

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGÍA

INFORME ACADÉMICO DE ACTIVIDAD PROFESIONAL

“EXPERIENCIA PEDAGÓGICA COMO TERAPEUTA DE APRENDIZAJE EN LA
CLÍNICA DE FONIATRÍA DR. SEVERINO TARASCO CAMINO. S.C.”

PRESENTA:

BEATRÍZ VARGAS DELGADILLO

ASESOR: LIC. ROXANA VELASCO PÉREZ

Ciudad Universitaria. Mayo de 2007



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.

Α Διοσ:

Πορ λα φε θυε λε τενγο.

*Α Διοσ πορ δαρμε υνα σεγυνδα οπορτυνιδαδ ψ πορ περμιτιρ θυε με διε
ρα
χυεντα θυε α /ν τενγο υνα μισι /ν θυε χυμπλιρ.*

Λιχενχιαδα Ροξανα ζελαζχο Π/ρεζ:

*Τε αγραδεζχο τυ παχιενχια, δισπονιβιλιδαδ ψ ελ παλιοσο ασεσοραμιε
ντο παρα
θυε ψο πυδιερα χονχλυιρ εστε τραβαφο.
Χον ρεσπετο ψ αδμιραχι /ν.*

Α μι παπι Δαβιδ:

*Γραχιασ πορ τυ εφεμπλο δε σαλιρ σιεμπρε αδελαντε; πορ ενσε)αρμε α
σερ μεφορ χαδα δ'α; πορ τυ αποψο παρα τερμιναρ μισ εστυδιοσ ψ χον
χλυιρ μι χαρρερα
προφεσιοναλ, σιενδο παρα μι τυ μαψορ ηερενχια. Τε λλεπο εν ελ χορα
ζ /ν.*

Α μι μαμι Ψολανδα:

*Πορ σερ υνα γυερρερα ινπενχιβλε, θυε αδμιρο εν τοδο μομεντο
ψ πορθυε σιεμπρε με ηασ δαδο τοδο τυ αποψο ινχονδιχιοναλ.*

Πορ εσταρ σιεμπρε α μι λαδο, θυερι/νδομε ταντο χομο ψο α τι.

Α μι θυεριδο ηερμανο:

*Πορθυε σιεμπρε ηα εσταδο χονμιγο εν λοσ μομεντοσ μ(σ διφ'χιλεσ ψ π
ορθυε ηα χοντριβυιδο α λα υνι /ν φαμιλιαρ πορ σιεμπρε. Σεργιο τε θυι
ερο μυχηο.*

Γονζ:

*Λα πιδα νοσ τεν'α υνα αγαδαβλε σορπρεσα αλ περμιτιρ χονοχερνοσ
παρα σερ
μυψ φελιχεσ. Γραχιασ πορ σερ χομο ερεσ, πορ δαρμε /νιμοσ,
πορ αποψαρμε ψ πορ εσταρ α μι λαδο. Τε αμο.*

*Αλ ανγελιτο (α) θυε πιπε δεντρο δε μι; πορ χαμβιαρ μι πιδα ψ λλεναρ
με δε
ιλυσιονεσ*

Λιχενχιαδα Σονια Ζαλδιτωαρ Χερπερα:
Συσ ενσε)ανζασ χοντριβυπερον αμπλιαμεντε α μι δεσαρρολλο
προφεςιοναλ ψ λαβοραλ.
Πορ συ αποψο, παχιενχια ψ χομπρενσι /ν.
Χον αγραδεχιμιεντο ινφινιτο.

Ιρμα Ραμοσ δε Λοσ Σαντοσ:
Πορθυε μ(σ θυε υνα χομπα)ερα δε τραβαφο, ηασ σιδο υνα αμιγα εφεμ
πλαρ
ψ αδμιραβλε. Νο σαβεσ χυ(ντο τε αγραδεζχο τοδο λο θυε ηασ ηεχηο π
ορ μι.

Θυε Διοσ τε χυμπλα τυσ δεσεοσ περσοναλεσ ψ προφεςιοναλεσ.

Εσπερο θυε σιεμπρε περδυρε νυεστρα αμισταδ,
χομο ηα σιδο δυραντε τοδο εστε τιεμπο.
Χον χαρι)ο εσπεχιαλ.

Πιλαρ Σοτο Παχηεχο:
Τε αγραδεζχο τυ χονφιανζα ψ τοδο ελ αποψο θυε
με ηασ βρινδαδο εν εστοσ /λιτιμοσ α)οσ.
Νυνχα ολπιδαρ / θυε τ /ψ τυ απρεχιαβλε φαμιλια ηαν εσταδο χονμιγο
ηαστα εν λοσ μομεντοσ μ(σ διφ)χιλεσ παρα μι.

Σε θυε Διοσ τε τιενε ρεσερπαδο υν φυτυρο λλενο δε βενδιχιονεσ
ψ φελιχιδαδ, πορθυε σε θυε χομο περσονα τε μερεχεσ εσο ψ μ(σ.

Γραχιασ πορ τοδοσ εστοσ α)οσ δε αμισταδ.
Τε θυιερο μυχηο.

*Α τοδοσ μισ προφεσορες, πορ συ ινπαλυαβλε χονοχιμιεντο θυε ηα χον
τριβυιδο α μι φορμαχι /ν αχαδ/μιχα ψ προφεσιοναλ ψ πορθυε με ιμπυλ
σαρον α χονχρεταρ
εστε συε)ο περσοναλ.
Γραχιασ.*

ÍNDICE

Introducción.....	3
Capítulo 1. Educación Especial.	
1.1 Concepto.....	7
1.2 Antecedentes.....	8
1.3 Educación Especial en México.....	10
Capítulo 2. Déficit de Atención e Hiperactividad y Problemas de Aprendizaje.	
2.1 Antecedentes.....	16
2.2 Concepto de Problemas de Aprendizaje.....	20
2.3 Concepto de Déficit de Atención e Hiperactividad.....	22
2.4 Etiología.....	24
2.5 Conductismo.....	28
Capítulo 3. Clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco Camino S.C.	
3.1 Ubicación geográfica y objetivo general.....	36
3.2 Estructura orgánica y funciones.....	37
3.2.1 Del Doctor.....	38
3.2.2 Del Administrador.....	38
3.2.3 De la Directora.....	38
3.2.4 De la Terapeuta de Lenguaje.....	39
3.2.5 De la Terapeuta de Aprendizaje.....	39
Capítulo 4. Descripción de la actividad laboral.	
4.1 Objetivo.....	41
4.2 Aplicación del programa de tratamiento.....	41
4.2.1 Disgrafía.....	44
4.2.2 Disortografía.....	44
4.2.3 Discalculia.....	45

4.2.4	Lectura oral y de comprensión.....	45
4.2.5	Nociones temporoespaciales.....	46
4.2.6	Memoria visual y auditiva.....	47
4.2.7	Percepción visual.....	49
4.2.8	Lateralidad.....	50
	Relación entre la actividad laboral y la formación profesional recibida.....	51
	Conclusiones.....	53
	Bibliografía.....	55

INTRODUCCIÓN

Decidí elaborar un Informe Académico como trabajo terminal para recibir el título de Licenciada en Pedagogía, ya que esta modalidad me permite retomar la experiencia acumulada durante trece años como Terapeuta de Aprendizaje. De esta manera desarrollaré y analizaré mi trabajo como profesional de esta área.

Los conceptos de Educación Especial han sufrido cambios en los últimos tiempos, de manera que han sido revisados y reformulados. La primera profesión que puso su atención sobre los niños especiales fue la de la medicina en los siglos XIX y XX, ésta se centraba en aquellas características que le ayudaban a diagnosticar la condición y a establecer el tratamiento. Poca atención era la que se ponía hacia el ambiente familiar, la cultura social y sus influencias hacia los niños.

En la medida en la que los programas para niños discapacitados se expandieron gradualmente y se incluía en ellos a niños con discapacidades moderadas tales como retraso mental leve, problemas de aprendizaje, de lenguaje o conducta, se hizo claro que la noción del niño con necesidades especiales no consistía únicamente en una descripción de características personales, sino que también incluía una mezcla de características individuales, influyendo el medio ambiente familiar, escolar y social.

Una de las fuerzas de mayor importancia para el menor con necesidades especiales es la familia. Mucha de la intervención que se hace con niños pequeños, se orienta hacia los cambios en el ambiente familiar, tendientes a generar interacciones constructivas entre padres y niño.

La labor del pedagogo se amplía y diversifica conforme al desarrollo del conocimiento, y en este caso su intervención es imprescindible dado su perfil de formación, como parte de un equipo interdisciplinario de apoyo en el proceso diagnóstico y terapéutico de los Problemas de Aprendizaje en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H) Sin embargo, debido a la reciente tipificación del trastorno y al poco conocimiento que aún se tiene de él en nuestro país, los programas universitarios aún no han sido modificados para generar profesionales formados en esta área.

Los niños que padecen dificultades en el aprendizaje por TDA-H, constituyen una sección, en cierto modo reciente, de la Educación Especial, por lo cual en el presente informe se hará referencia al concepto y a los antecedentes que le dieron origen y a los centros específicos asistenciales que surgieron en diferentes contextos geográficos. Asimismo se describirá su evolución histórica.

En un niño con Problemas de Aprendizaje por TDA-H por lo general no corresponde su alto nivel de coeficiente intelectual, con su pobre desempeño escolar, no es capaz de “frenar” conductas; Por tal motivo el trabajo en terapia se centra en la atención y el refuerzo del área conductual que suele ser la más debilitada en el niño con Problemas de Aprendizaje por TDA-H.

El objetivo del trabajo terapéutico es facilitar procesos de aprendizaje a los niños, que les permita aprender buscando propiciar las capacidades personales para observar, y generar respuestas, conocimientos, soluciones y resultados con el fin de que puedan aprovechar las distintas oportunidades disponibles no solo en la escuela, sino en las diversas circunstancias de la vida.

Para el logro de estos objetivos es necesario que cada niño pueda entender el proceso de cómo llegó al aprendizaje, para después poder generalizarlo y trasladar lo aprendido a la realidad cotidiana.

El pedagogo debe también conocer las áreas debilitadas de cada paciente, así como las fortalecidas, sus habilidades e inhabilidades, para poder planear y diseñar las sesiones de terapia, tratando de cubrir las necesidades de aprendizaje de cada uno de los niños.

Las intervenciones conductuales en terapia son un componente primordial que incluye el ser constante, el usar el refuerzo positivo como negativo, enseñar destrezas de soluciones de problemas y destrezas de comunicación.

La práctica y modelamiento de actividades, ayudan a comprender mejor a estos niños el cambio que se espera de ellos y facilitar su aplicación en la vida cotidiana.

El Marco Filosófico que sustenta este informe es el Conductismo Operante de Skinner, donde se expondrán los conceptos básicos y su aplicación en el tratamiento de los Problemas de Aprendizaje por TDA-H.

Posteriormente se mencionarán los antecedentes y conceptualización de los Problemas de Aprendizaje por TDA-H, así como su etiología y se pueda comprender mejor la labor diaria que desempeño con estos niños al aplicar el programa de tratamiento específico diseñado para su recuperación, pues como se ha mencionado el papel del terapeuta es fundamental en el tratamiento de Problemas de Aprendizaje por TDA-H, ya que él es el responsable de diseñar las estrategias de terapia y mantener comunicación con los padres del niño, neurólogo, psicólogo y profesores, proveyendo a cada uno de ellos de la información necesaria para el mejor manejo del paciente. Del mismo modo, recibe de ellos retroalimentación que le permite fortalecer, conducir, evaluar y en su caso reorientar el tratamiento.

En el siguiente capítulo se menciona el marco referencial de la Clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco Camino, así como las funciones de los profesionistas que ahí laboramos.

Después describiré la actividad laboral, explicando cada una de las áreas del programa de tratamiento que aplico a los niños con Problemas de Aprendizaje por TDA-H.

Por último mencionaré la relación de la actividad laboral y la formación profesional, así como las conclusiones que se derivarán del presente informe los cuales ayudarán a los pedagogos que laboran como terapeutas de aprendizaje para aclarar dudas que constantemente enfrentamos.

CAPÍTULO 1

EDUCACIÓN ESPECIAL

1.1 Concepto

En la actualidad el concepto de educación especial está sufriendo diferentes cambios que afectan los aspectos teóricos, prácticos, metodológicos, de la vida social y en los planteamientos educativos necesarios para afrontar las situaciones que aparecen a diario.

