

Su frustración por la falta de logros en el estudio y las relaciones sociales los torna resentidos, hostiles y desalentados. A lo largo de este proceso van experimentando un daño crónico en la autoestima y autoconfianza.

Si se trata de niños hiperactivos no pueden permanecer en sus asientos por mucho tiempo, se levantan, interrumpen a la maestra y/o a sus compañeros, están constantemente distraídos y distraen a sus compañeros. Obtienen malas

calificaciones y constantes reprimendas por la mala conducta en el caso de que sean hiperactivos.

Al presentarse lo descrito anteriormente, se sugieren los siguientes consejos para los maestros y pedagogos:

Para estos niños es sumamente importante el orden y la rutina por lo que se sugiere tener la orden del día a la vista de todos, para que tenga claras las actividades a realizar durante el día, cumpliendo con horarios. Para lo anterior es necesario ser claro y bien explícito respecto de cuáles son las reglas de convivencia, los deberes y obligaciones y los roles que cada uno desempeña dentro del aula.

Transmita la importancia del orden en la realización de las tareas, por ejemplo que el alumno mantenga el orden en su pupitre, cuadernos y áreas comunes. Refuerce positivamente todas las veces que el alumno mantiene el orden y la organización.

Si el niño observa orden en el aula y en su casa, será mucho más fácil pues el niño aprende más a través de la identificación.

Es importante que se fragmenten las tareas, y a que con tareas cortas, los periodos de atención requeridos serán menores y se estimulará que se puedan quedar con la sensación de empezar y concluir algo.

En caso de que la actividad implique cambios, ayude a los alumnos a atravesar los momentos de transición de una actividad a otra, pues en esos momentos la dispersión es máxima.

Mientras el niño trabaja, es importante que se esté revisando y retroalimentando con frases positivas en todo momento.

Es importante que se insista en que el alumno haga tareas en las que es más fuerte, así podrá reforzar su autoestima y será más sencillo para él realizar actividades de principio a fin, además en la misma actividad se puede hacer hincapié en lo más importante de ésta y que es menos importante, para enfocar su atención nuevamente.

Para el niño es importante estar sentado en un lugar que le permita ver sin problemas o distracciones el pizarrón y al maestro, además de que si está cerca del docente, éste lo podrá observar y apoyar en caso de que lo requiera. Se debe asegurar el contacto visual con el niño cuando le de indicaciones, le encargue una tarea o un deber.

Si las actividades lo permiten, es una buena técnica que cuando lo vea inquieto o distraído envíelo fuera del aula a realizar alguna actividad para que descargue energías, se distraiga y al volver se pueda concentrar en la actividad anterior o en una nueva.

Por último, se debe trabajar en conjunto con el resto de los profesores, en caso de que el niño tenga más de un profesor para algunas materias o diferentes actividades.

## CONCLUSIONES

Al finalizar mi trabajo puedo concluir que el aprendizaje es un proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia del sujeto. Por lo tanto las teorías del aprendizaje pretenden describir los procesos mediante los cuales tanto seres humanos como animales aprenden.

Por ejemplo las investigaciones de los psicólogos conductistas están dirigidas a comprender cómo se crean y se mantienen las diferentes formas del comportamiento. Y el cognitivismo, se puede interpretar como el estudio de la motivación; se trata de estudiar los impulsos, tendencias y estímulos que acosan constantemente nuestra vida y nuestro organismo y nos lleva, queramos o no a la acción.

Con lo anterior, un trastorno del aprendizaje describe un trastorno neurobiológico por el que el cerebro humano funciona o se estructura de manera diferente y éstos pueden afectar la habilidad de la persona para hablar, escuchar, leer, escribir, deletrear, razonar, recordar, organizar información o aprender matemáticas.

Y podemos hacer una clasificación de ellos, los problemas generales de aprendizaje ocasionan que el niño presente un insuficiente rendimiento en todas las áreas de enseñanza.

Los problemas de aprendizaje de tipo sensorial tiene su origen en los sentidos de la visión o la audición. Por otro lado, la mayoría de las veces, los problemas emocionales se reflejan en la conducta del niño y no siempre son provocados por él. Por último, los problemas específicos de aprendizaje afectan directamente un área específica: lectura, escritura o cálculo.

Al adentrarme en el tema de TDA es importante hacer énfasis en que no se puede tomar a la ligera su diagnóstico y a que, por ejemplo, presentar dificultades para sostener la atención es insuficiente como el elemento diagnóstico de TDA.

El TDA es un trastorno de base neurológica o neuroquímica y el grado de afectación es diferente en cada persona, por lo tanto su tratamiento debe ser de acuerdo a las necesidades de cada persona.

