



**SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 099 D.F. PONIENTE**

**PADRES Y PROFESORES ANTE EL TRANSTORNO POR
DEFICIT DE LA ATENCION A LA NIÑEZ**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
EDUCACION PREESCOLAR Y EN EDUCACION
PRIMARIA**

PRESENTAN:

**MARTHA LIZBETH JARAMILLO CANCINO
Y
ALMA ROSA RUIZ SAUL**

MÉXICO, D.F.

DICIEMBRE 2002

Dedico el presente trabajo:

A Ricardo:

**Con todo mi amor y admiración
¡Gracias por creer siempre en mí!**

A mis hijos:

**Lalito y Ali Fer porque
le han dado sentido y amor
a mi vida.**

A papá y mamá :

**Por sus constantes sacrificios y su amor
tan grande para ayudarme a ser
una mujer de bien, una profesionalista
dedicada y emprendedora.**

A mis hermanos:

**Laura, Consuelo, Gerardo y Pablo
con mi reconocimiento y admiración
por ser ejemplo de constante realización.**

A mi abuelita Mary:

**Quien ha realizado a lo largo de su vida,
un sueño de amor con nuestra familia.**

A la memoria de mis abuelitos:

**Juvencia, Elpidio y Pablo
con mucho cariño.**

Al profesor Luis Barreto:

**Ejemplo de profesionalismo,
tesón y buen humor
en todo momento.**

**A mi querida Universidad
Pedagógica Nacional:**

**La cual me permitió ampliar
mis conocimientos y crecer
en mis relaciones humanas.**

INDICE

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

CAPITULO I

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO 1

□ **EL SISTEMA NERVIOSO 1**

□ **CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES
DEL NIÑO 6**

CAPITULO II

**CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DEL
TRASTORNO POR DEFICIT DE LA ATENCIÓN 17**

□ **LA ANORMALIDAD 17**

□ **TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN 21**

□ **FACTORES QUE DETERIORAN EL AMBIENTE
PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL 25**

• **FACTORES PRENATALES 25**

• **FACTORES PERINATALES 34**

• **FACTORES POSTNATALES 37**

□	CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN	38
•	CONDUCTA MOTORA	39
•	ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN	40
•	APRENDIZAJE ESCOLAR	41
•	LENGUAJE	42
•	CONTROL DE IMPULSOS	42
•	RELACIONES INTERPERSONALES	43
•	TRANSTORNOS AFECTIVOS	43

CAPÍTULO III

INFLUENCIA DEL AMBIENTE SOCIAL EN EL APRENDIZAJE

44

□	EN LA FAMILIA	44
□	LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS CON TDA	46
□	EL NIÑO CON TDA Y SU DESARROLLO EN LA ESCUELA	51

CAPÍTULO IV

ACTITUD DE LOS MAESTROS Y PADRES ANTE LA PROBLEMÁTICA DE LOS NIÑOS CON TDA

60

□	ESTADÍSTICA DE MUESTREO	65
---	--------------------------------	-----------

□ DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	66
□ MUESTRA DE PROFESORES	68
□ MUESTRA DE PADRES DE FAMILIA	91
□ CONSIDERACIONES PARA MEJORAR ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS DEL TDA	111
CONCLUSIONES	112
GLOSARIO	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXO 1 CUESTIONARIO PARA PROFESORES	
ANEXO 2 CUESTIONARIO PARA PADRES	

INTRODUCCIÓN

La educación infantil significa una experiencia maravillosa aunque es frecuente encontrar todo tipo de obstáculos, como puede ser de tipo administrativo, programático, organizacional, de relaciones humanas y específicamente de los propios alumnos.

Particularmente en el caso de algunos niños, presentan dificultades en la situación escolar, ya que en ocasiones pueden estar emocionalmente perturbados, aunque también padecen incapacidades en el aprendizaje.

La incapacidad en el aprendizaje, es un término genérico, actualmente popular, aplicable para el niño que no progresa en la escuela, su conducta no es correcta y no presentan retraso mental, incapacidad física o perturbación emocional.

Por lo general, los niños con esta incapacidad de aprendizaje no avanzan de acuerdo a la habilidad normal, lo cual no quiere decir que tengan un daño severo que sea irreversible. En algunos casos estos niños tienen daño cerebral mínimo, daño neurológico o limitaciones de origen psicológico.

“El término déficit de la atención, “incapacidad de aprendizaje”, se utilizó inicialmente para referirse a niños que se comportaban como si padecieran lesión cerebral leve, sin mostrar daño orgánico aparente.”¹

Existe mucha incertidumbre acerca de las causas que originan las incapacidades de aprendizaje, así como el tratamiento indicado. A pesar de que estos niños tienen inteligencia normal y en algunos casos superior, pueden presentar dificultades para adquirir la palabra hablada, aprender a leer, realizar la expresión escrita, el conocimiento de la medición, tamaño, longitud y altura de los objetos; algunos niños tienen visible habilidad para desarrollar un área, pero inhabilidad total en otra; por ejemplo, pueden aprender a leer pero son incapaces de entender conceptos numéricos

1 RAPIN, Isabelle. *Disfunción cerebral en la infancia*. México. Ed. Martínez Roca. pág. 112

Estos niños pueden aprender, pero no mediante las técnicas que funcionan con otros niños; necesitan métodos individualizados adecuados a sus necesidades específicas.

Por lo regular se identifica a los niños con diferencias extremas oportunamente, de modo que éstos no estarán presentes en el aula regular, aunque a últimas fechas se han ido integrando. Sin embargo, cuando las diferencias no son notorias a simple vista, inician en el Jardín de Niños o primer grado de primaria junto con todos y, después de un tiempo, por una u otra razón, se nota que necesitan ayuda especial para adquirir los conocimientos normales.

No siempre es fácil hacer el diagnóstico, ya que en la mayoría de los sistemas escolares, se “etiqueta” al niño por el resultado de pruebas y entrevistas catalogándolo como un individuo de bajo rendimiento.

Conocer las numerosas causas y características del desarrollo, como el entorno familiar, es determinante para ayudar al mejoramiento de estos niños y así canalizarlos a los centros especializados o en otro tipo de alternativas que ya se emplean.

La ciencia ha iniciado la investigación de estos problemas agrupándolos por las características presentadas como “incapacidades de aprendizaje”; sin embargo para dar alternativas certeras en el tratamiento multidisciplinario del déficit de la atención, es necesaria una pronta captación de estos casos específicos en las escuelas, razón por la cual este trabajo se aboca a identificar las causas y las características de los niños con trastorno por déficit de la atención y la problemática que ocasiona en su aprendizaje escolar.

Es conveniente partir del conocimiento de las características del desarrollo de un niño normal, para conocer las que, en contraste, presenta el niño con trastorno por déficit de la atención.

El ambiente social en sus tres esferas: familia, escuela y comunidad, genera una competencia entre los niños, conforme se da su desarrollo.

El profesor se encuentra ante el reto de interactuar con niños capaces y talentosos, pero con bajo rendimiento escolar, y la necesidad de lograr su integración y superación.

Para conocer el nivel de información del docente y de los padres de familia que conviven con niños que presentan trastornos por déficit de la atención, se prevé un estudio de campo que evidencie las actitudes e interés de profesores y padres de familia.

De lo anterior se define el siguiente problema: *¿ En qué medida el desconocimiento y actitud negativa de los padres y profesores obstaculiza el desarrollo del niño con trastorno por déficit de la atención?*

HIPÓTESIS

La hipótesis que se deriva de este problema es la siguiente: **El desconocimiento y actitud negativa de padres de familia y maestros obstaculiza sensiblemente el desarrollo del niño con trastornos por déficit de atención.**

De manera particular, se analizarán las características del desarrollo del niño, así como las del menor que presente el trastorno por déficit de la atención.

Por otra parte, se tratará de establecer la influencia del ambiente social en el desarrollo y aprendizaje de niños normales y con el citado trastorno.

Otro aspecto a considerar, es el tipo de situación que enfrenta el maestro ante los alumnos con trastorno por déficit de la atención.

Finalmente, se investigará en una muestra de docentes de Educación Preescolar y Primaria, así como con padres de familia, el nivel de información sobre este trastorno y su actitud ante la problemática, la vinculación de ambas instituciones, se realiza en virtud de que las sustentantes pertenecen a cada una de estas instituciones.

Por el tipo de estudio, éste se inserta dentro del procedimiento de la investigación descriptiva, que no tiende más que a captar y evaluar el estado de los diferentes componentes del sistema bajo observación, que en este caso es el nivel de conocimientos y tipo de actitud de padres y de maestros ante los problemas del trastorno por déficit de la atención.