Por costumbre se ha venido relacionando a la educación especial, desde el punto de vista pedagógico, con personas que presentaban algún tipo de discapacidad, deficiencia o anomalía que les impedía su desarrollo normal y aprender los contenidos con los métodos habituales. El niño diagnosticado con discapacidad, deficiencia, etc., era canalizado a instituciones específicas. Por lo tanto se puede definir la educación especial como: El apoyo de servicios educativos que ofrece técnicas, estrategias, metodologías, conocimientos y recursos pedagógicos, a personas con necesidades educativas especiales, con discapacidad o sin ella, de carácter temporal o permanente, otorgados en instituciones escolares u otros lugares, con el fin de asegurar un proceso educativo integral, flexible, abierto y dinámico. Concretando es “La atención educativa prestada a los alumnos que presentan algún tipo de deficiencia física, psíquica, social, cultural, etc., que les impide realizar sus aprendizajes siguiendo el ritmo del resto de los alumnos.”¹

Se han utilizado algunos términos asociados a la educación especial, desde el punto de vista pedagógico: “Pedagogía curativa... Pedagogía correctiva... Pedagogía especial... Pedagogía terapéutica... Enseñanza especial... Didáctica diferencial y

¹ LOU Royo, María Ángeles y Natividad López. Bases psicopedagógicas de la educación especial. P. 22.

especial... Didáctica especial diferenciada... Didáctica Curativa / Terapéutica.”² Sin embargo <educación especial> es un término que engloba a todas las demás ya que “... ésta es la expresión más adecuada y además responde a la tendencia actual, como queda patente en el ámbito administrativo y legislativo.”³

Como ya se mencionó, este concepto ha cambiado, ya no se habla de niños impedidos, disfuncionados, con limitaciones, etc., al contrario, son alumnos que hay que atender de acuerdo a sus características, en forma individual, en la escuela, en el salón de clases, usando métodos adecuados para facilitarles su aprendizaje y conocimiento, para un adecuado desarrollo personal y así integrarlos a la sociedad.

1.2 Antecedentes

En este breve recorrido histórico se trazarán, en primera instancia, las grandes líneas que dieron lugar al nacimiento de la Educación Especial, a los centros específicos asistenciales de tratamiento que surgieron en diferentes contextos geográficos y de la misma forma se describirá la evolución histórica de la Educación Especial en el ámbito mundial. El concepto de Educación Especial actual ha sufrido un largo proceso, con diversidad de acepciones a través de los tiempos.

En la Edad Media los hijos con deficiencia mental quedaban bajo la disposición de los padres, quienes en cumplimiento de las exigencias sociales y de las constantes situaciones bélicas de los pueblos, se veían obligados a sacrificarlos, tanto los deficientes congénitos como los ancianos e inválidos. En otros países, en oposición a esto, se veneraban las deformaciones como en Egipto o México, las cuales eran consideradas como manifestaciones del mal o del bien. A finales del Renacimiento, aparecen las primeras experiencias respecto a la educación especial, con el tratamiento de los sordos llevado a cabo por Fray Ponce de León. El siglo XVII se caracteriza por una gran marginación de todas las personas con algún tipo de deficiencia. Sin embargo, a mediados de este siglo el maestro español Jacobo Pereira

² Ídem. P. 22.

³ Íbidem. P. 23.

que vive en Francia y su amigo Rousseau, se interesan por los sordomudos, enseña el lenguaje e inventa una sencilla maquina que permite hacer simples cálculos matemáticos.

Desde la Ilustración a la Revolución Francesa se producen dos avances muy importantes, se crea la primera escuela pública para la educación de sordomudos y la educación de ciegos, que terminó con la creación de un instituto para niños ciegos en París. La historia Moderna de la educación especial y el tratamiento del deficiente mental se inicia con Jean Marc Gaspard Itard, que en 1800, enseñó al Niño Lobo de Aveyron, durante cinco años intensivos, los rudimentos del lenguaje y de la conducta, con lo que demostró que el niño deficiente mental puede ser “educado”.

En el mismo período de tiempo, en los Estados Unidos, se funda en Boston la Escuela Perkins para ciegos y otra para sordos; unos años más tarde, fue fundado el reconocido Pennsylvania Training School, dedicado al tratamiento de la deficiencia mental. La primera clasificación de Deficiencia Mental o Retardo Mental fue realizada por el psicopedagogo belga Ovide Decroly, asimismo, elaboró métodos de enseñanza de la lecto-escritura y fundó el Instituto Laico de Enseñanza Especial.

En esa misma época, se inician las primeras aulas especiales para deficiencia mental en las escuelas públicas suizas. A comienzos del siglo XX en la Edad Contemporánea se produce un cambio respecto a la consideración de la deficiencia apareciendo los primeros intentos de tratamiento específico y proceso educativo, surgiendo dos tipos de instituciones claramente diferenciadas: la del tipo médico y las del tipo educativo, donde se incorpora la aplicación de pruebas con efectos clasificatorios.

En Francia, se elabora el test de inteligencia conocido como el Binet-Simon, que más tarde sería revisado y adaptado a los Estados Unidos por Terman (Test Stanford-Binet), el cual ha sido un referente básico para la catalogación, clasificación y ubicación de las personas con respecto a los procesos educativos y a los estilos de vida.

Son muchos los pedagogos que se han interesado por la educación especial, llevando al terreno de la Didáctica y de la Organización Escolar los principios de la investigación psicológica, sociológica y psicométrica.

Se destaca a Decroly, impulsor del principio de la globalización, a Montessori que comienza sus trabajos “con los niños que tenían retraso mental y problemas para aprender y posteriormente los aplica a sujetos en edad preescolar “⁴ y Marianne Frostig que creó un Método de Evaluación de la Percepción Visual; otros autores desarrollaron técnicas para remediar los problemas de la lectura, investigaron bases neurológicas de las Dificultades de Aprendizaje, consiguiendo importantes logros e introduciendo avances desde el punto de vista de la metodología y de la utilización de recursos adecuados, surgiendo a partir de este momento “ grupos perfectamente diferenciados (sordos, ciegos, síndrome de Down parálisis cerebral, etc.) que se institucionalizan en función de las características de los sujetos buscando sus propias cauces y estudiando las metodologías e intervenciones más adecuadas, en cada caso.”⁵

Los cambios más importantes de la Educación se han producido a finales de los setenta y comienzos de los años ochenta. En este período histórico se inicia la escolarización integrada de alumnos normales y discapacitados. Los alumnos con discapacidades hasta entonces segregados, fueron admitidos en el sistema educativo público como alumnos con necesidades educativas especiales.

1.3 Educación Especial en México

Actualmente vivimos cambios importantes con respecto a la Educación Especial, por lo que es indispensable considerar los inicios de esta educación en nuestro país. Desde 1867 la educación para niños con requerimientos especiales ha luchado por tener un espacio tanto en el ámbito formal dentro de la política educativa como en la creación de centros de atención.

⁴ Buscador de yahoo.com.mx

⁵ LOU Royo. Op. Cit. P. 28.

Así pues, su historia se ve conformada por esfuerzos y logros encaminados a consolidar un sistema educativo para niños con necesidades especiales. En México la Educación Especial dió inicio hace dos siglos, formando parte del Estado, siendo presidente el Lic. Benito Juárez, quien en 1867 al restaurarse la República Mexicana recibe la administración en un estado muy deteriorado y obligado por las circunstancias se tiene la necesidad de crear la primera Escuela Nacional de Sordos, convirtiéndose así en la primera iniciativa para atender a niños con necesidades especiales, creando tres años más tarde con carácter de institución particular por el filántropo Ignacio Trigueros, la Escuela Nacional de Ciegos en el año de 1870 y el 1914 empieza a funcionar la primera escuela para deficientes mentales en la ciudad de Guanajuato por iniciativa del Dr. José de Jesús González.

En el Distrito Federal se crearon dos escuelas de orientación para varones y para mujeres entre los años de 1919 y 1927; además en la Universidad Nacional Autónoma de México se empezaron a dar cursos de capacitación y experimentación pedagógica para la atención de deficientes mentales. Asimismo el profesor M. Lima funda en Guadalajara una escuela para débiles mentales.

Desde 1929 el Dr. José de Jesús González planteó la necesidad de crear una escuela modelo en la Ciudad de México pero fue en 1932 que este proyecto se concretizó por las gestiones del Dr. Santamarina.

Gracias a la iniciativa del Dr. Santamarina y del maestro Lauro Aguirre se creó el departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar, dependiente de la Educación Pública, con la finalidad de realizar estudios referentes a las constantes de desarrollo físico y mental de los niños mexicanos. Debido a la importancia de los resultados que se generaron se decidió darles seguimiento y se creó un centro de investigación. Como consecuencia de estas investigaciones se fundó la Escuela de Recuperación Física.

En 1935 se empezó a ver la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país, por lo que el Dr. Roberto Solís Quiroga planteó su iniciativa

al Ministro de Educación Pública, logrando que se incluyera un apartado referente a la protección del Estado hacia los deficientes mentales en la Ley Orgánica de la Educación. En este mismo año el Dr. Solís Quiroga fundó y dirigió el Instituto Médico Pedagógico para atender niños con deficiencia mental. En 1937 se funda la Clínica de la conducta y la Ortolalia funcionando durante casi 20 años en el país únicamente estas instituciones de carácter oficial.

La educación especial planteó una nueva necesidad, se requería de gente especializada para trabajar con niños con necesidades especiales. Para ello en 1941 el Dr. Solís Quiroga propuso al Ministro de Educación la creación de una escuela de especialización de maestros en educación especial y en 1943 inicia actividades la Escuela de Formación Docente la cual contaba con dos carreras: la de maestros especialistas en Educación de Deficientes Mentales y la de Menores Infractores. En 1945 se agregaron dos planes académicos: el de maestros especialistas en Educación de Ciegos, el de sordomudos y para 1955 se contaba con la carrera de especialista en el Tratamiento de Lesionados del Aparato Locomotor.

En Oaxaca se fundó una escuela de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas, a cargo de la profesora Odalmira Mayagoitia. En este nuevo período las tareas se orientaron hacia el estudio de la atención temprana de los niños deficientes mentales, creándose cuatro escuelas Primarias de Perfeccionamiento en 1960 y dos más en 1961.

En 1962 se inauguró en Veracruz una escuela para niños con problemas de aprendizaje y se crearon la Escuela Mixta para Adolescentes, así como dos Centros por Cooperación. En total se abrieron diez escuelas en el Distrito Federal y doce en el interior de la República Mexicana.

En México, en la década de los años setenta se logró por decreto presidencial la creación de la Dirección General de la Educación Especial. Dicho decreto establecía que: "...a la Dirección General de Educación Especial, dependiente de la Subsecretaría de Educación Básica, correspondía organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos, y la formación de maestros

especialistas...”⁶ En este período se empezó a trabajar con Grupos Integrados en el Distrito Federal y Monterrey, se abrieron los primeros Centros de Rehabilitación y Educación Especial, y se crearon las primeras Coordinaciones.

En el período de 1976-1978 “... se consolidó la experiencia de los grupos integrados y los CREE (Centros de Rehabilitación y Educación Especial), y continuó la instalación de Coordinaciones en el Distrito Federal y los estados... Se extendió la creación de coordinaciones en todo el país. La última se creó en el estado de Morelos, en septiembre de 1979.”⁷ Los cambios más importantes de la educación se han producido a finales de los setenta y comienzos de los ochenta. En este periodo histórico se inicia la escolarización integrada de alumnos normales y discapacitados. Los alumnos con discapacidades hasta entonces segregados, fueron admitidos en el sistema educativo público como alumnos con necesidades educativas especiales. En 1993 se promulga la Ley General de Educación, donde de manera oficial se considera un sistema de apoyo a la educación básica, encargado de atender las necesidades educativas especiales de todos los alumnos con discapacidad. Esta condición define a la educación especial como una modalidad de la educación básica y marca el fin de la estructura paralela dentro del Sistema Educativo Mexicano.

Por otra parte, en el Artículo 41 de dicha ley señala la necesidad de propiciar la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje a los niños con discapacidad y las necesidades educativas especiales y marca una estrategia de integración educativa.

ARTÍCULO 41

“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes, Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social.

⁶ SEP. Dirección General de Educación Especial. La educación especial en México /8. P. 17.

⁷ Ídem. P. 18.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación.”⁸

Lo anterior, incluye tanto a los alumnos que presentan alguna discapacidad, como aquellos que sin mostrar algún signo de discapacidad presenta alguna necesidad educativa especial, es decir, que manifiestan dificultad en la adquisición de los contenidos inscritos en el programa regular, en algún momento de su vida escolar y que requiere de las diferentes estrategias y recursos para aprender.

Otro antecedente, se encuentra en la política internacional, como en la celebración de la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales Acceso y Calidad (1994) en Salamanca, España, auspiciada por la UNESCO, donde se promovieron cambios fundamentales de la política educativa, para privilegiar el enfoque de educación integradora, en la cual los representantes de 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales ahí reunidas proclamaron entre otras, lo siguiente:

“Los sistemas educativos deben ser diseñados y los programas aplicados de modo tal que tengan en cuenta toda la gama de esas diferentes características y necesidades. Las personas con necesidades educativas especiales deben tener acceso a las escuelas ordinarias, que deberán integrarlos a una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer esas necesidades.”⁹

En definitiva, el concepto está íntimamente relacionado con las ayudas pedagógicas que determinados alumnos requieren para su desarrollo y crecimiento personal; en este sentido, se considera a los niños con necesidades educativas especiales no sólo a aquellos que presentan determinadas limitaciones para el

⁸ Poder Ejecutivo Federal “Ley General de Educación”. Diario Oficial. P.4.

⁹ UNESCO Declaración de Salamanca en “Informe Final Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales Acceso y Calidad “. P. 2.

aprendizaje, con carácter más o menos estable, sino también a todos aquellos que pueden necesitar ayuda para regular o encauzar de una manera normal su proceso de aprendizaje.

La integración tiene un carácter temporal, instructivo y social, teniendo como objetivo último la satisfacción de las necesidades de aprendizaje respetando en todo momento las individualidades con el propósito de elevar la calidad educativa y fomentar la equidad social.