El TDA puede o no estar acompañado de algunos problemas de aprendizaje que no son causados por éste y deben ser atendidos a la par, para lograr avances en el aprendizaje del alumno.

Todo lo anterior nos lleva a pensar en NEE y que es lo que se está haciendo para no dejar de lado ninguno de los factores que se deben cubrir para que la persona con discapacidad reciba la atención y educación a la cual tiene derecho.

Sin duda al hablar de educación inclusiva tenemos un gran reto, pero es muy importante que se presenten las condiciones adecuadas para que todos los individuos tengan acceso a la educación cubriendo todas sus necesidades.

## FUENTES CONSULTADAS

- ★ ACLE T OMASINI, G uadalupe, *Problemas de Aprendizaje. Enfoques teòrics*. UNAM, Mèxico D.F 1995, 247 p
- ★ AGUILAR M ONTERO, L uis À ngel. *De la integraciòn a la inclusividad*. Argentina, Espacio Editorial 2000. 275p
- ★ ANDERSON, John R. *Aprendizaje y memoria*. 2ª e d M èxico, D .F. M c Graw Hill. 2001, 513 p
- ★ ARDISON PÈREZ, Claudio M. *Trastorno por dèficit de atenciòn*. Mèxico. Limusa. 1992. 144p
- ★ ARMSTRONG, T homas. *Sìndrome de dèficit de atenciòn con o sin hiperactividad*. Buenos Aires, Argentina. Paidòs, 2005, 141p
- ★ BARKLEY, Russell. *Niños hiperactivos*. España, Paidos, 2002, 347p
- ★ BAUERMEISTER, J osè. *Hiperactivo, impulsivo, distraído: ¿me conoces?*, New York, The Guilford Press, 2008, 292 p
- ★ CARRASCO, J osè L uis. *Sistemas de Educaciòn especial I*. Mèxico, UNAM 1985. 130p
- ★ CASTANEDO, Ce ledio, *Bases psicopedagògicas de la educaciòn especial*. Madrid, Ed CSS, 1997, 384p
- ★ C. À VI LA, y A. Po laina-Lorente. *Niños Hiperactivos*. Madrid, E spaña, Alfaomega 2002. 126p
- ★ DALE, R. Jordan, *La dislexia en el aula*, España, Paidos, 1982, 198p
- ★ FERNÀNDEZ Baroja, Marìa Fernanda, Ana Marìa, Llopis Paret, *Niños con dificultades para las matemàticas*, España, IMPRESA, 1991, 178p
- ★ GIORDANO, L uis, *Discalculia Escolar*. Buenos Aires. E diciones I .A.R 1976. 290p

- ★ GRATCH, Luis Oscar. *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana 2001. 244p
- ★ JOSELEVICH, E stella. *Síndrome de déficit de atención*. Argentina. Paidós 2005. 224p
- ★ LARRY, B., Silver. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona, España. Ars Médica, 2004, 272p
- ★ LOBROT Michel, *Alteraciones de la lengua escrita y remedios*. Barcelona, Ed. Fontanella, 1985, 292p
- ★ LÓPEZ BELDA, Ana María, *La disgrafía*. Valencia, Coedición Instituto de orientación psicológicos EOS, Ediciones Xandro. 2006. 128p
- ★ LÓPEZ-IBOR A LIÑO, Juan J . *DMS-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España, Masson. 2002, 1049p
- ★ MENIM, Ovide, *Problemas de aprendizaje ¿Qué prevención es posible?*. Argentina, Homo Sapiens Ediciones 1997. 168p
- ★ MUCCHIELLI, Roger, *La Dislexia, Causas, diagnóstico y reeducación*. Colección Aprendizaje y Reeducación. Paris, Francia. Cincel-Kapelusz 1079
- ★ OSMAN, Betty B. *Problemas de Aprendizaje, un asunto familiar*. México D.F. Trillas. 2006
- ★ PEÑAFIEL, María. *Guía de intervención logopédica en la disgrafía*. España .Editorial Síntesis 2009
- ★ RODRIGUEZ GARRIDO, Esteban, Berenice Larios, *Teorías del aprendizaje*, Bogotá, Magisterio Editorial, 2006, 198p

- ★ SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, *Bases para una política de educación especial*, México, Grupo Editorial Mexicano, 1985, 33p
- ★ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, *Educación Especial en México*, México, Grupo Editorial Mexicano, 1985, 39p
- ★ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Intagración Educativa*, México, Comisión Nacional de Libros de texto Gratuitos, 2004, 49p
- ★ SUÁREZ YÀNES, Andrés. *Dificultades en el aprendizaje*. España, 1995. Santillana 206p.