El procedimiento se plantea en un muestreo no probabilístico, es decir, que no es seguro que cualquier sujeto de la muestra puede ser incluido en el análisis.

ALCANCES Y LIMITACIONES

El propósito es analizar la información más fidedigna en torno al tema de estudio y sintetizarla, así como obtener la información sincera de parte de los sujetos, destinatarios de la investigación; en este caso se prevén alrededor de cien encuestas dirigidas a los profesores, así como igual número de casos de padres de familia. El total de casos se considera limitado, pero suficiente en primera instancia, para comprobar, refutar o replantear la hipótesis planteada.

En cuanto a las limitaciones, sería deseable un mayor número de sujetos a encuestar, para tener mayor firmeza en las apreciaciones, aunque esta situación rebasa las propias posibilidades.

JUSTIFICACIÓN

Ante la problemática causada por la escasez y baja de recursos materiales económicos y para cubrir la demanda de educación preescolar y primaria, es necesario que los profesores tengan verdadera vocación para poder llevar a cabo su labor educativa; asimismo deben tener una sólida preparación académica y, particularmente, poseer información en el área psicológica, puesto que tienen que tratar con una amplia diversidad de circunstancias en el ámbito educativo.

El presente trabajo está orientado muy especialmente a los profesores que atienden en su trabajo educativo a niños que presentan el trastorno por déficit de la atención; situación que afecta sensiblemente la conducta de los infantes dentro del seno familiar y por ende, altera su aprendizaje, provoca el rechazo a causa del bajo rendimiento, incompreensión y otros problemas, que tanto padres como maestros en muchos casos no pueden resolver.

Por lo anterior, surge la necesidad de contar con información sobre la forma de diagnosticar y así poder ayudar tanto a los niños que sufren este problema y disponer de criterios para los que enfrentan estas circunstancias.

No es propósito de este trabajo agotar las instancias o probables teorías que aborden la problemática del aprendizaje de los niños con déficit de la atención, sino más bien intenta ser un documento informativo, de consulta que haga factible el apoyo a los profesores para un mejor logro de su labor docente y principalmente, la investigación pretende dar a conocer el enfoque que más ha ayudado en la experiencia de la detección, canalización, y en la forma de atenderlos; el propósito es entender a estos pequeños e integrarlos a la sociedad y satisfacer en lo posible, las necesidades del desarrollo de estos niños y recuperarlos en la medida de las posibilidades a la escuela en el menor tiempo posible.

CAPITULO I

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

||Respetar al niño implica aceptarlo
en su propio ritmo de desarrollo.
María Montessori.

EL SISTEMA NERVIOSO

Desde el momento de la concepción del ser humano, hasta el término de su ciclo vital, existe un equilibrio constante en su organismo; este proceso conocido como homeostasis, o sea, la tendencia de los seres vivos a presentar una constancia de condiciones ambientales en su medio interno, en el cual los factores físicos que regulan sus actividades químicas son óptimas, reguladas siempre por mecanismos de retroalimentación, de modo que cualquier aumento o disminución de algún factor, desplaza el equilibrio en el sentido de una neutralización.

De igual manera, la mente humana busca un equilibrio que se inicia desde la gestación en el vientre materno, a través del sistema nervioso, el cual madura de manera congruente conforme el ser humano evoluciona. El cuerpo humano tiende a conservar un estado normal de equilibrio, a partir del cual se origina la conducta de respuesta a los estímulos, por lo que la homeostasis queda temporalmente perturbada y hasta ese momento se inician mecanismos para restaurarla. A pesar de la importancia de la homeostasis y de las tensiones implicadas cuando se perturba, la vida normal del organismo no es la del estado de reposo, sino de acción.

El sistema nervioso es el regulador de todas las funciones del organismo, la corteza cerebral regula la actividad corporal y a su vez organiza las funciones superiores del hombre, tales como; la memoria, la inteligencia, la emotividad, la percepción de estímulos y sensaciones de los distintos órganos sensoriales.

El desarrollo normal del sistema nervioso es primordial en el individuo para regular el proceso biológico y mental que permita una adaptación en su contexto ambiental.

El sistema nervioso es el mejor medio que posee el cuerpo para relacionar todas las funciones, actuando como un todo; gracias a él puede reaccionar el organismo de una forma pasiva o activa con respecto al medio que le rodea.

El sistema nervioso es el sistema de comunicación entre el mundo exterior y los órganos que mantienen contacto con este, por ejemplo: la piel, los ojos y la lengua.

“El sistema nervioso es el conjunto de órganos, ganglios y fibras nerviosas que diseminados por todo el cuerpo tienen como finalidad regir el funcionamiento del resto del organismo. Desde el punto de vista anatómico, se le considera dividido en central y periférico. El sistema nervioso central es el encargado de generar los impulsos nerviosos que irán a través de las fibras nerviosas y ganglios a los órganos centrales o alejados.”²

Al sistema nervioso central (SNC en lo sucesivo) llegan los impulsos nerviosos, y al periférico llegan parte de dichos impulsos.

El SNC se encuentra colocado en el interior de la cavidad craneana y del conducto raquídeo; está constituido por la médula espinal, el bulbo raquídeo, la protuberancia anular, el cerebelo, el cerebelo medio y el cerebro.

Todos estos órganos se encuentran envueltos por las meninges, las cuales flotan en el líquido cefalorraquídeo que tiene como fin amortiguar los traumatismos directos sobre el neuroeje.

Todos los órganos del sistema nervioso tienen en su constitución dos clases de sustancia, la gris y la blanca. En la sustancia gris hay células y fibras nerviosas, en la sustancia blanca sólo hay fibras nerviosas.

La sustancia gris recubre los hemisferios cerebrales a manera de corteza; la sustancia blanca esta formada por fibras de diferentes tamaños según su recorrido y su función.

La médula espinal es la zona del SNC que ocupa el canal vertebral que va desde el orificio occipital hasta la región lumbar de la columna vertebral .

2 ENCICLOPEDIA TEMÁTICA. Medicina, tomo II. Ed. Argos 1981. pág. 183.

La sustancia gris central de la médula tiene forma de “H” unida por un tramo horizontal atravesando por el canal medular que encierra el líquido cefalorraquídeo.

En la sustancia blanca se prolongan las fibras motoras de los centros superiores motores y las astas posteriores, estas últimas reciben la sensibilidad.

El bulbo raquídeo es la continuación de la médula espinal y presenta unos engrosamientos llamados pirámides, formadas también por la sustancia blanca y la sustancia gris.

El cerebelo se sitúa en posición inferior y posterior de la masa encefálica, en la zona media hay dos hemisferios llamados lóbulos; el cerebelo está unido al encéfalo por el bulbo, por la protuberancia y el mesencéfalo.

El sistema nervioso periférico está constituido por los nervios craneales y espinales, que teniendo su origen en el neuroeje se distribuyen por todo el organismo, unos llevando estímulos motores y otros trayendo estímulos sensitivos, en forma general, los nervios motores van paralelos a los nervios sensitivos en un mismo cordón constituyendo los nervios mixtos.

Los nervios son los cilindros rodeados de mielina*, se distribuyen por pares y se dividen por pares craneales y raquídeos.

El cerebro es la parte más voluminosa y de vital importancia del SNC que mantiene al hombre informado de cuanto acontece alrededor de él y dirige todas sus actividades para que lleguen o no a su conciencia. Esta enorme tarea se lleva a cabo con la ayuda de muchos millones de células altamente especializadas, llamadas neuronas, alojadas en una fina red que forma el tejido de sostén; las neuronas constituyen el elemento activo del sistema nervioso .

Se considera que las neuronas difieren entre sí; unas son sensitivas, otras elaboran los impulsos motores, algunas trabajan automáticamente, otras se hallan bajo la influencia de la voluntad, algunas están ligadas al proceso intelectual, algunas a la vida vegetativa, unas responden a fenómenos luminosos, otros a los acústicos, aún otras son irritadas por las sustancias químicas, y aunque tienen propiedades tan variadas, todas se asemejan por su composición y su estructura.

*Mielina: sustancia que rodea el neurilema o vaina de las fibras nerviosas es de color blanco y está formada por repliegues membranosos del propio neurilema. Enciclopedia Océano Color, Tomo IV, 1993. pág. 71.

El cuerpo celular que comprende el núcleo, se expande en una serie de prolongaciones filamentosas; por lo general varias dendritas y un solo axón o centroeje; las primeras son cortas y muy ramificadas; los axones por lo contrario, son casi lisos, salvo en su extremo, pero pueden alcanzar gran longitud.