CAPÍTULO 2

DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

2.1 Antecedentes

El estudio del TDA-H partió de un enfoque médico, el cual sigue vigente en la actualidad con aspectos conductuales y cognitivos que han enriquecido la comprensión de este problema; aunque los primeros datos sobre hiperactividad aparecieron en la segunda mitad del siglo XX, fue el médico inglés G. F. Still quien describió sistemáticamente las características del síndrome en el año de 1902. Still definió la hiperactividad como “fallos en el control moral” que no pertenecían a deficiencias intelectuales. También relacionó, como síntomas asociados los problemas de atención, la mentira, el robo, una aparente reducción de la sensibilidad al castigo, inmadurez, problemas emocionales y una elevada frecuencia de anomalías físicas sin importancia. Para Still la etiología más probable del trastorno era la genética con un pronóstico poco alentador, recomendando que los hiperactivos fueran institucionalizados desde muy pequeños.

El enfoque predominante en la primera mitad del siglo XX, consideró que la hiperactividad estaba causada por una alteración neurológica debida a algún tipo de lesión cerebral. El psiquiatra infantil Laufer y el neuropediatra Denhoff realizaron una descripción sistemática del síndrome hiperkinético, definiendo al trastorno como “un defecto en el diencéfalo caracterizado por una sensibilidad inadecuada del sistema nervioso central a los estímulos que constantemente se emiten desde los receptores periféricos y desde los órganos internos presentando como síntomas primarios la excesiva actividad, períodos cortos de atención, escasa concentración, impulsividad e incapacidad de demorar las gratificaciones y problemas escolares.”¹⁰

La dificultad para comprobar la existencia de un daño neurológico como factor causante de la hiperactividad provocó un cambio en la consideración de este trastorno.

¹⁰ NICASIO García, Jesús. Instrucción, Aprendizaje y Dificultades. P. 319

A partir de los años 60 se empiezan a distinguir planteamientos distintos de las comunidades médica y educativa que siguen adecuadamente manteniéndose en la actualidad. Desde la medicina, se sustituye la interpretación de la hiperkinesia como “un trastorno del comportamiento resultante de un daño cerebral, por el concepto de disfunción cerebral mínima” ¹¹ y se asemeja a un modelo médico. Por el contrario, en el enfoque psicológico y pedagógico, la falta de evidencia del síndrome médico junto a la asistencia generalizada de los niños a las escuelas y el impulso de los programas de educación especial de Norteamérica, condujo a la búsqueda de una definición de carácter más funcional y que hiciera más hincapié en los aspectos del comportamiento del problema. Desde esta visión educativa, el aspecto central son los aspectos en las dificultades en los aprendizajes escolares y del lenguaje que suelen presentar los niños con TDA-H. Los psicólogos y pedagogos caracterizaron la hiperactividad como un trastorno del comportamiento en el que la actividad excesiva fue el aspecto más destacable, definiéndose la hiperactividad como “un grado de actividad motora diaria claramente superior a la normal en comparación a la de niños de sexo, edad y estatus socio-económico y cultural similares.” ¹²

El DSM-II, la primera clasificación de diagnóstico que contempla este problema, adopta este cambio de orientación al denominar al síndrome “Reacción Hiperquinética en la Infancia y la Adolescencia”. No hay referencias en el DSM-II a bases orgánica, sencillamente se destacan como manifestaciones principales la hiperactividad, la inquietud y un período corto de atención, especialmente en niños pequeños, disminuyendo los síntomas generalmente en la adolescencia.

Hacia los años 80 se acentúan las dimensiones cognitivas del trastorno. Virginia Douglas argumentó que “la principal dificultad de los niños hiperactivos no es el excesivo grado de actividad sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad.” ¹³ Según esta autora, la insuficiencia autorreguladora sería la que explicaría la mayoría de los problemas asociados que experimentan estos niños.

¹¹ Ídem

¹² Ídem

¹³ Íbidem. P. 320.

El DSM-III, también asumió el nuevo enfoque del síndrome, denominándolo “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDA-H) y dando tres criterios de diagnóstico principales: hiperactividad, inatención e impulsividad. Además contempló como trastorno, el Déficit de Atención sin Hiperactividad que no tenía equivalente en el DMS-II y se caracterizaba por problemas importantes de inatención e impulsividad.

El TDA-H se materializa actualmente en el DSM-IV, ya que los síntomas deben valorarse como manifestaciones extremas con relación a la edad y género del niño, deben mantenerse al menos durante seis meses e iniciarse antes de los siete años, y debe provocar desajustes en contextos distintos, como la escuela, el hogar y grupo de compañeros.

Es evidente que, con los criterios de diagnóstico más exigentes del DSM-IV, el trastorno queda mejor delimitado y el porcentaje de hiperactividad quedarán reducidas, permitiendo identificar un síndrome desadaptativo apoyado por una gran mayoría de los trabajos de investigación.

En lo que se refiere a los problemas de aprendizaje derivados del TDA-H, durante este período, se establecieron programas y se formó a los maestros para ir más allá de la mera corrección de los problemas de lectura, así como para instruir a los alumnos que tenían problemas de procesado de información que les dificultaba el dominio de la lectura, escritura, ortografía y/o las matemáticas, a pesar de ser inteligentes, sanos y emocionalmente estables. Junto con las dificultades para adquirir los niveles académicos básicos, estos niños poseían un nivel de atención muy bajo, problemas de distracción y dificultades para concentrarse. Algunos eran hiperactivos, otros hipo activos. Una mínima parte no podía controlar en absoluto su atención. Se formaron especialistas en discapacidad de aprendizaje que enseñaban según varios métodos, pero casi siempre centrados en la lectura, y muy pocos se basaban en el lenguaje escrito.

Durante los veinte años siguientes había muy pocos niños medicados y la mayoría estaba diagnosticado con discapacidades de aprendizaje; la hiperactividad y falta de atención se asociaban a su discapacidad de aprendizaje, sin embargo el comportamiento escolar del alumno con problemas de concentración y organización mostraba claramente que sus problemas de atención no eran la causa principal de sus dificultades académicas. A otros niños "... con problemas de concentración y organización se les dio el calificativo de hiperactivos. Se trataba de los jóvenes que saltaban de las vigas. Estaban fuera de control y su comportamiento era intolerable."¹⁴ Únicamente los niños con este diagnóstico se les medicaba.

Ya para 1980 se empezó a utilizar el término de déficit de atención con hiperactividad que no era muy frecuente.

En los siguientes 10 años a muchos niños se les diagnosticó un trastorno de déficit de atención unido a su discapacidad de aprendizaje; en este período, el déficit de atención, se fue haciendo más común hasta que resultó evidente que la mayoría de los niños diagnosticados tenían problemas en la ortografía, las matemáticas la expresión escrita y comprensión de lectura.

Hacia 1990 los médicos que investigaban el trastorno de déficit de atención y los investigadores que estudiaban las discapacidades de aprendizaje, se dieron cuenta que no eran dos trastornos diferentes ya que ambos grupos requieren adaptaciones que les ayuden a superar las dificultades de concentración y organización y ambos requieren de corrección en ortografía, caligrafía, expresión oral y escrita.

Los problemas de aprendizaje, que pueden constituir el cuadro conocido como fracaso escolar, se puede constatar en un 20 a 40% de los niños con TDA-H; una vez iniciada la escolaridad se aprecia las dificultades para la lectura y la escritura, con el cambio de letras e incluso en el orden de las sílabas, problemas conocidos como

¹⁴ SUZANNE H, Stevens. Dificultades en el aprendizaje. P.10

dislexia y disgrafía, aunque se tiende a incluir ambos trastornos en el concepto de dislexia, parece que dichas dificultades se derivan del problema para mantener una atención selectiva, diferentes de la incapacidad para mantener una atención global, de forma sostenida, cuyo origen parece estar en una disfunción cerebral. Sin embargo, en los últimos años se están aportando datos objetivos de imagen que demuestra de forma cada vez más evidente la importancia del cerebelo en el proceso integral de la lectura.

Cuando se han llevado a cabo estudios e investigado los signos de TDA-H, se han visto que entre el 41 y el 80% presentaban comportamiento hiperactivo, así como dificultades para la coordinación motriz y problemas de lenguaje. Las principales dificultades para el aprendizaje de los niños con TDA-H se dan principalmente en las matemáticas; las cuales se han identificado con una menor comprensión de la lectura que puede derivarse de la incapacidad para mantener la atención y, por ello de la facilidad para “perdersé” mientras se está leyendo o escuchando el enunciado. No cabe duda de que una buena parte de los niños con TDA-H requieren ayuda externa por parte de los profesores en la materia para sacar adelante las matemáticas.

2.2 Concepto de Problemas de Aprendizaje

Para hablar de los Problemas de Aprendizaje, es necesario partir algunos puntos fundamentales del proceso pedagógico. Debido a la amplia conceptualización que se tiene sobre los problemas de aprendizaje dada por la multitud de enfoques profesionales e investigadores dependiendo de sus raíces. Hace tiempo se realizaron revisiones a las publicaciones especializadas, señalando una posible clasificación a las definiciones, al menos en tres tipos:

- A) “**Definiciones etiológicas:** Caracterizadas por describir síntomas relacionados con causas inferidas o conocidas y que poseen una base conceptual amplia.
- B) **Definiciones operativas:** Son las que establecen un criterio operativo de éxito o de fracaso en el proceso de aprendizaje del sujeto, siendo una función de

incapacidad para enfrentarse con éxito a las demandas que se le plantean en la escuela de manera que el grado de incompetencia académica con relación a sus compañeros constituye la evidencia de que existe un problema de aprendizaje. Esta definición se puede determinar la existencia de cuando un niño presenta problemas al realizarse una prueba estandarizada y se encuentra dos años por debajo de su nivel de grado.

C) **Definiciones legales:** Son las que hacen referencia a criterios de carácter administrativo y como no se dispone de una definición específica que concrete el campo de las dificultades refiriéndose básicamente a la educación especializada manejando como una subárea de la educación especial, sino a todos los niños que requieran ayuda y apoyo para poder continuar la escolarización normalizada en los centros públicos”.¹⁵

Sin duda alguna el concepto “Dificultades de Aprendizaje” es uno de los más polémicos en psicopedagogía.

Son más de cincuenta las denominaciones que se han utilizado para referirse a esta patología.

La clásica definición adoptada por el National Advisory Committee of Handicapped Children (Comité Nacional Asesor pro Niños impedidos) de los Estados Unidos en 1970 demuestra que en realidad, no se conoce cual es la naturaleza de los Dificultades de Aprendizaje, dado que la definición se hace por exclusión, tal y como puede observarse a continuación:

“Los niños con trastorno de aprendizaje exhiben alteraciones en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en la comprensión o la utilización de los lenguajes hablado y escrito. Tales alteraciones se manifiestan en trastornos de la atención, el pensamiento, el habla, la lectura, la escritura, el deletreo o la aritmética.

¹⁵ AGUILERA, Antonio. Introducción a las dificultades de aprendizaje. P. 62.

Incluyen cuadros denominados defectos preceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia, afasia del desarrollo etc.

No incluyen, en cambio, problemas de aprendizaje debidos principalmente a defectos visuales, auditivos o motores, a debilidad mental, a alteraciones emocionales, o a problemas ambientales.”¹⁶

Esta definición es probablemente la que más se usa hoy al referirse a los niños que requieren de los servicios especiales en caso de dificultades en el aprendizaje; la interpretación que se le ha dado a los problemas de aprendizaje se mal entiende con respecto al retraso escolar sin dejar de separarlos. Los problemas de aprendizaje, se presentan en los niños y niñas que muestran alguna perturbación en los procesos psicológicos, fundamentalmente relacionados con el lenguaje hablado, escrito o matemático; son condiciones que se han definido como impedimento de tipo perceptual, lesiones cerebrales, inmadurez, etc.

Se revelan cuando el niño tiene dificultades para discernir, memorizar por tiempos cortos y otras funciones fundamentales de bases neurológicas que provocan déficit en el procesamiento perceptual produciendo incapacidad para el aprendizaje.

Los diferentes enfoques que se han dado a través de la historia, se inician con el enfoque neuropsicológico, continuando con los de corte cognoscitivo, y por último holístico, señalando que los diferentes enfoques que abordan los Problemas de Aprendizaje han seguido evolucionando. Sin dejar de mencionar la importancia que uno sea o no, cada uno presenta un sustento teórico con resultados interesantes de investigación.

2.3 Concepto de Déficit de Atención e Hiperactividad

En la actualidad, el TDA-H afecta aproximadamente a un segmento que va del 3 al 5 por ciento de la población en el nivel de educación primaria, del cual entre el 80 y 90 por ciento son varones. Este trastorno representa también la categoría más elevada

¹⁶ NICASIO G. Op. Cit. P. 146.

de referencias psicológicas recibidas en las clínicas y otras instalaciones relacionadas con la salud.

La afección conocida como TDA-H tuvo antes varios nombres como: hiperactividad, reacción hiperquinética a la niñez, síndrome hiperkinético, disfunción cerebral mínima, síndrome del niño hiperactivo y otros.

La hiperactividad es un trastorno de la conducta de los niños que se manifiesta por medio de una intensa actividad motriz; son niños que están en constante movimiento, sin que toda esta movilidad tenga un propósito; van de un lado a otro, comienzan alguna tarea y la abandonan rápidamente para realizar otra, que a su vez, vuelven a dejar incompleta. Este padecimiento aumenta en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones, y disminuye cuando están solos. Generalmente los individuos con este desorden se muestran, ante los demás, como escasos de auto-control, dejándose llevar con frecuencia por sus emociones. Son problemáticos, poseen un espíritu destructivo, son indiferentes a los castigos, inquietos y nerviosos. Su comportamiento genera conflictos en la familia, desaprobación y rechazo.

El principal trastorno de un niño hiperactivo es el déficit de atención que es la dificultad para estar atento durante mucho tiempo, esto ocasiona problemas de rendimiento en la escuela, no obstante, de poseer un coeficiente intelectual normal.

Según la DSM-IV, la tercera clasificación de diagnóstico y clasificación dada por la Asociación Psiquiátrica Americana emitida en el año de 1994 el TDA-H "es un trastorno caracterizado por déficit de atención, interpretado como un estilo de conducta de cambio frecuente en las actividades; impulsividad, entendida como un estilo de conducta demasiado rápido y precipitado, y exceso de actividad o movimiento en situaciones que requieren calma. El DSM-IV a diferencia del anterior sistema de diagnóstico, incluye dos apartados paralelos de síntomas, referidos a manifestaciones

de inatención, escasa concentración y desorganización contra manifestaciones relacionadas con hiperactividad e impulsividad.”¹⁷

Este concepto clasifica los síntomas de los trastornos de atención en dos factores:

- 1) Inatención-desorganización.
- 2) Hiperactividad motriz-impulsividad.

En función de estos resultados, se derivan tres tipos de diagnóstico de trastorno de atención:

- A) Un subtipo de TDA-H predominantemente inatento, que se aplica a aquellos casos que cumplan al menos seis de los nueve síntomas del apartado de inatención.
- B) Un tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, aplicable a los niños que reúnan al menos seis de los nueve síntomas del apartado de hiperactividad-impulsividad.
- C) Un tipo combinado, en el que se encuentra la mayoría de los niños con este trastorno, para los que cumplan con ambos criterios.

El primer subgrupo vendría a corresponderse con el Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad y el tercero con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad pero no existe concepto para el subgrupo hiperactivo-impulsivo.

Los criterios diagnósticos que se utilizan para valorar a un niño con TDA-H son:

- ❖ La observación clínica. Para establecer el diagnóstico como bases firmes basta con realizar una entrevista con los padres y en ocasiones con los maestros; otra con el niño y observar cuidadosamente su comportamiento, habilidades e impedimentos.
- ❖ Examen neurológico.
- ❖ Examen electroencefalográfico.
- ❖ Examen psicológico.
- ❖ Estudio pedagógico.
- ❖ Examen de la visión y de la audición.

¹⁷ Íbidem. P. 321

2.4 Etiología

En la actualidad se desconocen las causas directas, la etiología de este trastorno aún no es del todo clara; existe la tendencia justificada por múltiples investigaciones, de que el TDA-H tiene su origen en una carga genética hereditaria y en la interacción anormal entre varios neurotransmisores que son las sustancias químicas que se encargan de la transmisión de las señales desde una neurona hasta la siguiente. Especialmente se identifica a la dopamina que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central como el más involucrado; este neurotransmisor cerebral se relaciona con las funciones motrices, las emociones y los sentimientos de placer; así como la noradrenalina neurotransmisor principal del sistema nervioso y la serotonina que es un estabilizador del sistema nervioso central e interviene en diversas funciones como el sueño, la percepción sensorial, actividad motora y apetito; por esta razón se afirma que se nace con este trastorno, no es adquirido a lo largo de la vida por lesión, ni es curable por que no se trata de enfermedad, pero si es muy factible mediante un diagnóstico y manejo apropiados ayudar al individuo a superar las dificultades que este trastorno trae consigo y vivir con él de una manera más digna y funcional.

Los avances diagnósticos están evidenciando cada vez más con mayor intensidad que la etiología del TDA-H se deriva como “... una perturbación de origen neurobiológico o por transmisión genética.”¹⁸

De acuerdo con los estudios realizados, en los últimos años, mediante técnicas de formación de resonancia magnética, es posible que exista un mal funcionamiento en ciertas regiones cerebrales. Los estudios sugieren la implicación de la zona prefrontal del cerebro, una zona del cerebelo y los ganglios de la base; estos hallazgos encajan con los estudios neuropsicológicos que demuestran que dichas zonas están relacionadas con el retraso de las respuestas automáticas (impulsivas) y con la regulación de la atención.

¹⁸ VILLEGAS Leonel. “Hiperactividad Infantil” Notipharma. P.1.

Los factores no genéticos relacionados son: los riesgos perinatales (tabaco, alcohol, drogas consumidas durante el embarazo); las complicaciones en el momento del parto que dan lugar a lesiones cerebrales, especialmente en las zonas prefrontales y exposición a altos niveles de plomo en la gestación. Pero estos factores juntos, sólo pueden explicar el 30% de los casos.

Los estudios valoraron los ambientes familiares desorganizados o la psicopatología paterna. Las pruebas indican que no son la causa, pero pueden influir en el aumento de la gravedad de los síntomas y el riesgo de presentar perturbaciones asociadas (problemas emocionales, conductas inadecuadas, dificultades de aprendizaje).

La hiperactividad es mucho más frecuente en niños que en niñas, los niños son por lo general, más activos desde el punto de vista físico y también son más impulsivos que las niñas, por lo que estas características pueden ser fácilmente exageradas.

Parece que el cerebro de un niño se desarrolla más lentamente que el de una niña. Los lados derecho e izquierdo del cerebro de un niño también muestran menos conexiones entre ellos; un lado del cerebro maneja el lenguaje y el razonamiento, el otro tiene que ver con el movimiento, las emociones y la percepción del espacio y la posición, ambas mitades se comunican entre sí a través de nervios conocido como cuerpo calloso, el número de estos nervios es proporcionalmente menor en los niños, y mucho menor en niños con TDA-H.

Los niños varones tienen más problemas escolares que las niñas. Una de las razones parecen estar predeterminados genéticamente o, cuando menos, existe una predisposición, en cierto modo ligado al sexo, que los hace más comunes en los varones. “Los niños están sujetos a mayores traumatismos prenatales, perinatales y

postnatales, es probable que los daños sufridos en esas épocas acentúen la preponderancia de los problemas del poder cognitivo en los varones.”¹⁹

Debido a que las niñas tienen más conexiones entre ambos lados del cerebro, tal vez les resulte más fácil encontrar nuevos patrones donde no hay daño cerebral alguno, esto puede ayudar a explicar porqué los niños tienen más tendencia a presentar desórdenes tales como la dislexia, TDA-H, autismo, etc.

Otras razones de por qué el TDA-H es más común en los niños son la hormona masculina testosterona, que tiende a hacer más agresivos y más activos físicamente a los niños, y estas son características que se incrementan cuando hay TDA-H.

Indudablemente todos los resultados hasta la fecha apuntan predominantemente al metabolismo de la dopamina, las vías dopaminérgicas y los mecanismos de acción de la misma como factores de gran peso en la fisiopatología de la clínica características del niño hiperactivo. Hasta la fecha, el diagnóstico queda relegado a la clínica y a la experiencia en el juicio clínico.

Los problemas de aprendizaje, que pueden constituir el cuadro conocido como fracaso escolar, se puede constatar en un 20 a 40% de los niños con TDA-H, previamente, en los años que siguen a la escolaridad, ya se han observado problemas en la comprensión o en la emisión del lenguaje. En muchos de los niños ha sido preciso un tratamiento logopédico; una vez iniciada la escolaridad se aprecia las dificultades para la lectura y la escritura, con el cambio de letras e incluso en el orden de las sílabas, problemas conocidos como dislexia y disgrafía, parece que dichas dificultades se derivan del problema para mantener una atención adecuada.

Cuando se han llevado a cabo estudios en sentido inverso, es decir, cuando se han investigado los signos del TDA-H en sujetos con dificultades para el aprendizaje, se ha visto que algunos presentaban comportamiento hiperactivo.

¹⁹ KINSBOURNE, Marcel. Problemas de atención y aprendizaje en niños. P. 25.

Las principales dificultades para el aprendizaje de los sujetos con TDA-H se dan principalmente en las matemáticas, y a continuación en español, inglés y ciencias, ello se ve en la edad adulta: son muy pocos los científicos que presentaron este cuadro en las etapas infantil y juvenil y, en mayor o menor grado, siguen mostrando algunos signos en la edad adulta, mientras que abundan los literatos y artistas de todo tipo, es decir los que utilizan su inspiración e ingenio, pero cuyas obras no requieren de una elaboración exacta ni de un esfuerzo continuo.

Es muy difícil que un sujeto con TDA-H lleve a cabo una labor de investigación científica y escriba trabajos bien razonados, pero en cambio, es capaz de pintar una magnífica obra o de escribir una novela muy ingeniosa; las dificultades para el aprendizaje de las matemáticas se han identificado con una menor comprensión de la lectura que puede derivarse de la incapacidad para mantener la atención y, por ello de la facilidad para “perdersé” mientras está leyendo o escuchando el enunciado.

No cabe duda de que una buena parte de los niños con TDA-H requieren ayuda extra por parte de los profesores, psicólogos y pedagogos, para sacar adelante las materias donde presentan dificultades y superar sus problemas académicos.

2.5 Conductismo

En este informe me apoyo en el paradigma Conductista, principalmente el Condicionamiento Operante de Skinner ya que este es el que sustenta el trabajo profesional en la clínica de foniatría.

El paradigma del Condicionamiento en su modalidad Operante de BARRUS Frederic Skinner (1904-1990), nació en la década de 1930 mediante numerosas investigaciones realizadas en el laboratorio que posteriormente en la década de los

años sesenta incursionó en el ámbito educativo, el cual llegó a ocupar un lugar relevante en la Psicología general.

Skinner concibe al organismo como un manajo de estímulos y respuestas, trabaja con la prueba de ensayo y error; basaba su teoría en el análisis de las conductas observables; fue quien sentó las bases para la enseñanza programada y desarrolló sus principios de análisis de la conducta sosteniendo que era indispensable una tecnología de cambio de la conducta; atacó la costumbre contemporánea de utilizar el castigo para cambiar la conducta y sugirió que el uso de recompensas y refuerzos positivos de la conducta correcta era más atractivo desde el punto de vista social y pedagógicamente más eficaz.

Este paradigma tiene una fuerte influencia de los trabajos de Pavlov y de Watson, siendo la piedra angular en la teoría conductual contemporánea del aprendizaje. El paradigma Conductista "... del aprendizaje pone especial énfasis sobre el control de la conducta mediante circunstancias que premian o refuerzan y sobre la pauta de las recompensas para influir sobre la frecuencia y la intensidad de las respuestas, concentrando sus propuestas de aplicación en el análisis de la conducta aplicada a la educación la cual puede ser explicada mediante las contingencias ambientales." ²⁰Dicho paradigma ha concentrado sus propuestas de aplicación en el análisis conductual aplicado a la educación, "se ha caracterizado por su defensa de los aspectos más radicales de la corriente conductista. Según Skinner, la conducta de los organismos puede ser explicada a través de las contingencias ambientales, y los procesos internos de naturaleza mental no tienen ningún poder causal-explicativo." ²¹

Una de las razones principales por las cuales Skinner decidió enfocarse en los hechos ambientales antes que en los internos consiste en la riqueza de información que puede obtenerse para el análisis científico que determinan la conducta.

²⁰ LELAND C, Swenson. Teorías del aprendizaje. P. 102.

²¹ HERNÁNDEZ Rojas, Gerardo. Paradigmas en psicología. P. 80.

La información de este tipo incluye tanto variables presentes en el ámbito que rodea inmediatamente al organismo como las variables relacionadas con la historia de dicho organismo. Por lo tanto, los fines del Conductismo Operante son la investigación y el análisis de las relaciones y los principios que rigen los acontecimientos ambientales y las conductas de los organismos, para que, una vez identificados, se logre objetivamente la descripción, la predicción y el control de los comportamientos.

El modelo paradigma de **Condicionamiento Operante** permite un análisis del aprendizaje de la conducta que parece emitirse más que provocarse. La **Conducta Operante**, se caracteriza por operar en el ambiente, está bajo control voluntario e incluye el comportamiento que “opera”, cambia o modifica el ambiente externo. “... para producir consecuencias... que definen las propiedades por las que las respuestas se llaman similares.” ²²

Los operantes son elementos conductuales o una serie de comportamientos semejantes que el organismo realiza en el presente o puede realizar. “El fortalecimiento de la conducta que resulta de un reforzamiento se le llama, “condicionamiento”. En el condicionamiento operante, “fortalecemos” una operante en el sentido de hacer que la respuesta sea más probable o más frecuente.” ²³ El condicionamiento operante consiste en provocar esas conductas por medio de la manipulación de los estímulos y luego reforzarlos.

Según la teoría conductista del aprendizaje, caminar, platicar, jugar, terminar tareas, escribir una carta, faltar a clase, presentar un examen, etc; son ejemplos de conducta operante.

A continuación se exponen los cuatro conceptos fundamentales que sustentan la teoría de Skinner:

²² SKINNER F, B. Ciencia y conducta humana. P. 95.