Ciertas neuronas de la corteza cerebral, tienen axones que llegan a medir 70 u 80 centímetros de longitud. Este aspecto tan peculiar de la neurona es el resultado de su perfecta organización.

Las delicadas dendritas representan el aparato receptor de la célula, al recibir el estímulo, ésta reacciona, originando una onda excitadora, denominada impulso nervioso; el cual se propaga a través del axón. El impulso puede pasar de una neurona a otra por intermedio de estas prolongaciones.

Por otra parte, muchos axones poseen una envoltura de materia aislante; la mielina, que asegura que los impulsos no se desvíen antes de llegar a su destino. Cuando muchos de estos axones con sus vainas de mielina se reúnen, forman los nervios y la sustancia blanca de la médula espinal, así como del encéfalo.

Por su función, las neuronas se clasifican en diferentes tipos; ésto es importante porque ninguna de ellas puede trabajar aisladamente; cada neurona es sensible a estímulos de un solo tipo y elabora impulsos que también son únicos; pero gracias a su estructura, muchas neuronas pueden asociarse formando cadenas multiescalonadas que transmiten las excitaciones y a la vez las analizan convirtiéndolas en señales más precisas y cuanto más complicada es la sensación, tanto más complejo es el esquema de vínculos entre distintas neuronas.

Encerrado en la caja craneana y envuelto en una serie de membranas que son las tres meninges, el encéfalo se comunica por múltiples nervios con los órganos sensoriales y todas las partes del cuerpo; este órgano esta constituido por millones de células nerviosas, cuyos elementos se colocan en una disposición característica, formando dos clases de tejido: el blanco y el gris; ambas sustancias están representadas en las tres principales partes del encéfalo, que son el bulbo raquídeo, llamado a veces “tallo del cerebro”, el cerebelo y los hemisferios cerebrales o cerebro propiamente dicho.

Estos tres órganos se comunican entre sí por medio de diversas estructuras y están separados por cuatro cavidades o ventrículos de formas curvas e irregulares.

El bulbo puede considerarse como una prolongación de la médula espinal, se inicia en el raquis o el canal central de la médula espinal, presentando un abultamiento llamado médula oblonga, luego penetra en el piso inferior de la cavidad craneana, donde termina en una serie de elevaciones y se comunica con el cerebelo y los hemisferios cerebrales, aunque es muy pequeño contiene varios núcleos de materia que controlan la mayoría de las actividades automáticas e instintivas del cuerpo.

La médula oblonga no conoce el descanso, aloja el centro que dirige la respiración; diversos autores consideran que la menor lesión en esta zona conduce a la muerte inmediata.

Otros grupos de células regulan el trabajo de los órganos y glándulas internas, unas estimulan el flujo de la saliva, las secreciones del páncreas y del estómago cuando se ingieren los alimentos; otras cuidan de las dimensiones de los vasos sanguíneos y aceleran o frenan el ritmo del corazón según las necesidades del cuerpo, otras rigen la masticación, los movimientos del rostro y del cuello. Muchas de estas actividades nunca llegan a la conciencia; los impulsos se transmiten, ya sea por medio de los nervios del sistema visceral, particularmente de los nervios vagos.

Las excitaciones sensoriales de muchas clases hacen escala en el bulbo, antes de alcanzar los centros superiores del encéfalo y encuentran en este nivel, una zona densamente inervada por un sistema independiente que es el sistema reticular cuyas redcillas se extienden desde la parte superior de la médula espinal hasta la base del cerebro, encargándose de movilizar cualquier parte del SNC para el trabajo y mantenerlo despierto mientras sea necesario.

Cuando se estimula en el organismo cualquier parte de la red nerviosa, se difunden los impulsos y producen contracciones locales de los músculos en las zonas en que son activadas la neuronas.

La sinapsis se realiza a través de la conexión entre el axón de una neurona y la dendrita o cuerpo celular de la neurona siguiente, en algunas ocasiones las ramificaciones de un axón pueden establecer sinapsis con dendritas de neuronas diferentes.

Al existir una pequeña distancia entre el axón y la dendrita que establece sinapsis; no se puede considerar a la sinapsis como una conexión anatómica sino un proceso exclusivamente funcional.

El impulso nervioso, además de bioquímico puede ser eléctrico, ya que el cerebro considerado como un todo, produce también descargas eléctricas rítmicas, que son objetivizadas mediante el registro de descargas en el electroencefalograma, el cual desempeña un papel importante en el estudio de la actividad nerviosa central.

El mecanismo homeostático funciona cada vez que se da la respuesta provocada por un estímulo en el organismo, el nivel de actividad puede oscilar entre el completo reposo y un nivel muy activo de tensión.

En el ciclo normal de sueño y vigilia, la oscilación está entre los límites moderados de quietud y acción; los defectos nocivos de la actividad extrema son obvios, pero la acción extrema puede tener también serias consecuencias.

Todos estos elementos y procesos permiten conocer de una manera más íntegra la compleja función del sistema nervioso y su interacción en el desarrollo del individuo.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DEL NIÑO

La humanidad ha investigado a lo largo del tiempo, las conductas y parámetros que se presentan en las etapas de desarrollo físico y mental del individuo, por las necesidades de conocer las causas que provocan cambios o alteraciones mentales, se ha hecho hincapié en los últimos años en las características psicológicas infantiles.

Para integrar al niño a su grupo social, se pretende transmitirle su herencia cultural, sus características sociales y sus tradiciones. Estas características culturales pretenden formar una mejor persona que desempeñe la vida cotidiana y regular de la comunidad a la cual pertenece.

A continuación se mencionan varias definiciones de normalidad en su aspecto genérico:

“Normalidad: regular, ordinario, que se haya en su natural estado, que sirve de norma o regla.”³

3 DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DANAE. pág 690.

Para Charles Faber; en su obra *Administración escolar*, menciona que: "...el desarrollo normal es un proceso continuo desde la concepción, de manera ordenada y secuencial, que realizan las aptitudes del niño para adaptarse a su entorno social, ya que comprende la adquisición de nuevas respuestas; el desarrollo se da como producto final de maduración y de la forma de crianza. En ausencia de una crianza adecuada, el desarrollo variara en los aspectos físico, emocional e intelectual."⁴

El medio ambiente es otro factor que interviene en el desarrollo ya que la suma de condiciones sociales y culturales influye trascendentalmente en la vida del individuo.

El medio ambiente es otro factor que interviene en el desarrollo ya que la suma de condiciones sociales y culturales influye trascendentalmente en la vida del individuo.

Para el psicólogo estadounidense Arnold Gessell, "el comportamiento infantil se ve fijado por pautas o patrones determinados por el desarrollo ontogenético."⁵

Este psicólogo estableció conductas típicas de cada edad, a partir de las cuales puede fijarse al nivel alcanzado por cada individuo y las desviaciones con respecto a su grupo de edad .

El teórico del reforzamiento de la escuela norteamericana conductista, Burrhus Frederic Skinner, acepta la posibilidad de que: "los factores hereditarios pueden influir sobre las respuestas del organismo hasta el punto de revelar entre las especies rasgos de conducta típicos de ellas; además en el marco del laboratorio esas diferencias específicas se reducen al mínimo, si el organismo responde al estímulo previsto, accionando fácilmente el aparato experimental y si los reforzadores cumplen en verdad su función."⁶

En otras palabras, para los neoconductistas, las leyes del aprendizaje descubiertas en el laboratorio son generalizables al de las palomas, las ratas y los hombres; su metodología se basa en el supuesto de que un principio de "equipotencialidad" es habitualmente válido en el marco controlado que le ofrece el laboratorio .

*Ontogénesis: conjunto de los fenómenos del desarrollo y la diferenciación del individuo a partir del huevo fecundado. Diccionario Enciclopédico Danae. pág 974.

4 FABER, Charles. *Administración escolar. Teoría y práctica*. Ed. Paraninfo, 1974 pág. 66.

5 GESSELL, Arnold. *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Buenos Aires, 1987. Ed. Paidós. pág. 53.

6 MUSSEN, Henry, et. al. *Desarrollo de la personalidad en el niño*. pág. 129.

En su teoría de aprendizaje basada en el condicionamiento operante , la conducta se modifica por el reforzamiento.

La escuela psicológica de la Gestalt, iniciada en Alemania, marca prioridad al estudio de la percepción sobre el aprendizaje, tal y como se concibe en la psicología genética.