²³ Ídem.

1. **Refuerzo positivo o premio:** las reacciones recompensadas tienen mayores probabilidades de volver a ser emitidas.
2. **Refuerzo negativo:** las reacciones que liberan de consecuencias dolorosas tienden a repetirse.
3. **Extinción o no refuerzo:** las reacciones que no producen refuerzo tienen pocas probabilidades de volver a ser emitidas.
4. **Castigo:** las reacciones que acarrear consecuencias negativas o dolorosas serán suprimidas.

Se entiende por **reforzador** a "... cualquier consecuencia que incremente la probabilidad de que la respuesta a la cual sigue vuelva a ocurrir." ²⁴Skinner concibe el refuerzo como el mecanismo básico que explica la conducta y frecuentemente el producto de contingencias naturales. "Un reforzador se generaliza cuando se halla asociado con más de un reforzador primario. Un reforzador generalizado se crea por que muchos reforzadores primarios solamente pueden obtenerse después de que el medio ambiente físico ha sido manipulado eficazmente."²⁵ Un reforzador puede ser una sonrisa, una felicitación, etc.; después de que el niño realiza bien las tareas diarias, compartió algo, etc.

Reforzamiento positivo. Un **reforzador positivo** es un estímulo que cuando se presenta, incrementa la probabilidad de la respuesta o conducta a la cual sigue; fortalece cualquier comportamiento que lo produzca. Puede ser cualquier objeto o acontecimiento físico en el ambiente y frecuentemente se les llama recompensas ya que por lo general se asocia con placer.

Los **reforzadores positivos** pueden ser: comida, agua, abrigo, etc.; estos son biológicamente significativos, son de carácter primario y no son aprendidos.

²⁴ KENNET T, Henson, Eller Benf. Psicología educativa para la enseñanza eficaz. P. 208.

²⁵ SKINNER. Op Cit. 107.

El afecto, una felicitación, una sonrisa, se les considera importantes en el ámbito social, son de carácter secundario y son aprendidos. Estos no tienen importancia biológica para el individuo, pero tienen propiedades reforzantes porque se combinaron con reforzadores primarios. A esta asociación se le llama **pareamiento**.

Reforzamiento negativo. El reforzamiento negativo también fortalece la conducta, cualquier comportamiento que lo reduzca o le ponga fin. Un **reforzador negativo** "... es un estímulo que, al eliminarse, incrementa la probabilidad de la conducta a la cual sigue su eliminación." ²⁶ Esto es que el reforzamiento negativo implica que un **estímulo aversivo**, algo desagradable, se extrae del ambiente del individuo. "Los estímulos aversivos que generan gran cantidad de condiciones corporales sentidas u observadas introspectivamente, son estímulos que funcionan como reforzadores cuando se les reduce o se les extingue." ²⁷

Extinción. La extinción se produce cuando se deja de presentar el estímulo reforzante positivo como consecuencia de una determinada conducta, por lo tanto, la ocurrencia de dicha conducta disminuirá paulatinamente; esto es, la probabilidad de que esa conducta se vuelva a dar disminuirá durante un lapso de tiempo. "El no-reforzamiento de una respuesta conduce no solamente a la extinción operante, sino también a una reacción conocida como frustración o ira." ²⁸

Castigo. El castigo se confunde fácilmente con el refuerzo negativo, a veces llamado "Control aversivo". Se usan los mismos estímulos, y el refuerzo negativo podría ser definido como castigo por no comportarse, pero el castigo se destina a remover comportamientos de un repertorio, mientras que el refuerzo negativo genera comportamientos." ²⁹ Es la presentación, después de la ejecución de una conducta, de un estímulo aversivo que debilita la conducta.

Además del reforzamiento positivo, que es el proceso principal de todas las demás conductas, se mencionan otros procedimientos como:

²⁶ KENNETH. Op. Cit. 210.

²⁷ SKINNER B.F. Sobre el conductismo. P. 63.

²⁸ SKINNER. Op. Ci t. P. 99.

²⁹ SKINNER. Op. Ci t. P. 64.

❖ **Moldeamiento.** En este procedimiento se enseña la conducta deseada mediante el reforzamiento de aproximaciones sucesivas a esa conducta. Para las conductas deseadas que rara vez aparecen, se pueden reforzar conductas aproximadas, moldeando así la conducta objetivo.

❖ **Desvanecimiento.** Se quitan gradualmente las señales u otros estímulos útiles para la respuesta. Implica un cambio gradual en el estímulo presentado.

❖ **Encadenamiento.** Es el aprendizaje de conductas más complejas, que pueden enseñarse al fragmentar el acto en pequeñas conductas y enseñarlas en secuencia.

❖ **Modelamiento.** Es el proceso por el cual los individuos aprenden al imitar la conducta, observando el comportamiento de otro. Cuando se premia o castiga a otros por acciones particulares y luego el individuo modifica su conducta como si él hubiera recibido las consecuencias se llama reforzamiento vicario.

❖ **Principio de Premack.** Una conducta más frecuente, una actividad preferida, puede usarse para fortalecer una conducta menos frecuente o menos preferida. La conducta frecuente actúa como un reforzador de la conducta menos frecuente y se establece una relación de contingencia entre ellas.

❖ **Economía de fichas.** Es una técnica de común acuerdo entre maestro-alumno, donde se establece una economía de canje, de reforzadores secundarios a primarios. Los reforzadores secundarios se dan por la relación de determinadas conductas y después estos reforzadores secundarios se canjean según su interés.

En el tratamiento, el modelo terapéutico parte de la base de que el TDA-H por ser un trastorno de origen genético no es curable, sin embargo es muy factible ayudar al paciente a tener una vida funcional. Por esta razón el trabajo en terapia se orienta hacia el auto conocimiento del paciente sobre su problemática, identificando sus características que lo hacen una persona única, con capacidades distintas, haciendo énfasis en las habilidades que tiene fortalecidas. Esto con el fin de que el paciente sea capaz de reconocer en sí mismo habilidades que han sido minimizadas en el afán de trabajar con sus inhabilidades, dándole estrategias para que detecte rápidamente lo que puede y sabe hacer, así como lo que no puede hacer, pero con la posibilidad de aprender a hacerlo.

Este modelo se centra en el trabajo terapéutico del paciente para el desarrollo y fortalecimiento del área que por el trastorno se encuentra deteriorada debido principalmente, a su impulsividad, manifiestas en su dificultad para percibir e integrar información que se les presenta de manera no verbal y que afecta su desempeño tanto escolar, como social etc. Esta área es la conductual, ya que favorece el desarrollo de estrategias que permiten al paciente identificar en sí mismo y en los demás sentimientos, situaciones, necesidades, juicio social, pensamiento crítico. Esta orientación está basada en explicaciones del aprendizaje en términos de estímulo-respuesta y de aprendizaje observacional.

A partir de los años cuarenta hace acto de presencia esta orientación en el ámbito de las dificultades en el aprendizaje escolar y lo expande casi por completo en los años sesenta.

En este modelo, las dificultades en el aprendizaje se conciben fundamentalmente en términos del propio proceso de aprendizaje, no al individuo, sino a su historia de estimulación inadecuada. El aprendizaje es el resultado de un proceso de motivación (estímulo-respuesta) En dicho enfoque las dificultades de aprendizaje se conciben fundamentalmente en términos del proceso de aprendizaje. Por la ausencia o insuficiencia de estímulos (refuerzo), por la inadecuada

estructuración del ambiente y por la insuficiencia de práctica (repetición) Se hace un gran esfuerzo, en esta orientación, por mantenerse el nivel de conductas específicas. Además, interesan directamente las conductas escolares (lectura, aritmética, comportamientos perturbadores en el aula...)

El conductismo concibe la enseñanza como un arreglo adecuado de contingencias de refuerzo con la finalidad de desarrollar eficazmente el aprendizaje en el individuo. “Definimos la contingencia diciendo que un estímulo, es la ocasión, en que una respuesta va seguida por un reforzamiento.”³⁰

El aprendizaje es un cambio en la probabilidad de una respuesta que en la mayoría de los casos, esta respuesta es originada por el condicionamiento operante. De ahí que si nos interesa que el individuo aprenda, sea necesario utilizar el reforzamiento.

El análisis de tareas ocupa un lugar central en este enfoque. También se insiste en la definición de los objetivos de aprendizaje en términos operativos y en la correspondiente evaluación de acuerdo a criterios. Se concede mucha importancia a la estructuración del ambiente de aprendizaje, una característica común con los programas de intervención centrados en el ámbito perceptivo-motor. Teniendo una importancia crucial el refuerzo.

³⁰

SKINNER. Op. Ci t. P. 137.

CAPÍTULO 3

CLÍNICA DE FONIATRÍA DR. SEVERINO TARASCO CAMINO S.C.

3.1 Ubicación Geográfica y Objetivo General

La Clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco Camino S.C., se encuentra ubicada en la calle de Protasio Tagle 105, San Miguel Chapultepec, Miguel Hidalgo.

La Clínica de Foniatría cuenta con un edificio de dos plantas y todos los servicios necesarios, como seguridad, limpieza, etc. Se cuenta con dos áreas de administración: la planta baja que es administración médica teniendo el control de los expedientes clínicos con el respectivo archivo, un sistema de recepción de pacientes en tratamiento de voz, pacientes de primera vez y pacientes en revaloración mensual.

La planta alta, es administración de terapias contando con un archivo de expedientes de los pacientes con el control de horarios y de informes de avances, para el área médica, recepción de pacientes en terapia de lenguaje y/o aprendizaje, control de horarios y relación con los familiares en cuanto a manejos administrativos.

Los pacientes que atiende la Clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco Camino S.C., son particulares, de instituciones bancarias y del Sistema de Transporte Colectivo metro, los cuales integran el 80% de los pacientes de la clínica.

El contrato de servicio con el S.T.C.metro, inició en el año de 1996, el cual se renueva cada año, mediante una licitación, compitiendo con dos Clínicas más de las cuales hemos salido avante, ganando el concurso.

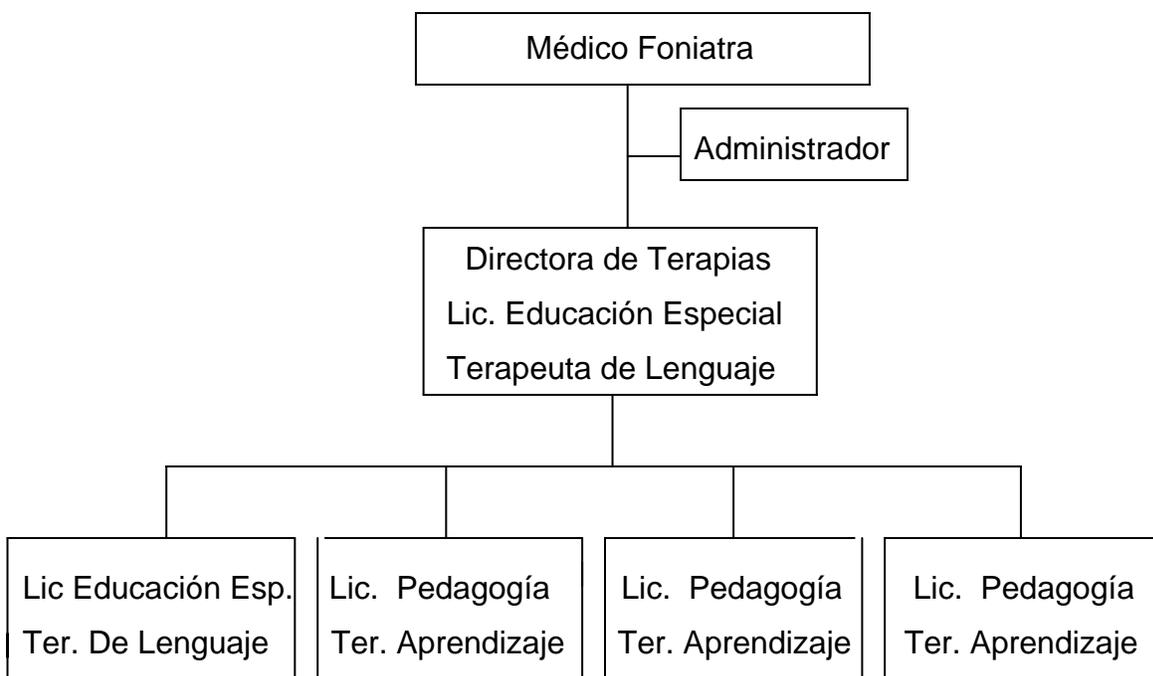
Los pacientes con diagnóstico de TDA-H, son enviados por particulares y el servicio médico de Neurología del S.T.C. Metro a la clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco Camino. S.C., autorizando de 18 a 24 meses para el tratamiento de Aprendizaje para niños con TDA-H. Las terapias se imparten dos veces por semana,

en sesiones de 45 minutos cada uno o en su defecto de 90 minutos, una vez a la semana, sumando mensualmente 8 sesiones. Al término de éstas, reciben una valoración médica mensual subsecuente, hasta terminar su tratamiento o el tiempo otorgado por el servicio médico. Los pacientes con problemas de aprendizaje que ingresan a la Clínica de Foniatría, son aproximadamente escolares de 6 a 13 años de edad.