Las investigaciones de los primeros psicólogos gestálticos vinieron a demostrar que la percepción depende de los factores objetivos y subjetivos interdependientes y que su importancia relativa podría variar partiendo principalmente del sujeto quien de acuerdo con su relación con el medio aísla del fondo las formas dominantes; así el aspecto del objeto depende de las necesidades del sujeto.

Las investigaciones de los primeros psicólogos gestálticos vinieron a demostrar que la percepción depende de los factores objetivos y subjetivos interdependientes y que su importancia relativa podría variar partiendo principalmente del sujeto quien de acuerdo con su relación con el medio aísla del fondo las formas dominantes; así el aspecto del objeto depende de las necesidades del sujeto.

La Gestalt establece que: "... el todo es más completo que la suma de sus partes; señala que las semejanzas, proximidad, cierre y buena continuidad son factores que determinan la agrupación en figuras y su diferenciación de fondo."⁷

Este proceso se produce en la actividad del niño con referencia a objetos y fenómenos del mundo que le rodea y no puede desarrollarse de modo independiente, sino mediante las relaciones prácticas y verbales que existen entre él y las personas que lo circundan.

Esta corriente defiende el aprendizaje por insight, es decir, la aparición de una solución completa con referencia a la total distribución del campo. El pensamiento en términos de comprensión de los requisitos estructurales de una situación y la solución de los problemas consiste en un proceso de sucesivas reformulaciones del problema hasta que alcanza una formulación adecuada.

Para Jean Piaget, un desarrollo normal en el individuo llevará siempre la consecución de los diferentes estadios del desarrollo conforme a la edad cronológica, ya que el niño construye los conocimientos y estructuras intelectuales con la interacción del medio.

7 CRUSKHANK, William M. El niño con daño cerebral. Ed. Trillas. México, 1988. pág.170.

El conocimiento es una actividad permanente y se analiza su evolución desde los niveles más elementales hasta los más complejos.

Lo que otros autores denominan como fase de desarrollo, Piaget lo define como estadio; en cada uno de estos niveles se considera fundamentalmente que el orden de sucesión de las adquisiciones sea constante, e insiste claramente que no se trata de un orden cronológico rígido, sino de un orden secuencial donde las operaciones* del estadio anterior se integran en el siguiente y por lo tanto son parte esencial de los años posteriores.

La adquisición de las diferentes clases de operaciones, es el punto central del crecimiento intelectual; así el niño pasa a través de los estadios para llegar gradualmente a la etapa mas madura de todas durante la adolescencia.

En este enfoque son dos las funciones que caracterizan a todo organismo vivo: la organización y la adaptación. El desarrollo intelectual consiste en cambios progresivos o secuenciales de la estructura de la organización; las estructuras o sistemas cognoscitivos cambian con la adaptación, misma que se compone de dos procesos invariables: asimilación y acomodación.

Cuando el niño aplica estructuras cognoscitivas existentes a una nueva idea, la organización cambia para acomodar la información reciente, al mismo tiempo esta idea se asimila o se incorpora a las estructuras cognoscitivas existentes. La asimilación y la acomodación provocan cambios en las estructuras intelectuales, permitiendo al individuo hacer frente al ambiente en constante cambio.

La asimilación y la acomodación sirven de base a todas las adaptaciones de las estructuras y mantiene un estado de equilibrio.

Los actos interiores y exteriores están contemplados como una necesidad, misma que es el indicador de que se ha producido un desequilibrio en las estructuras y no volverá a restituirse hasta que la carencia quede satisfecha.

* Una operación es una clase de rutina mental que transforma la información con algún fin y el niño puede ejecutar la operación de forma reversible. Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. España, 1981. Ed. Diagonal Santillana. Tomo II. pág. 174.

Una vez que se ha restituido el equilibrio, tiende a que en cada nueva construcción, pueda avanzarse en el camino de la madurez fisiológica y psicológica, ya que el individuo trata de asimilar el mundo exterior a sus estructuras ya constituidas, a reajustar o acomodar éstas a la interacción con los objetos externos.

Desde las acciones sensoriomotrices más elementales, hasta las operaciones intelectuales más refinadas tales como: reunir, ordenar o poner en correspondencia una situación con otra, pero interiorizadas y ejecutadas en pensamientos, el conocimiento está constantemente ligado a acciones y operaciones.

La frontera entre el sujeto y los objetos no está trazada de antemano y sobre todo, no es absolutamente estable; toda acción hace intervenir a los objetos y al individuo de un modo asociado y la conciencia que toma la persona de su acción conlleva todo tipo de caracteres subjetivos, de los cuales le es imposible saber, sin un largo ejercicio, lo que depende de sí mismo en tanto que es sujeto activo y lo que depende de la acción como tal, en cuanto se cumple la transformación de un estado inicial en un estado final.

En el campo de la psicología genética, los cuatro estadios del desarrollo de la personalidad son los momentos que marcan la aparición de estructuras sucesivamente construidas y son las que a continuación se marcan:

ESTADIO DE LA INTELIGENCIA SENSORIO-MOTRIZ

Conocida también como práctica anterior al lenguaje, a esta etapa corresponden las primeras tendencias intuitivas y las primeras emociones; al nacer, el bebé está dotado de una serie de reflejos que le ayudan a satisfacer sus necesidades primarias. Aún dentro de la aparente rigidez de estas conductas iniciales, su ejercitación da lugar a notables progresos; el reflejo de succión que es innato, se ejercita, no sólo para poder alimentarse, sino que progresivamente se empleará en los dedos y más adelante en cualquier objeto susceptible de ser llevado a la boca.

Su aprendizaje depende casi por entero de experiencias sensoriales inmediatas y de actividades motoras o movimientos corporales. Durante sus primeros días, los niños experimentan y exploran el medio ambiente mediante sus reflejos innatos, con el tiempo se adaptan a su medio, asimilando experiencias nuevas y acomodando o cambiando sus reflejos. Poco tiempo después se puede advertir que el bebé se mete en la boca, y

chupa de diferente modo, distintos objetos, según se trate de un biberón, un juguete, una manta o un pulgar. El llanto del niño también es diferente según la causa que lo genere: hambre, dolor o fatiga.

Los niños recién nacidos se limitan a mirar fijamente los objetos que están justo delante de sus ojos, pero en las siguientes semanas los ojos se dedican a seguir a los objetos en movimiento, alargando la mano para alcanzarlos, lo que denota que ya hay una intención. La rapidez con que se producen éstos y otros progresos similares depende en gran medida del medio ambiente en el que se halla el niño.

“El aprendizaje en el estadio sensorio-motor depende en gran medida de las actividades físicas del niño, caracterizadas por el egocentrismo, la experimentación y la imitación”.⁸

8 ENCICLOPEDIA DE LA PSICOPEDAGOGÍA. Pedagogía y Psicología. Ed. Océano Grupo Editorial. Barcelona 2001. pág. 68.

El egocentrismo es la incapacidad para pensar en acontecimientos u objetos desde el punto de vista de otra persona, se cree que los bebés recién nacidos son por completo inconscientes de cualquier otra cosa que no sean ellos mismos, conforme transcurre este estadio aún tiene una idea independiente de los razonamientos o sentimientos de otras personas.

“La manipulación intencional de objetos, eventos o ideas manifiesta la experimentación y, de acuerdo con Piaget, es una base importante para el aprendizaje en la primera infancia”⁹

Conforme se dan los primeros sentimientos diferenciados, se inicia también la aparición de nuevas conductas sensitivas y motoras; la percepción conforma estructuras más complejas: el niño sonríe y reconoce a la madre, aunque todavía no la ubique como una realidad externa a su persona.

En las relaciones afectivas elementales y en las primeras fijaciones exteriores de la afectividad, éstas aparecen mucho antes que el lenguaje y en vez de palabras se sirve de esquemas de acción que tienen una finalidad eminentemente práctica, por ejemplo: cuando un niño tira de una manta para llegar a un objeto que está depositado sobre ella, demuestra poseer ya una conducta inteligente.

9 ENCICLOPEDIA DE LA PSICOPEDAGOGÍA. Pedagogía y Psicología. Ed. Océano Grupo Editorial. Barcelona 2001. pág. 68.

9 Ibid. pág. 69

Cuando el niño lame, frota o sacude un objeto, a través de estas acciones, los está incorporando a sus esquemas de acción; hasta este momento, el pequeño no hace distinción entre su propio yo y el mundo exterior; la realidad es percibida en tanto le afecte directamente, pero una vez que desaparece de su vista, se desvanece por completo de su conciencia; sólo existe en función de su propia subjetividad; ésto es lo que el autor denomina como egocentrismo inconsciente.

Cerca del final del primer año, los niños pueden copiar con bastante precisión varios movimientos físicos, imitando los movimientos y sonidos de las personas así como de un determinado animal o juguete.

A la edad de dos años, pueden representar o imitar actos o cosas que no están presentes, la imitación diferida indica que el niño puede formar imágenes mentales y recordar algo que ha sucedido en el pasado. El niño es capaz de pensar en el sentido estricto de la palabra.

Durante este primer estadio del desarrollo cognoscitivo, el niño entiende muy poco el lenguaje y sabe incluso menos acerca de cómo utilizarlo para conseguir comunicarse con otras personas, no son capaces de entender los argumentos lógicos que los padres utilizan para explicar lo que hacen y como se comportan ellos, por lo que muchos esquemas sólo pueden elaborarse en estadios posteriores.

Este primer período abarca los veinticuatro meses iniciales aproximadamente, manifestándose así los primeros hábitos elementales, ya que las sensaciones, percepciones y movimientos propios del niño inician la asimilación y la acomodación.

ESTADIO PREOPERATORIO

Es entre los 2 y los 7 años que el niño se guía principalmente por su intuición, más que por su lógica, se manifiestan los sentimientos interindividuales espontáneos de las relaciones sociales con el adulto y se inicia la adquisición del lenguaje, que permite unir la acción a la palabra y posteriormente la utiliza para reconstruir acciones pasadas y anticipar las futuras.

A pesar de que en este estadio el niño utiliza muy poco la lógica, usa un nivel superior de pensamiento que el que caracteriza al estadio sensoriomotor. El desarrollo mental

implica la posibilidad de relación con otros individuos y la interacción de la palabra. La primera etapa del pensamiento esta basada en la incorporación, que es la etapa del pensamiento simbólico, caracterizada por juegos de imitación como las representaciones de la realidad a través de las actividades lúdicas.

El juego simbólico no es un esfuerzo de sumisión del sujeto a lo real, sino de asimilación de lo real al Yo, esta función tiene un gran desarrollo entre los 3 y los 7 años y es un medio de adaptación intelectual y afectiva.

Se puede observar el simbolismo no verbal cuando el niño utiliza los objetos con fines diferentes de aquellos para los fueron creados, los utiliza como símbolos de otros objetos.

La utilización de lenguaje o signos verbales que representan objetos, acontecimientos y situaciones, le permite descubrir cosas acerca de su medio, en parte gracias a las preguntas que formula y en parte a través de los comentarios que hace, permitiendo que desarrolle y perfile sus capacidades intelectuales.

Piaget afirma que el lenguaje es esencial para el desarrollo intelectual en tres aspectos: “El lenguaje permite compartir ideas con otros individuos y comenzar el proceso de socialización, esto a su vez reduce el egocentrismo. La expresión oral ayuda al pensamiento y a la memoria, pues ambas funciones requieren la interiorización de acontecimientos y objetos. También permite a la persona utilizar representaciones e imágenes mentales al realizar experimentos mentales”.¹⁰

En la utilización del pensamiento intuitivo, el niño no ha accedido a un estado lógico total; se guía por su intuición y valora la cantidad de un objeto por el espacio que éste ocupa y no por criterios que se pueden cuantificar. La incapacidad para conservar impide que el niño pueda resolver muchos problemas en este estadio ya que no reconoce que un cambio perceptivo en un objeto no implica necesariamente un cambio sustantivo en él.

En este periodo hay una serie de acontecimientos en donde el niño empieza a preguntar el por qué de las cosas, pero aún no busca el significado indiferenciado entre la causa y el efecto.

¹⁰ Ibid. pág. 78.

El lenguaje es una interiorización por medio de signos verbales y sociales, transmisibles oralmente, pero el pensamiento en este estadio sigue una sola dirección, hasta el momento es irreversible; la subjetividad en su punto de vista y su incapacidad de situarse en la perspectiva de los demás repercute en el comportamiento infantil.

“Cada niño pasa del razonamiento prelógico al lógico a diferentes edades, el proceso de avance hacia un nivel superior es continuo, ya que la capacidad para el razonamiento lógico de una persona se desarrolla lentamente, afrontando nuevas y más difíciles tareas, sin embargo, el mayor cambio global en el proceso cognitivo a lo largo del estadio preoperatorio se observa de los 5 a los 7 años”.¹¹

ESTADIO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS

Este período se sitúa entre los 7 y los 12 años, permitiendo el inicio del pensamiento lógico y de los sentimientos morales, así como el ingreso a la Escuela Primaria que implica cambios importantes en el orden mental, afectivo y social. El niño empieza a distinguir su propio punto de vista y el de los demás, está capacitado para reflexionar sobre los acontecimientos de la vida cotidiana y para discutir consigo mismo.

El pensamiento egocéntrico de la etapa anterior cede su lugar al pensamiento lógico; Piaget define esto como: “atomismo* en la forma del pensamiento infantil caracterizado por que el todo explica la composición de las partes”.¹²

Sin embargo, en este periodo los niños utilizan la lógica y realizan operaciones con la ayuda de apoyos concretos, si se le da a un niño menor de 7 años, dos bolitas de masa para moldear y ambas tienen las mismas dimensiones y peso y, posteriormente, se convierte a una de ellas en una bola aplastada o en cualquier otra forma, el niño concluirá que la cantidad de materia varía al igual que el peso y el volumen, posteriormente el niño admite que la materia permanece constante, pero cree que el peso y el volumen sigue variando. Más adelante acepta que la materia es constante y que el volumen cambia; la culminación de esta etapa llega cuando puede distinguir perfectamente la materia, el peso y el volumen.

11 Ibid. pág 83.

12 UPN. Antología. El desarrollo del niño. México, 1987. pág. 99.

*atomismo: teoría lógica según la cual la realidad esta constituida por elementos directamente cognoscibles que guardan entre si relaciones de la naturaleza lógica. DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO UNIVERSAL. Tomo I. pág. 108.

El pensamiento intuitivo ha dado paso al pensamiento lógico, cuya característica principal es la reversibilidad que implica la posibilidad de volver al punto de partida. Si bien en Educación Preescolar se ha iniciado este proceso, es en la etapa de la Educación Primaria que se fortalece.

El niño que atraviesa el estadio de operaciones concretas analiza percepciones, advierte pequeñas pero a menudo importantes diferencias entre los elementos de un objeto o acontecimiento y puede establecer una diferencia entre la información relevante y la irrelevante en la solución de problemas, se producen también cambios en las conductas egocéntricas, imitativas y repetitivas del estadio anterior.

Es en este desarrollo que el niño muestra una mayor conciencia de los aspectos que deben tenerse en cuenta en una situación dada de resolución de problemas y es más lógico en la resolución de problemas.

Piaget habla de: “estructuras de agrupamiento que el niño utilizará en problemas de seriación y clasificación; puede establecer diferencias numéricas, relacionar la duración, el espacio y la idea de la velocidad, la coordinación de acciones y percepciones que son la base del pensamiento operatorio individual”.¹³

Este estadio señala un gran avance en cuanto a la socialización y objetivación del pensamiento. Los niños son capaces de una auténtica colaboración en grupo, ellos toman en cuenta las reacciones de quienes los rodean, su conversación es el monólogo cotidiano y a su vez se convierte en diálogo o discusión en sus relaciones interindividuales.

ESTADIO DE LAS OPERACIONES FORMALES

Entre los 12 y los 15 años aproximadamente, los niños han superado con éxito los estadios anteriores y comienzan a efectuar operaciones formales; un pensamiento altamente lógico sobre conceptos abstractos e hipotéticos. El estadio de las operaciones formales es el estadio final del desarrollo cognoscitivo según la teoría de Piaget.

¹³ Ibid. pág. 102.

En este estadio, una vez que el niño ha aprendido las operaciones precisas para resolver problemas abstractos e hipotéticos, el aprendizaje posterior se refiere únicamente a cómo aplicar estas operaciones a nuevos problemas.

“La iniciación de las relaciones afectivas e intelectuales en el mundo de los adultos; son paralelas a las manifestaciones de la adolescencia con los cambios fundamentales en el pensamiento formal de las operaciones que hacen posible la integración en un sistema de conjunto frente a los problemas por resolver y utiliza los datos experimentales para formular hipótesis”.¹⁴

De esta manera puede manejar sus proposiciones y confrontarlas en un sistema reversible utilizando operaciones proporcionales, disyuntivas y exclusiones.