El objetivo general de la Clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco S.C., es dar a los derechohabientes de Bancos, S.T.C. Metro y particulares, atención médica profesional y pedagógica a aquellos menores que presentan problemas en una o varias de las áreas de lenguaje y aprendizaje, ofreciéndoles evaluación, diagnóstico y un programa de tratamiento educativo, personalizado y con sentido humano, dadas las características y problemática que presentan los usuarios.

3.2 Estructura orgánica y funciones

La Clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco Camino S.C., opera a través del Médico Foniatra Severino Tarasco Camino, el administrador, la Directora de terapias, dos terapeutas de lenguaje y tres terapeutas de aprendizaje.



3.2.1 Del Médico Foniatra

El Dr. Severino Tarasco Camino es el Dr. De toda la Clínica; se encarga de realizar valoraciones médicas mensuales a los pacientes de las instituciones de Bancos y del S.T.C Metro, el cual envía un informe al Servicio Médico de cada institución donde reporta los avances logrados con el paciente, así como apoyo familiar, disposición del paciente hacia el trabajo de Terapia e inasistencias junto con un pase para que el paciente lo lleve al Servicio Médico de la institución que le corresponde y se lo autoricen por ocho sesiones y una valoración médica para que pueda continuar con la terapia.

3.2.2 Del Administrador

El Profesor que tiene a su cargo el control de horarios de los pacientes al inicio del tratamiento, la administración general de la Clínica que comprende:

- ❖ Acudir a las instituciones para cuestiones de contrataciones, autorizaciones y pagos.
- ❖ Solucionar problemas con los familiares de inasistencias, retardos y atraso de paces de pago.
- ❖ Control de pagos del personal, declaraciones anuales etc.

3.2.3 De la Directora

La Directora del área de terapias es Licenciada en Educación Especial, ella se encarga de valorar a los niños con diagnóstico de problema de lenguaje o aprendizaje, realiza los programas de tratamiento y de acuerdo a las características del paciente nos lo asigna para desarrollarlo, dándonos una pequeña orientación respecto a las áreas que se van a trabajar, un expediente con datos generales, el diagnóstico y el tratamiento que se va a seguir; coordina a las terapeutas tanto de lenguaje como de aprendizaje, nos brinda asesoramiento respecto al programa de tratamiento como de los pacientes y da terapia de lenguaje.

3.2.4 De la Terapeuta de Lenguaje

Se encarga de dar terapias a los pacientes que presentan problemas de lenguaje. Ellas son Licenciadas en Educación Especial y realizan actividades como: ejercicios orofaciales de lengua y labios, rehabilita los fonemas que se encuentran alterados; mediante campos semánticos incrementan el vocabulario del paciente para que sea más diversa, se incrementan elementos gramaticales, pronombres, artículos determinados e indeterminados, preposiciones, verbos etc., para que la estructuración sea más amplia, entendible y así pueda sostener una conversación más larga.

3.2.5 De la Terapeuta de Aprendizaje

En la Clínica somos cuatro pedagogas las que nos encargamos de dar terapias de aprendizaje a pacientes con TDA-H. Con respecto al programa de tratamiento que nos da la Directora se rehabilitan las áreas alteradas que generalmente son:

- Lectura: oral y de comprensión.
- Escritura: ortografía, caligrafía y redacción (aspectos semánticos y sintácticos)
- Cálculo: mental y sobre papel.
- Comprensión y razonamiento.
- Memoria: visual y auditiva.
- Nociones: posición, tiempo y espacio.
- Percepción: visual y auditiva.

Me refiero a estos niños como “pacientes”, porque doy tratamiento, habilito y rehabilito las áreas inmaduras que presenta el niño con TDA-H, para que adquiera un buen rendimiento escolar. El término “rehabilitar” se refiere a crear métodos correctivos para aquellas destrezas y funciones deficientes, mientras que la “habilitación” significa apoyar aquellas que aún no se han desarrollado en el niño.

Antes de ingresar a laborar en la Clínica de Foniatría Dr., Severino Tarasco Camino S.C., asistí dos semanas previas para observar el desarrollo de las terapias, recibí orientación por parte de la Directora del área y por cada una de las pedagogas

que impartían las terapias de aprendizaje. Ya tenía conocimientos previos pues en mi formación profesional, en el último año me enfoqué al área de Educación Especial y aunque el conocimiento impartido es mínimo, realicé mi servicio social en la misma área en Terapias de Aprendizaje en el INSAME DIF, y esto me ayudó bastante, en mi desempeño laboral.

En el tiempo de “observación”, se me entregaron los expedientes de los pacientes que debía atender, para analizarlos y preparar material didáctico para el desarrollo y desempeño de la Terapia de Aprendizaje. Posteriormente, cuando ingresé y en todo el tiempo que he laborado en la Clínica, he recibido orientación y asesoramiento en cuanto al desarrollo de los programas de tratamiento y por mi parte trato de actualizarme buscando información en libros, revistas, artículos, conferencias, etc.

CAPÍTULO 4

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL

4.1 Objetivo

El objetivo de las Terapeutas de Aprendizaje, es brindar apoyo pedagógico a niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, aplicándoles un programa de tratamiento individual, de acuerdo a las características de cada paciente para su habilitación o rehabilitación.

4.2 Aplicación del Programa de Tratamiento

Hay que recordar, que en éste se emite un diagnóstico y se otorga un programa de tratamiento individual a seguir a través de cierto número de sesiones que generalmente son de hora y media dividida en dos días de 45 minutos cada una a excepción de viernes y sábados que las sesiones son compactadas.

No existe programa de tratamiento único a seguir, ya que según el nivel de aprendizaje y las áreas a trabajar, se elabora un plan individual y la terapeuta elige la metodología y los materiales a utilizar. Con el ejercicio del programa se incrementa la autoestima de los niños por medio de la motivación y reforzamiento, que es la base fundamental de todo conocimiento.

Ya se indicó que la Clínica de Foniatría Dr. Severino Tarasco, opera en el modelo Conductista. De acuerdo con el punto de vista de las técnicas terapéuticas, las conductas normales o poco adaptativas han sido aprendidas por el paciente a través de su integración con el medio. El tratamiento consiste en eliminar los síntomas del paciente, logrando que este “desprenda” alguna conducta poco adecuada o aprenda una conducta nueva que sea apropiada al caso. “El terapeuta conductista no suele despreciar los factores hereditarios que considera juega un papel importante, concentra su atención sobre los aspectos que está en su mano modificar. También

suele tener presente la posible existencia de lesiones orgánicas aunque, probablemente deberán ser atacadas dentro de un marco conceptual distinto por otro especialista, mediante procedimientos farmacológicos o quirúrgicos.”³¹

A continuación se hará referencia a algunos aspectos del Condicionamiento Operante que se lleva a cabo en el programa de tratamiento del paciente.

Motivación. Al inicio del programa (o siempre que algún paciente pregunte los motivos por los que se hacen los ejercicios del mismo) se indica muy claramente que la finalidad del programa o los ejercicios es lograr que razonen mejor para, de esta forma, conseguir que les cueste menos trabajo aprender las áreas de que consta el programa de tratamiento. A lo largo de todo el programa se procura reforzar positivamente el más mínimo esfuerzo del paciente encaminado a esforzarse para realizar los ejercicios. Estos pueden ser un gesto amable, una alabanza ya sea pública o privada, fichas canjeables con estrellas por gratificaciones y un caramelo.

Organizadores previos. Antes de comenzar un ejercicio se explican los objetivos que se pretenden, así mismo se les ofrece una serie de indicadores destinados a relacionar un ejercicio con otros anteriores o semejantes, explicando los datos más relevantes o sustanciales y se ofrecen mediadores a modo de pistas que facilitan la integración mental del ejercicio.

Modelado. Antes de ofrecer al paciente el ejercicio a realizar, se da un ejemplo de un ejercicio semejante, enfatizando mucho las fases del proceso o pistas más relevantes para lograr el éxito.

Práctica guiada. En aquellos ejercicios no demasiado complejos se va supervisando el modo de trabajar del paciente y se le ayuda cuando lo solicita y se le orienta cuando el proceso que está siguiendo no es el adecuado.

³¹ Ibidem. P. 95.

Práctica independiente. Cuando el paciente termina el ejercicio, se le pide que realice otro ejercicio semejante en cuanto al fondo, pero diferente en cuanto a la forma y a la situación, pero que lo realice él solo, sin ayuda. Sin embargo, cuando solicita ayuda, únicamente se le guía dándole tips, para que pueda realizar el ejercicio.

Evaluación del producto. Cuando el niño termina el ejercicio, se revisa y si no está bien, se le pide que lo revise y detecte el error. Si no puede, entonces se le da una pista para que descubra el error y si aún no lo logra, entonces se le explica el ejercicio desde el inicio.

Economía de fichas. Es una técnica de refuerzo que utilizamos en las dificultades de Aprendizaje. Como se sabe, en la economía de fichas se trata de retomar el comportamiento apropiado del paciente con reforzadores simbólicos (puntos, fichas, estrellas, caritas felices...) que, posteriormente pueden cambiarse por reforzadores reales (objetos o actividades) Entre las ventajas de economía de fichas están:

- ❖ Las fichas se pueden dar en cualquier momento, sin interrumpir la actividad que se está desarrollando.
- ❖ Sirven de puente entre el momento inmediatamente posterior a la respuesta apropiada y a la aparición del reforzador real.
- ❖ Puede mantener la realización de la actividad durante largos períodos de tiempo, cuando no es posible la entrega de los reforzadores auténticos.
- ❖ Los efectos reforzadores de las fichas son relativamente independientes del estado fisiológico del niño.

Al terminar la sesión, se le da al paciente un estímulo o refuerzo simbólico (estrella o carita feliz) para que cuando logre reunir cierta cantidad (quince) las pueda canjear por un premio o reforzador real (juguete, material didáctico, artículo escolar, etcétera).

4.2.1 Disgrafía

La escritura requiere de la integración de varios mecanismos del control motor, de la integración viso-espacial, cinestésica (que es del “sentido de posición y movimiento del cuerpo, derivado a través de los nervios de los músculos, articulaciones y tendones”) ³²y de la base simbólica del sistema del lenguaje. El niño que tiene TDA-H, presenta una escritura lenta ilegible, rígida, torpe y difusa, mal manejo del lápiz, postura inadecuada, desorientación espacio temporal, etc., y comete errores de rotación (b x d; p x q; u x n; etc.) Inversión (la x al; le x el; los x sol; er x re; flor x folr; etc.) Confusión (rosa x grosa; roma x loma;) Omisión (maesto x maestro; camió x camión; etc.) Agregado (copepete x copete; mara x mar; etc.) Contaminación (casase x casas; peray x pera y ...etc.) Disociación (ca sa x casa; es cuela X escuela; etc.) Corrección, tachadura (león x león; niño x niño; etc.)

El tratamiento de esta área comprende los aspectos caligráficos, visoperceptivos y grafomotores mencionadas anteriormente. Corregir la disgrafía no consiste en que el paciente escriba mucho, sino en que vaya venciendo las dificultades que impiden una escritura adecuada. El objetivo de este programa de tratamiento es recuperar la coordinación global, manual y la adquisición del esquema corporal; rehabilitar la percepción y atención gráfica; estimular la coordinación visomotriz, mejorando el proceso ojo-mano, corrigiendo los movimientos básicos que intervienen en la escritura (rectos, curvos); mejorar el trazo de las grafías, la postura del cuerpo, dedos, mano, brazo y la posición del cuaderno.

4.2.2 Disortografía

“La disortografía es un trastorno que consiste en la dificultad que tiene el niño para lograr la exacta expresión ortográfica de la palabra o de la frase” ³³ Generalmente las dificultades de ortografía suelen persistir en los pacientes que

³² WILLIAMS Phillip. Diccionario enciclopédico de la educación especial. P. 158.

³³ Problemas de aprendizaje. Soluciones paso a paso. P. 68.

atiendo, pues les cuesta mucho trabajo la lectura. Estos pacientes necesitan una vigilancia especial de su ortografía, particularmente deben responsabilizarse ellos mismos de este aprendizaje. El tratamiento específico de la ortografía incluye el aprendizaje del uso del diccionario, uso de mayúsculas y signos de puntuación y reglas ortográficas a las características de las faltas y necesidades de cada niño.

4.2.3 Discalculia

La discalculia “es un trastorno que se manifiesta por un debilitamiento o pérdida de la capacidad de calcular, manipular los símbolos numéricos o hacer operaciones aritméticas simples. Generalmente se atribuye a déficits verbales, espaciales, secuenciales y cognitivos.”³⁴ La meta de la enseñanza a pacientes discalcúlicos es la adquisición de destrezas en el empleo de relaciones cuantitativas. A veces es necesario comenzar por un nivel básico no verbal, donde se enseñan los principios de cantidad, orden, tamaño, espacio y distancia, con el empleo de material específico. Además se enseña al paciente que lo requiere el significado de signos, disposición de los números, secuencias de pasos en el cálculo y solución de problemas. En terapia no se lleva un plan específico para el trabajo de las matemáticas, básicamente trabajamos con operaciones básicas (sumas, restas, multiplicaciones y divisiones), cálculo mental y sobre papel, secuencias numéricas simples y combinadas, ascendentes y descendentes.

4.2.4 Lectura oral y de comprensión

La lectura implica dos procesos fundamentales: el reconocimiento de palabras y la comprensión de aquello que se reconoce. “La lectura consiste en un conjunto de habilidades complejas, entre las que se incluyen reconocer palabras impresas, determinar el significado de las palabras y coordinar ese significado en el tema general

³⁴ Íbidem. P. 60.

del texto”.³⁵ Ello requiere procesos que operan en diferentes niveles de representación, incluyendo letras, palabras, oraciones y unidades más amplias del texto. Las dificultades de la lectura implican normalmente una falla en el reconocimiento o en la comprensión del material escrito. El reconocimiento es el más básico de estos procesos, ya que el reconocimiento de una palabra es previo a la comprensión de la misma. Las dificultades de comprensión no se dan normalmente en el nivel de las palabras, sino en las oraciones y la integración de la información de las oraciones. Quizás más que otras dificultades de aprendizaje específicas, las dificultades de lectura obstaculizan el progreso educativo en una amplia variedad de áreas, dado que la lectura es la vía de acceso a una amplia gama de información.

“Leemos con los ojos y con los oídos. Cuando leemos solo con los ojos reconocemos las palabras directamente; cuando leemos con los oídos transformamos el input visual en una representación fonológica. Los lectores hábiles reconocen directamente la gran mayoría de las palabras impresas, pero una palabra inusual o nueva se lee fonológicamente.”³⁶ Al mismo tiempo que se les enseña a leer a los niños también se les enseña el deletreo y la escritura. La habilidad más importante es aprender a relacionar letras y sonidos la cual requiere una conciencia de los sonidos de las letras y de las combinaciones de las mismas. Las dificultades de comprensión son a veces el resultado de reconocimiento de palabras pobre ya que procesan el texto palabra por palabra en lugar de hacerlo por oraciones. Esto conlleva a una comprensión deficiente.

4.2.5 Nociones Temporoespaciales

Los ejercicios de evocación y ordenación de historias ayudan a desarrollar aspectos importantes, como la comprensión para describir hechos, y secuencias lógicas ayudando a aplicar Nociones Temporoespaciales del antes, ahora y después, de decir la cronología y sentido de duración. La noción del espacio se crea lentamente y si no hay una imagen segura del propio cuerpo, esta noción no puede desarrollarse.

³⁵ DOCKREL Julie, John Mcshane Dificultades de aprendizaje en la infancia. P. 95.

³⁶ Ibidem. P. 103.

“Las primeras localizaciones espaciales que se adquieren son arriba-abajo, delante-detrás y posteriormente derecha-izquierda.”³⁷ Hay que establecer una estructura espacial completa para cualquier medio en que se encuentre el paciente, situado simultáneamente cada objeto en relación consigo mismo y en relación con todo lo demás, ya que estos factores influyen en el aprendizaje de la lectura y la escritura porque hace que el niño confunda símbolos parecidos: (b x d, p x q, el x le, se x es, dígitos, 6 x 9, 2 x 5, etc.) logrando avances lentos pero favorables, que se ven reflejados en la escritura, lectura y cálculo.

4.2.6 Memoria Visual y Auditiva

Esta área tiene un papel importante, ya que ayudan al niño a llevar a cabo el proceso de lecto-escritura. La **memoria** “es el conjunto de respuestas especializadas precedidas por un aprendizaje, que después de haber sido interpretadas pueden utilizarse apropiadamente dentro de una situación ya conocida o bien, sujeta a reglas específicas.”³⁸ Habilidad para recordar la experiencia pasada y para organizar la información; su funcionamiento es importante para la retención y almacenamiento de los mensajes recibidos tanto oral como gráficamente. En este aspecto se habla de distintos tipos de memoria: a corto plazo, a largo plazo o de trabajo, memoria semántica la cual se ocupa de la forma en como se representan los significados y como pueden combinarse las distintas representaciones para producir nuevos significados, lo que es fundamental para el desarrollo del lenguaje y por lo tanto de la comunicación tanto oral como escrita. La memoria a largo plazo “es indispensable para acumular todas las experiencias que sirvan de base al desarrollo del lenguaje, ésta conserva el recuerdo de palabras a nivel de fonema y de grafema, de las estructuras sintácticas, de los movimientos articulatorios, de los significados, de las experiencias vividas.”³⁹ Entre los trastornos de la memoria están la dificultad de asimilar, almacenar y recuperar la información, y es posible que esta problemática esté relacionada con los procesos visuales, auditivos y otros, implicados en el aprendizaje; por lo tanto se

³⁷ PÉREZ Porta bella Francisco Javier y Begoña Urquía. Para la integración del deficiente. P. 185.

³⁸ Problemas de aprendizaje. Soluciones paso a paso. P 45.

³⁹ ACLE Tomasini Guadalupe. Andrea Olmos Roa. Problemas de aprendizaje. P. 52.

puede hablar de trastornos de la memoria visual, auditiva, etc. La **memoria visual** que es una de las funciones más importante en el aprendizaje de la lectura y de la escritura tiene como función "... el almacenamiento de información así como su recuerdo selectivo cuando tiene necesidad de ella... la memoria visual debe ser capaz de reconocer, identificar, localizar (posición) y distinguir las series que presentan la misma sucesión de elementos." ⁴⁰La memoria de corto plazo es más difícil; para esto trabajamos con tarjetas que tienen estímulos, (colores, formas, letras, palabras, números, cantidades, etc.) se inicia con la cantidad de estímulos que el niño pueda retener con facilidad y se van incrementando conforme los va evocando; también se trabaja con imágenes que se le muestra por unos segundos y posteriormente se le pide que mencione algunos elementos y la describa; se le muestran varios objetos, se le pide que cierre los ojos, se le quitan los objetos, cuando abra los ojos, debe de nombrar los objetos que faltan; se le pide que señale con el dedo, con los ojos cerrados, ciertos objetos que están dentro del cubículo; se le pide al niño que reconstruya con cubos construcciones que previamente fueron hechas etc.

La **memoria auditiva** "es la capacidad para almacenar y evocar información que se ha escuchado." ⁴¹Esta área se trabaja con tarjetas que contienen estímulos, las cuales se le muestran al niño por algunos segundos y después se le retira para que los evoque en la secuencia que los vio; me coloco frente al niño, golpeo las manos una, dos, tres, cuatro veces, etc., y le pido que me imite cada vez que el juego se torna más difícil, según el número de golpes, debe de dibujar igual número de líneas, para formar un cuadrado; repetir enunciados incrementando las palabras para que sean mas largas, por ejemplo: Yo veo; Yo veo una niña; Yo veo una niña y una flor; Yo veo una niña bonita y una flor roja, etc.; y así diversos ejercicios para que el paciente se ejercite en esta área.

⁴⁰ SCHONING Frances. Problemas de aprendizaje. P.103.

⁴¹ WILLIAMS Phillip. Op Cit. P. 37.

4.2.5 Percepción Visual

La **percepción** es una de las funciones psicológicas más importantes, pues nos sirve para vincularnos con nuestro medio “es la capacidad de interpretar lo que ha sido recibido a través de los sentidos, de aquí que se hable de percepción visual, auditiva, táctil, olfativa y gustativa”⁴² siendo un fenómeno complejo que implica varios factores.

“La **percepción visual** es un proceso mediante el cual se define la naturaleza de un objeto por el establecimiento de experiencias pasadas y llevadas al nivel de la conciencia. Para esto, el organismo debe ser capaz de recibir las impresiones sensoriales del mundo exterior, identificarlas e interpretarlas en relación con sus experiencias pasadas.”⁴³ Este complejo proceso se realiza al nivel del cerebro y no del órgano receptor, en este caso el ojo. Debemos tener en cuenta que el ojo, órgano de la vista, junto con el oído, el tacto, el gusto y el olfato, son las herramientas más importantes de la percepción. La percepción visual como tal se desarrolla entre los tres años y medio de edad y los siete años y medio, pero el ojo es capaz desde las primeras semanas de vida, de recibir y almacenar en el cerebro diferentes estímulos del medio.

La distinción de figuras en un ejercicio que pone en funcionamiento la atención, la memoria, la comprensión, la discriminación, la distinción de colores y formas, la distinción de cantidades y la orientación en el espacio. En terapia trabajamos esta área con ejercicios de tamaños, chico, mediano y grande, también colores (11) y formas geométricas (6) Posteriormente realiza ejercicios de unión de puntos, seguimiento de laberintos, figura fondo, analogías, asociación de ideas, búsqueda de palabras, palabras cruzadas, mínimas diferencias, integración, etc., las cuales se va graduando la complejidad conforme los realiza y de acuerdo a su interés ya que son necesarias para el aprendizaje. Específicamente se trabajan con los cuadernillos de Frostig a aquellos pacientes que lo requieren de acuerdo al programa de tratamiento.

La **percepción auditiva** “... compone un conjunto de habilidades diferenciadas que... involucra la discriminación auditiva..., percepción auditiva de figura fondo..., oclusión auditiva, reconocimiento y discriminación de secuencias auditivas..., memoria

⁴² ACLE Tomasini. Op Cit. P.52.

⁴³ SCHONING Frances. Op Cit. 87.

por secuencias auditivas y combinación de sonidos“. ⁴⁴En terapia se trabaja con ejercicios donde el paciente tiene que decir si dos palabras que se le dicen como caña-maña son iguales o diferentes; señalar cuando escuchan cierta palabra en una historia; con los ojos cerrados, decir el nombre de los objetos de dónde proviene el ruido que se escucha; completar palabras dónde se han omitido ciertos sonidos (por ejemplo: . iña bo . ita – niña bonita) discriminar los sonidos, recordarlos y después juntarlos para decir la palabra que se forma (por ejemplo: p – a – t – o, pato, m – a – s, mas) etc. y así diferentes ejercicios para entrenar esta área.

4.2.6 Lateralidad

Generalmente los pacientes presentan dificultad en su lateralidad principalmente distinguir derecha – izquierda, por lo que realiza ejercicios diversos para que supere esta dificultad ya que es muy importante para la escritura, el trazo de grafías, direccionalidad, etc. Entendemos por lateralidad al “... predominio en los individuos de un hemisferio cerebral sobre el otro: el izquierdo en los diestros y el derecho en los zurdos. “⁴⁵ La lateralidad tiene que ser aprendida por medio de la experimentación de los movimientos de las dos mitades del cuerpo es como se puede llegar a diferenciar el lado derecho y el izquierdo. “El organismo está constituido, anatómica y neurológicamente, para ser un detector de la derecha e izquierda. Anatómicamente nuestro cuerpo posee una simetría bilateral: tenemos dos ojos, dos orejas, dos brazos, dos piernas, etc... neurológicamente las vías nerviosas que enervan cada uno de los lados del cuerpo permanecen primordialmente separados si bien hay un entrecruzamiento.” ⁴⁶ El paciente realiza ejercicios específicos para distinguir derecha e izquierda, primero en su esquema corporal, posteriormente en su entorno y después con sus manos, realizando ejercicios en su cuaderno logrando avances lentos pero favorables, que se ven reflejados en la escritura, lectura y cálculo.

⁴⁴ FROSTIG Marianne. Educación especial para una ubicación social apropiada. P. 117.

⁴⁵ PÉREZ Porta-Bella Francisco. Op Cit. P. 181.

⁴⁶ *Íbidem*. P. 182.

RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA FORMACIÓN PROFESIONAL RECIBIDA.

De acuerdo a mi práctica profesional desempeñada me doy cuenta de la gran importancia que tuvo la formación escolar recibida que sirvió de base fundamental en la cimentación de mi formación y que como es normal se ha modificado y acrecentado de acuerdo a la práctica profesional. Considero que el pedagogo como terapeuta de aprendizaje desempeña un buen trabajo por que su formación le permite hacer análisis críticos de las teorías de aprendizaje lo cual le faculta para elaborar propuestas de evaluación y de trabajo para los menores que presentan problemas en el área de aprendizaje.

Mi desarrollo profesional, está fundamentado en la teoría recibida dentro de las asignaturas de la licenciatura en Pedagogía, dándole fuerza a las actividades educativas desempeñadas en el programa de tratamiento. Los pedagogos no tenemos una base sólida de conocimientos acerca de la educación especial, pero sí contamos con una formación universitaria que nos permite hacer lecturas analíticas de las teorías y las prácticas de aprendizaje

Las asignaturas de Conocimiento de la infancia y de la Adolescencia, Psicotécnica Pedagógica, Psicología General, Laboratorio de Psicopedagogía y Sistemas de Educación Especial, así como las Prácticas Escolares y el Servicio Social, me introdujeron al ejercicio y conocimiento del niño que requerían de atención especial; por otra parte, la actividad que el pedagogo desempeña en el ámbito educativo especial es un trabajo difícil, ya que de acuerdo a la práctica laboral desempeñada no se garantiza que el maestro de grupo dé una mejor atención, ni que la familia y la sociedad en la que se desenvuelve el niño con problemas de aprendizaje se le brinde la misma atención a la que recibe la población en general. En específico los pedagogos como terapeutas de aprendizaje poseemos los conocimientos básicos de las teorías de aprendizaje, lo cual sumado a la formación a la que hacían referencia, tenemos la capacidad de analizar, evaluar, adaptar y proponer, por lo que

nuestro trabajo se hace tan profesional como el de cualquier egresado de la Escuela Normal de Especialización. La única diferencia que encuentro en un especialista en terapia de aprendizaje y un pedagogo es la cantidad de ejercicios que maneja el especialista para la aplicación de programas educativos. Que si bien, se podría presentar como una ventaja quedaría cubierta en los cursos de capacitación. Determinando con esto que la relación que se tiene entre la teoría recibida durante nuestra estancia en la Universidad y la práctica nos compromete a ser personas más dedicadas para lograr cambios en la realidad en la que vivimos. No obstante con la práctica se va adquiriendo competencia para desempeñar dichas funciones por medio de la actualización, como son: cursos, seminarios, diplomados, conferencias y revisiones bibliográficas.