Piaget subraya que: “los progresos de la lógica en el adolescente van a la par con otros cambios del pensamiento, ya que empieza a darle mayor importancia al aspecto afectivo, en este rubro, el joven se caracteriza por mantenerse al margen de los aspectos sociales, debido a su gran capacidad para construir teorías abstractas y utópicas.”¹⁵

Los niños que están en el estadio de las operaciones formales pueden ser cada vez menos egocéntricos a medida que van considerando más claramente los factores que están implicados en las situaciones complejas; por lo tanto pueden pensar con mayor facilidad en distintos resultados y posibilidades.

La reflexión tiene como motor exclusivo la realidad concreta, el adolescente elabora hipótesis filosóficas, estéticas o políticas de naturaleza no práctica y su pensamiento es omnipotente, hasta que gradualmente se produce un ajuste con la realidad; el equilibrio se alcanza cuando la reflexión no corresponde a la contradicción sino a la anticipación e interpretación de los hechos.

Todos los enfoques pretenden explicar la evolución psíquica del hombre tomando en cuenta la interacción con su ambiente.

14 Ibid. pág. 104.

15 ENCICLOPEDIA DE LA PSICOPEDAGOGÍA. Pedagogía Y Psicología. Ed. Océano Grupo Editorial. Barcelona, 2001. pág. 104.

CAPITULO II

CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN

Vivir es luchar.
Séneca.

LA ANORMALIDAD

El éxito obtenido por los pequeños en cada actividad emprendida durante sus primeros años de vida, es motivo de amplia satisfacción para los padres y parientes; los rasgos sobresalientes enmarcan el comienzo de una vida organizada y feliz del individuo.

El talento que muestran estos niños corresponde en gran medida al buen desarrollo de su organismo y de la interacción con el medio ambiente que le permite construir su propio conocimiento.

Un organismo sano tiene mayores posibilidades de adaptación, aunado a la gran variedad de estímulos que encuentra en el contexto que le rodea. “Por lo tanto en condiciones favorables se presentan las siguientes características que establece la autora M. P. Pavel:

- Ausencia de deformaciones morfológicas visibles
- Actitud funcional dentro de la norma de la especie
- Rendimiento vital adecuado en la sociedad como en las expectativas que tiene en sí mismo.
- Pautas de conducta adecuadas a las normas sociales”.¹⁶.

Simultáneo a lo anterior citado, existen otros individuos que encuentran mayores dificultades para adaptarse a las actividades que se consideran propias en su grupo y a sus contemporáneos.

Cuando un individuo carece de una o varias habilidades que obstaculizan su desarrollo normal, se le ubica dentro de un parámetro de anormalidad.

16 PAVEL Martha P. Los niños preescolares o el jardín de infantes. pág. 326

Existen instrumentos psicológicos y tests que tienen como objetivo principal medir el grado de capacidad para efectuar una tarea específica.

La clasificación de características anormales solo puede darse en un nivel comparativo.

“En su más amplia acepción se llama anormal a toda personalidad que se aparta del promedio. La principal característica diferencial entre la persona anormal que no representa más que una desviación del promedio, una variación extrema de un tipo humano y la verdaderamente patológica reside en que la segunda suele considerarse resultado de un proceso casual”.¹⁷

La personalidad del niño al nacer es potencial y se desarrolla condicionada por el crecimiento, por las leyes de maduración y el contexto cultural que posibilitan los nuevos procesos psicológicos.

Entre las diferentes anormalidades intelectuales existen desviaciones permanentes y aquellas que son remediabiles o se autocorrigen; también deben reconocerse tipos mixtos y síndromes parciales.

Estos problemas son enormemente complejos, por el hecho de que tratan con organismos en evolución cuyo desarrollo tiene pasado, presente y futuro.

La integración biológica del SNC depende de una multitud de factores.

Los antecedentes de la madre tienen un efecto vital sobre la gestación del niño, y la interacción entre el huésped y ambiente continúa tras el nacimiento, con la presencia de factores socioculturales que afectan el nivel psicológico de integración, no sólo en lo que se refiere a las oportunidades culturales y educacionales, sino también por los efectos de la enfermedad y la desnutrición sobre el sustrato biológico.

Asimismo, los factores etiológicos previos representan otro aspecto, en particular, las complicaciones en la gestación y peso natal bajo, más sus secuelas neuropsiquiátricas, se encuentran con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos inferiores.

Hay un componente letal indicado por los abortos, nacidos muertos y defunciones neonatales.

17 DICCIONARIO DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. Ed. Santillana. Tomo I. España 1981. pág. 69.

“Según el sitio y el grado de la lesión, las criaturas sobrevivientes pueden manifestar un amplio espectro de trastornos: la lesión grave ocasiona gran incapacidad por disfunción del SNC, como sucede en la parálisis cerebral, epilepsia y deficiencia mental; los daños menores bastan para desorganizar el desarrollo del comportamiento y deprimir los umbrales frente al stress, de lo cual resultan todos los tipos de incapacidad conductual y educacional”.¹⁸

A continuación se exponen los significados que para diversos autores tienen las anormalidades intelectuales: Para Roberto Ingalls, el retardo mental es: “un mal funcionamiento en el SNC que afecta la conducta del niño, teniendo como consecuencia ciertos padecimientos o enfermedades como epilepsia o parálisis cerebral”.¹⁹

Para este autor existen dos categorías de retardo mental, uno pertenece a los sujetos con señales de anormalidad orgánica que tienen por consecuencia la negación de las capacidades mentales y los cataloga como retardados orgánicos; en el otro grupo no aparece ninguna causa biológica evidente que justifique sus escasas facultades mentales; a este último grupo pertenecen los retardados familiares o funcionales.

Stephens L: Yelon, en su obra *La psicología en el aula*, establece que: “el retardo mental es un funcionamiento intelectual general abajo del promedio del cual se origina el periodo de desarrollo y está asociado al deterioro de la conducta adaptativa”.²⁰

Para Arnold Gesell la deficiencia mental es: “... una aptitud intelectual subnormal causada por una condición patológica del cerebro y el resultado de una variedad de procesos mórbidos* que pueden aparecer en cualquier momento durante el período evolutivo”.²¹

Define este mismo autor que: “el daño es una lesión encefálica permanente, que determina crisis convulsivas, parálisis cerebral y diferentes formas de retraso mental”.²²

Isabelle Rapin, en su trabajo *Disfunción cerebral en la infancia*, cataloga la deficiencia mental como: “una disminución general de la competencia conductual a un factor estático y presente desde la infancia”.²³

18 GESELL, Arnold. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Ed. Paidós, 1989. pág. 152.

19 INGALLS, Roberto P. Retraso mental. La nueva perspectiva. 1988. pág. 79.

20 YELON, Stephen L. La psicología en el aula. México, 1988. Ed. Trillas. pág. 62.

21 GESELL, Arnold. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Ed. Paidós, 1989. pág. 87.

22 Ibid. pág. 90.

23 RAPIN, Isabelle. Disfunción cerebral en la infancia. Ed. Martínez Roca. España 1987. pág. 45.

El doctor Ramón de la Fuente Muñiz; en su libro *Psicología Médica*, menciona que: "...clínicamente se distingue una forma primaria de daño cerebral debido a un factor genético, que se trasmite con un carácter recesivo debido a las lesiones cerebrales producidas después de la concepción".²⁴

En *el Diccionario de las Ciencias de la Educación*, la disfunción es descrita como un sufrimiento o afección de manifestación clínica muy variada, en donde sin ser detectable lesión orgánica alguna, sí existe una alteración funcional no específica, detectada a través de la alteración de las conductas.²⁵

Cashdan Sheldon señala que los individuos con disfunción que presentan trastornos en el lenguaje, reflejan su pensamiento de manera poco convencional por medio de la expresión oral".²⁶

El retraso en el desarrollo motor es una condición caracterizada por un retardo en la adquisición de las habilidades motoras, propias de la edad cronológica del niño, que puede ser producto de una inmadurez, disfunción o lesión cerebral.

Arnold Gesell define la disfunción neuromotriz como: "la incapacidad neuromotriz que dificulta la función y limita la capacidad del niño para desarrollar funciones motrices. Este se halla ante una doble insuficiencia: déficit de la función impuesto por la incapacidad y déficit que ésta impone sobre el aprendizaje de la función".²⁷

Isabelle Rapin, el déficit de la atención es consecuencia de un daño, lesión o trastorno del desarrollo, que puede ser una alteración bioquímica o eléctrica del Paracerebro, las personas que manifiestan este trastorno, presentan déficit en las destrezas motoras, de lenguaje y de aprendizaje, no obstante que presentan una inteligencia alrededor del promedio.

Algunos autores han indicado que los signos motores suaves que presentan algunos niños con trastorno por déficit de la atención, como la torpeza o la incapacidad para inhibir movimientos simultáneos en espejo, sostener los dedos quietos mientras se mantienen los brazos extendidos y las manos al frente, no reflejan daño cerebral, sino inmadurez en el desarrollo del cerebro.

* mórbido: que padece enfermedad o la ocasiona, presa de un desequilibrio enfermizo. Enciclopedia Encarta 2000.

24 FUENTE Muñiz de la, Ramón. *Psicología Médica*. Ed. FCE. pág. 37.

25 DICCIONARIO DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. Tomo I. Ed. Santillana. pág. 371.

26 SHELDON, Cashdan. *Psicología de la conducta anormal*. Ed. P: Hold Internacional. pág. 135.

27 GESELL, Arnold. *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Ed. Paidós 1989. pág. 232.

Algunos autores han indicado que los signos motores suaves que presentan algunos niños con trastorno por déficit de la atención, como la torpeza o la incapacidad para inhibir movimientos simultáneos en espejo, sostener los dedos quietos mientras se mantienen los brazos extendidos y las manos al frente, no reflejan daño cerebral, sino inmadurez en el desarrollo del cerebro.

Denkla es uno de varios autores que trata de hacer una distinción entre aquellos signos suaves, que aunque pueden ser muy sutiles, serían anormales en cualquier edad y aquellos que sería normal encontrar en niños más pequeños.

La implicación sería que los primeros estarían reflejando evidencia de lesión cerebral, mientras que los otros no.

Las consecuencias de la disfunción cerebral en el Trastorno por Déficit de la Atención (TDA en lo sucesivo) variarán considerablemente, no sólo según la localización y extensión de la afección, sino también las características del niño que las presente; además el resultado está influido por la plasticidad del cerebro, el grado de recuperación y reorganización de que el mismo es capaz.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN

A través de los años, los términos utilizados para designar estas alteraciones han sido múltiples y han proporcionado diversas interpretaciones, como una escasa comunicación y definiciones de conceptos tales como: "... síndrome de daño cerebral, daño cerebral mínimo, daño cerebral difuso, síndrome coreiforme, lesión cerebral mínima, síndrome del niño torpe, trastorno específico del aprendizaje, etc...".²⁸

Estos niños muestran cambios conductuales en particular, discapacidades de aprendizaje, sin exhibir los signos clásicos de patología cerebral manifiesta.

El TDA con hiperactividad, es un problema crónico del comportamiento que es muy frecuente en la infancia y en la adolescencia. Tiene una prevalencia entre 3 y 5 por ciento de la población en edad escolar y posteriormente hasta un dos por ciento de la población adulta.

28 CALDERÓN González, Raúl. El niño con disfunción cerebral. pág 16

Algunos autores han indicado que los signos motores suaves que presentan algunos niños con trastorno por déficit de la atención, como la torpeza o la incapacidad para inhibir movimientos simultáneos en espejo, sostener los dedos quietos mientras se mantienen los brazos extendidos y las manos al frente, no reflejan daño cerebral, sino inmadurez en el desarrollo del cerebro.

“El TDA con hiperactividad es más frecuente en el género masculino, se caracteriza por una conducta persistente en más de 6 meses caracterizado por falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad. Este comportamiento influye en la actividad académica y social.”²⁹

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders], “...las personas con TDA con hiperactividad, pueden mostrar alguno de los tres(sic) tipos de comportamiento:

- Distraerse fácilmente con imágenes y sonidos irrelevantes
- Falta de atención a detalles y descuidos
- Seguir ocasionalmente instrucciones con cuidado y por completo
- Perder u olvidarse de cosas tales como juguetes, libros y herramientas que se necesitan para una tarea

Algunas señales de hiperactividad son:

- Sentirse inquieto o a menudo agitándose nerviosamente
- Comiendo, trepando o dejando el asiento en situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado y se comporte con tranquilidad
- Adelantarse con respuestas antes de terminar la pregunta
- Dificultad de esperar su turno”.³⁰

29 CAMPISTOL, Jaume (2001).TDA-H. [Electrónico]. Todito.com.

<http://profesional.medicinatv.com/webcast/muestra>. [Recuperado el 20 de Noviembre,2002, de World Wide Web.]

30 NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. (2002).TDA-H. [Electrónico]. Todito.com.

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/spadhd.cfm>. [Recuperado el 24 de Noviembre,2002, de World Wide Web.]

P. Pavel, así como otros autores norteamericanos, coinciden en señalar que los signos que manifiesta el TDA son: trastornos de la conducta motora, trastornos de la atención y percepción, dificultades de aprendizaje, trastornos del lenguaje, trastornos en el control de los impulsos, alteraciones interpersonales y trastornos afectivos.

Las consecuencias del TDA dependen, en parte, de las características particulares del individuo que las presente, y su influencia es diferente en cada individuo ya que difícilmente se encuentran dos cuadros iguales.

Principalmente, resulta problemático conocer la etiología del síndrome, por la dificultad de determinar los síntomas en el sitio y el tamaño de la lesión, así como por el momento de desarrollo en el que se presente, ya sea vida intrauterina o perinatal.

“Las alteraciones en el metabolismo y en la excitabilidad neuronal, pueden tener una influencia perturbadora en la conducta, tan importante como una lesión estructural; algunas alteraciones bioquímicas, al inactivar un neurotransmisor específico pueden tener características de patología focal, puesto que la distribución de muchos neurotransmisores es restringida y solamente las vías en que dicho neurotransmisor está activo se afectarían”³¹

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Americana, explica que las lesiones estructurales o bioquímicas que ocurren durante la vida fetal, pueden desviar los programas genéticos para el desarrollo; el resultado puede ser una alteración macroscópica en la organización del cerebro, es decir una malformación y en otras ocasiones se dan posteriores alteraciones más sutiles que pueden retardar el ritmo de desarrollo y ser responsable de un rezago madurativo; sin embargo, el estímulo que puedan desarrollar los individuos en los aspectos orgánicos, cognitivos y ambientales permite salvar proporcionalmente la incapacidad ante las diferentes actividades a que los enfrenta el medio en que se desenvuelve.

Las características básicas de este déficit consisten en falta de atención, impulsividad e hiperactividad; los niños que lo padecen generalmente presentan alteraciones en alguna de estas áreas.

31 FITZGERALD, Hiram E. et. al. Psicología del desarrollo. Ed. Manual Moderno. Bogotá 1993.pág. 70.

El TDA se manifiesta de muchas formas tanto en casa como en la escuela, el trabajo u otras situaciones sociales, su intensidad puede variar en cada caso; sin embargo, algunos niños presentan signos del trastorno solamente en una situación como en el hogar o en el centro escolar; los síntomas se hacen más evidentes en aquellas labores que requieren atención sostenida, como escuchar al profesor en clase, atender a una reunión, hacer ejercicio en clase o hacer la tarea; las características del trastorno pueden ser mínimas, no aparecer cuando el niño recibe apoyo y reforzamiento con frecuencia, o se encuentra bajo un control muy estricto; también cuando se halla en un lugar nuevo o en una situación que requiera el contacto persona a persona.

En la clase la falta de atención y la impulsividad se ponen de manifiesto por una falta de persistencia en las tareas, también por una desorganización al realizar su trabajo. El niño a menudo da la impresión de que no está escuchando, los ejercicios escritos presentan falta de limpieza, descuido y se realizan en forma impulsiva y desorganizada.

La impulsividad puede ser motivada por la presencia de respuestas precipitadas antes de que acaben de formularse las preguntas, por comentarios fuera de lugar, por no esperar su turno en los juegos de equipo, cuando no acaba de escuchar las indicaciones de un trabajo antes de iniciarlo, por interrumpir las explicaciones en clase o por distraerse y hablar con otros niños durante el desarrollo del trabajo escolar.

La hiperactividad puede manifestarse por una dificultad en permanecer sentado, dar saltos, correr en el salón, o molestar a los compañeros, mover objetos insistentemente, retroceder y moverse continuamente en el asiento, gritar y/o interrumpir.

En casa la falta de atención puede apreciarse por una incapacidad para seguir las peticiones o las instrucciones y en cambios frecuentes de una actividad no acabada a otra.

La impulsividad se manifiesta por una interrupción constante en las actividades que realizan otros miembros de la familia y por su conducta propensa a los accidentes como: tomar objetos delicados de manera riesgosa o acercarse sin cuidado a lugares peligrosos.