La experiencia que he obtenido como Terapeuta de Aprendizaje es altamente gratificante porque me ha permitido desarrollar en un área de la pedagogía que es poco socorrida, la Educación Especial; lo anterior me ofrece nuevos conocimientos y la posibilidad de aplicarlos en mi labor diaria. Sin duda, con esta experiencia y con la elaboración de este Informe Académico afirmo que los pedagogos podemos realizar un buen trabajo como Terapeutas de aprendizaje, ya que contamos con bases sólidas acerca del aprendizaje y una formación analítica que nos permite evaluar y aplicar los conocimientos adquiridos.

CONCLUSIONES

A lo largo de mi vida como estudiante universitaria me percaté que el desarrollo de nuestra profesión podría encontrar espacios donde poner a prueba los conocimientos adquiridos; Sin embargo, son muy pocas las instituciones educativas de Educación Especial y/o de rehabilitación que brindan la oportunidad de que colabore un pedagogo. Creo que se debe a la predisposición y la creencia generalizada de la escasa información en esta área. Cuando la formación de un pedagogo abarca no solo aspectos educativos, sino que es más amplia, puede desempeñar actividades de psicopedagogo e incluso Terapeuta de Aprendizaje, como en mi caso. Pienso que fui muy afortunada al integrarme a la Clínica de Foniatría al egresar de la licenciatura, pues no tenía experiencia laboral; sin embargo, me brindaron la oportunidad por ser pedagoga y tener una formación universitaria y así aplicar mis conocimientos y adquirir experiencia para ejercer mi labor.

Por otra parte, puedo concluir que tuve excelentes profesores que ayudaron a mi formación profesional, principalmente de las asignaturas Conocimiento de la infancia y de la Adolescencia, Psicotécnica Pedagógica, Psicología General, Laboratorio de Psicopedagogía y Sistemas de Educación Especial, principalmente, permitieron que me desarrollara en el ámbito de la Educación Especial, básicamente como Terapeuta de Aprendizaje, actividad que desarrollo desde hace 14 años, de la cual he obtenido muchas satisfacciones.

Sin embargo, me hubiera sido de gran utilidad profundizar más en el área de Educación Especial, y que no haya sido tan escasa la formación en este aspecto; solamente una materia de Educación Especial, carencia de talleres didácticos especialmente orientados, desorganización en las prácticas pedagógicas, falta de conferencias y de eventos científicos y orientación por parte de la coordinación, etcétera, debido a esto debemos cuestionar nuestra preparación, compararla y ver que tan competentes somos, qué tan excluidos estamos, el hecho de estar en los últimos

semestres nos debe hacer aptos laboralmente comparada con otras carreras, y escasamente lo somos.

Por todo lo anterior, me permito hacer las siguientes sugerencias, que podrían ser interesantes para la formación profesional del estudiante de pedagogía.

Es de suma importancia que la formación del alumno no sea solamente teórica, sino también práctica; que el estudiante pueda perfilar la práctica pedagógica de manera específica.

Concretamente en el área de Educación Especial y Rehabilitación de los Problemas de Aprendizaje, sugiero que los diferentes programas de las materias se interrelacionen de tal manera que se integre la detección, el diagnóstico y los diferentes métodos de rehabilitación de diversas patologías del desarrollo y el aprendizaje. Es de particular importancia que el alumno egrese con una visión general y una mínima información, por lo menos en cuanto a los métodos más modernos en el campo de la Educación Especial. La ventaja es que su formación será más completa y pueda ubicar mejor su función en un equipo multidisciplinario; para esto es necesario que el alumno realice las prácticas escolares y el servicio social en instituciones acordes al área de especialización, como fue en mi caso, que desde el inicio de la carrera me enfoqué al área de Educación Especial y esto facilitó mi trabajo profesional.

Mi desempeño laboral ha sido de menos a más, pues como ya lo mencioné, los conocimientos obtenidos durante la carrera, la mínima experiencia adquirida en el servicio social y la materia de Sistemas de Educación Especial, sirvieron de base para que iniciara mi desarrollo laboral; sin embargo, la teoría no es lo mismo que la práctica, lo que se demostró, ya que tuve el apoyo por parte de la directora de terapias, que fue la que me contrató y por mis compañeras de aquél entonces. Se me presentaron tropiezos, pero los tomé como experiencias que me sirvieron para no cometer los mismos errores e ir creciendo poco a poco como profesionista.

Aunque no ha sido mi único trabajo, ha sido el más importante para mi y además sigo en él. Hay flexibilidad en el horario, debido a que no hay reloj checador: si llegó tarde, puedo recuperar ese tiempo de acuerdo con los padres del paciente; si me cancelan los pacientes, me queda la opción de entrar más tarde o salir más temprano. Planeo con libertad y confianza el programa de tratamiento, así como el material didáctico a emplear. La relación que se ha formado no es la de jefe-empleado, sino que hay una amistad donde somos compañeras y amigas.

Por todas estas razones, me encuentro muy a gusto en esta clínica, motivo por el cual llevé más de 14 años laborando ahí. Sin embargo, debido a la carga de trabajo, y debido a los lineamientos de la clínica, la cual es una institución particular, tengo pocas oportunidades de actualizarme, como asistir a conferencias, pláticas, cursos, etcétera.

En cuanto a mi satisfacción personal, la Educación Especial, y básicamente dar Terapias de Aprendizaje, es mi vocación, pues desde niña tuve esa inquietud de “enseñar”; durante el juego de la “escuelita”, los niños aprendían a escribir y copiar, pero yo no sabía la metodología del proceso de la lecto-escritura; yo quería enseñarles, pero no quería ser maestra normalista y pensaba: “debe haber alguna materia o algo que me dé las herramientas de enseñanza que yo quiero”. Pasaron los años y fue hasta el bachillerato en que me enteré de la existencia de la Pedagogía, la cual podría brindarme lo que yo quería: “enseñar”, sin ser maestra. Ahora, soy una pedagoga que enseña a niños especiales, lo cual hago con gran orgullo y satisfacción, al brindar estrategias y recursos de aprendizaje para ellos.

Si por alguna razón suspendo temporalmente mi labor profesional, al retomarla va a ser en lo mismo, la Educación Especial, como terapeuta de aprendizaje. Espero que este trabajo sea de gran utilidad a los pedagogos que se encuentran inmersos en esta área que laboran como terapeutas de aprendizaje para aclarar dudas que constantemente enfrentamos.

BIBLIOGRAFÍA

ACLE Tomasini, Guadalupe. Andrea Olmos Roa. Problemas de aprendizaje. UNAM. México. 1995. 247 p.

AGUILERA Antonio. Introducción a las dificultades de aprendizaje. Mc. Graw Hill. España. 2004. 338 p.

ALLENDE, Carmen et al Dislexia y dificultades de aprendizaje. Ciencias De la educación preescolar y especial. 253 p.

ALANO Ross. Terapia de la conducta infantil. Limusa Grupo Editorial Editores. México. 1991. 512 p.

AZCOAGA, J.E. Alteraciones del aprendizaje escolar. Paidós. España. 2ª Edición. 1991. 351p.

B. Osman, Betty. Problemas de aprendizaje. Un asunto familiar. Trillas. México. 1988. 217 p.

BERNALDO de Quirós, Julio, Orlando L. Schrager. Colección Educación Especial. “El lenguaje lectoescrito y sus problemas.” Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1995. 269 p.

BERNALDO de Quirós, Julio, Orlando L. Schrager. Colección Educación Especial. “Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades de aprendizaje.” Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1996. 261 p.

BARTLEY S, Howard. Principios de la percepción. Tr. Serafín Mercado Domenech. Trillas. México. 1998. 261 p.

BENAVIDES de Adame, Tijerina. El niño con déficit de atención e hiperactividad: guía para padres. Trillas. México. 2002. 78 p.

BRUECKNER, Leo J. Bond, Guy L. Diagnóstico y tratamiento de las Dificultades en el aprendizaje. Ediciones Rialp. S.A. Octava Edición. 1980. 509 p.

CASTANEDO, Celedonio. Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Editorial CCS. Madrid. 2ª Edición. 1998. 360 p.

DOCKRELL, Julie, John Mcshane. Dificultades de aprendizaje en la infancia. Paidós. España. 1997. 244 p.

E. Narvarte, Mariana. Trastornos escolares. Gil Editores. Vol. 1 México. 2000. 114 p.

F Rief, Sandra. Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e Hiperactividad. Editorial Paidós. Argentina. 1999. 308 p.

FROSTIG, Marianne. Educación especial para una ubicación apropiada. En Colección Educación Especial. Ed. Panamericana. Argentina. 1996. 215 p.

G Sapis, Selma. El modelo de la enseñanza clínica para niños con problemas de aprendizaje. Trillas. México. 1991. 232 p.

GOOD, T.L. Brophy J. E. Psicología Educacional. McGraw Hill. México. 1993. 632p.

GÓMEZ Tolón, Jesús. Rehabilitación psicomotriz en los trastornos de aprendizaje. Mira Editores. España. 1997. 254 p.

Gran diccionario de las ciencias de la educación. Ediciones Euro México. 2003. Colombia. 868 p.

HERNÁNDEZ Rojas, Gerardo. Paradigmas en Psicología de la educación. Paidós. Argentina. 1998. 267 p.

JONES, Maggie. Cómo identificar y ayudar a niños hiperactivos. Selector. México. 2000. 146 p.

KEKETH T. Herson. Benf Eller. Psicología educativa para la enseñanza eficaz. International Thomson Editores. México. 2000. 154 p.

KIRBY Grimley. Trastorno por déficit de atención. Editorial Limusa Grupo Noriega Editores. México. 1992. 144 p.

LELAND C. Swenson. Teorías del Aprendizaje. Ediciones Paidós. España. 2ª Edición. 1991. 541 p.

LOU Royo, María Ángeles. López Urquizar Natividad. Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Ediciones Pirámide. Madrid. 1999. 426 p.

M. Anderson, George et al Clínicas pediátricas de Norteamérica. Vol. 2. "Trastornos del aprendizaje." Emalsa. Madrid. 1985.

MYERS, Patricia I. Hammill. Donald D. Como educar a niños con problemas de aprendizaje. Grupo Noriega Editores. 1991. 239 p.

NARVARTE, E. Mariana. Trastornos escolares. Gil editores. 2001. 114 p.

NICASIO García, Jesús. Instrucción, aprendizaje y dificultades. Ediciones LU. Barcelona. 1997. 485 p.

PATON et al. Casos de la educación especial. Noriega-Limusa. México. 1997. 308p.

PÉREZ Portabella, Francisco Javier. Begoña Urquía Martínez. Para la integración del deficiente. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid. 1986. 371 p.

POLAINO Lorente, A et al. Manual de hiperactividad infantil. Unión Ed. Madrid. 1997. 169 p.

Problemas de aprendizaje. Soluciones paso a paso. Ediciones Euromex. 2001. Colombia. Tomo 1. 96 p.

RIEF F, Sandra. Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Editorial Paidós. Argentina. 1999. 308p.

SEP, Dirección General de Educación Especial. La Educación Especial en México / 8. Cuadernos / SEP. México, Dirección General de Publicaciones y Bibliotecas de la SEP. 1981. 67p.

SCHONING, Frances. Problemas de aprendizaje. Trillas. México. 2006. 259 p.

SILVA Y ORTIZ, María Teresa. La percepción visual en los primeros años del aprendizaje según el programa Frostig. México, UNAM Acatlán. 1990. 240 p.

SKINNER B.F. Ciencia y conducta humana. Barcelona. 1994. 482 p.

SKINNER B.F. Reflexiones sobre conductismo y sociedad. Trillas. México. 1991. 464 p.

SKINNER B.F. Sobre el conductismo. Barcelona. 2ª Edición. 1997. 364 p.

STEVENS J, Laura. Como ayudar a los niños con déficit de atención (ADD/ADHD). Aguilar. México. 2001. 320 p.

SUZANNE H. Stevens. Dificultades en el aprendizaje. Ediciones Apóstrofe. España. 1999. 383 p.

SUÁREZ Yáñez, Andrés. Dificultades en el aprendizaje. Santillana. España. 1995. 206 p.

TALLIS, J. Dificultades en el aprendizaje escolar. Argentina Miño y Dávila Editores, 1986. 219 p.

TORNAPOL, Lester. Dificultades para el aprendizaje. México, La Prensa Médica Mexicana. 1983. 245 p.

VILLEGAS, Leonel. "Hiperactividad infantil" Notipharma, año 1, n 3, Febrero 2005.

WILLIAM, Phillip. Diccionario enciclopédico de la educación especial. Trillas. México. 2001. 272 p.