Con los compañeros, la falta de atención es clara cuando se trata de seguir las reglas de un juego organizado o escuchar a otros niños.

La hiperactividad puede manifestarse por una conversación excesiva, por la incapacidad para jugar tranquilo y también por no poder regular su propia actividad conforme a las necesidades del juego.

Este trastorno puede obedecer a numerosas causas de origen genético y ambientales, semejantes a las que produce el daño cerebral, pero los factores etiológicos actúan en forma diferente sobre las alteraciones que sufre el SNC ya que interviene específicamente en los mecanismos autónomos y fisiológicos de los procesos madurativos.

En el caso del daño cerebral las lesiones que se producen son de carácter irreversible, hasta el momento, aunque recientes investigaciones empiezan a dar ciertas esperanzas.

FACTORES QUE DETERIORAN EL AMBIENTE PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL

FACTORES PRENATALES

La formación intrauterina del feto es definitiva para el desarrollo de su vida futura, ya que en el periodo prenatal el producto depende íntegramente del organismo de la madre y si a su vez se dan algunas alteraciones genéticas o ambientales, el resultado es con frecuencia una malformación congénita u otro tipo de padecimiento.

Gran número de personas conoce la importancia que tiene la nutrición en la vida, además de que los expertos afirman que la mala alimentación de la madre es el factor más importante de todos los que afectan el desarrollo prenatal, pues de existir una cantidad inadecuada de vitaminas y aminoácidos, suele aparecer bajo peso corporal en el feto.

Pero no toda desnutrición depende directamente de la cantidad de alimento que se consume; algunos desórdenes clínicos relacionados con la nutrición de la madre pueden deberse a desajustes placentarios y uterinos que provocan un nacimiento prematuro.

Fitzgerald y Strommen en sus estudios, enfatizan que en general: "...una desnutrición grave puede provocar efectos degradantes o disminución sobre el encéfalo y el SNC en desarrollo, anormalidades en las ondas encefálicas y deterioro del sistema visual. Se puntualiza las deficiencias nutricionales provocan carencia mental, inestabilidad nerviosa, parálisis cerebral, falta de peso al nacer, raquitismo, debilidad física y en ocasiones la muerte".³²

Las enfermedades infecciosas constituyen un peligro potencial para el feto en desarrollo, especialmente durante el primer trimestre del desarrollo prenatal.

La incompatibilidad sanguínea fetal materna fue uno de los desórdenes más frecuentes en la mujer gestante, ya que si ella presentaba el factor RH negativo y el feto RH positivo, debido a la aportación genética del padre, la irrupción de la sangre del feto a través del cordón umbilical, generaba la reacción de respuesta por parte del organismo de la madre produciendo anticuerpos con el antígeno RH del feto, los cuales pasaban un filtro placentario, provocando la destrucción de los eritrocitos del feto, causándole daños en el cerebro, hígado y la sangre.

En la actualidad, afortunadamente la incompatibilidad sanguínea puede tratarse satisfactoriamente; anteriormente este problema significaba el intercambio de sangre del bebé después del nacimiento.

Debido al uso cada vez más extenso de medicamentos, es importante poner más atención a los posibles efectos nocivos que pueden tener los organismos en desarrollo; por ejemplo, la problemática social del empleo del fármaco denominado talidomida en la década de los 60's, en la que intentando disminuir las molestias del embarazo, produjo muchas deformaciones físicas muy graves, como el desarrollo incompleto de los brazos, de las piernas, de ambas extremidades y del organismo en general.

Diferentes grupos de especialistas han descubierto que los narcóticos atraviesan fácilmente la placenta, produciendo sufrimiento fetal: otra droga que altera la estructura en los leucocitos de la sangre es la heroína, que produce defectos físicos, como deficiencia mental e hidrocefalia; también la nicotina es extremadamente tóxica: acelera el ritmo cardíaco del feto y está ligada al nacimiento prematuro y a problemas de bajo peso.

³² Ibid. pág 59.

Por otra parte, se pudo comprobar también, que la aspirina produce efectos nocivos en el corazón del feto, por ejemplo, cardiopatías.

La exposición a radiaciones de rayos X puede provocar retraso mental y retraso en el crecimiento.

La energía radiante brinda métodos valiosos para el diagnóstico clínico y algunas veces en modalidades terapéuticas, pero a su vez es mutágeno, potente y destruye las células y la vida.

Se ha establecido que la edad óptima en la mujer para dar a luz está comprendida entre los 20 y los 29 años; un alto porcentaje de problemas fetales se encuentra en mujeres de 40 años o más, principalmente el síndrome de Down.

Algunos investigadores han encontrado que las mujeres gestantes que no están satisfechas con su posición social, son emocionalmente inestables, que han sufrido violación, son más ansiosas o sufren una inadaptación emocional durante el embarazo, los efectos de esta ansiedad, perturbación o tristeza crónica tienen como consecuencia generalmente en el bebé la hiperactividad, irritabilidad, el llanto y dificultades para su alimentación.

Aunque no existe una conexión directa entre el sistema nervioso de la madre y del feto, el estado emocional de la gestante puede influir en las reacciones y el desarrollo del feto.

Menciona Paul Henry Mussen en su libro *Desarrollo de la personalidad en el niño*, que las emociones como la ira, el miedo y la ansiedad ponen en acción el sistema nervioso autónomo de la madre y se liberan en la corriente sanguínea algunas sustancias químicas como la acetilcolina y la epinefrina.

Además, en tales circunstancias, las glándulas endocrinas, particularmente las suprarrenales, secretan diferentes clases y cantidades de hormona; el metabolismo celular también se modifica, es decir, cambia la composición de la sangre y nuevas sustancias químicas se transmiten a través de la placenta, con lo que se producen cambios en el sistema circulatorio del producto.

Estos cambios son irritantes para el feto, a través de estudios se ha revelado que los movimientos corporales del feto aumentaban en varios cientos por ciento cuando las mujeres embarazadas estaban pasando por una tensión emocional; si la perturbación

de la madre duraba varias semanas, la actividad fetal proseguía a un ritmo exagerado a lo largo de todo el periodo; cuando estos desórdenes eran breves, la irritabilidad incrementada solía durar varias horas.

En todos los estudios que Bárbara Newman realizó sobre los efectos de las presiones del medio, por lo que se refiere a su repercusión en el recién nacido, indican que el choque repentino y el stress prolongado y crónico pueden influir en el feto.³³

Statt ha vinculado que los apremios psicológicos durante el embarazo como: disgustos matrimoniales, lesiones, enfermedades o defunción de algún familiar, pueden provocar en algunos casos retraso mental y malformación congénita* en los productos.³⁴

En los estudios realizados por R. L. Donald señala que: "...la angustia, la dependencia y la ambivalencia respecto al neonato se relacionaba con una mayor incidencia de bebés anormales y con complicaciones durante el embarazo y el parto".³⁵

El niño que nace en tales condiciones probablemente será una criatura vulnerable, las características asociadas con temor y excitación emocional, producidos por exceso de hormonas adrenales, puede interferir en la capacidad que tendrá el bebé para relajarse, prestar atención a los estímulos y detener la sobreabundancia de éstos.

Si las madres que han experimentado tensiones más prolongadas no se han adaptado a esas presiones, al nacer su hijo, es probable que las obligaciones de la crianza contribuyan todavía más a aumentar ese estado tenso. Si esto ocurre, entonces el ciclo de tensión materna fetal, que iniciara en el ambiente prenatal, se perpetuará en las primeras semanas de trato entre la madre e hijo, después del nacimiento.

Por otra parte y desafortunadamente, no fue posible localizar estudios sobre el estado emocional de la madre, en lo que se refiere a efectos en el desarrollo fetal, si se adopta una actitud positiva ante el embarazo.

Los hijos de madres inestables o desdichadas, suelen pesar menos en el momento de nacer y así mismo ser hiperactivos, irritables y manifestar horarios irregulares de comida, movimientos intestinales excesivos y necesidad excepcional de que los tengan entre los brazos.

33 NEWMAN, Barbara. Et. al. Desarrollo del niño. Ed. Limusa. pág. 111.

34 STATT, David A. La psicología. Ed. Harla. pág. 35.

35 DONALD, R. L. El aprendizaje y la memoria. Ed. Macway. pág. 231.

*congénito: que existe desde el nacimiento o antes. Enciclopedia interactiva en C.D.-Room Encarta 2000.

Fitzgerald y Strommen ponen a discusión que: “el alcoholismo sea causa directa de la insuficiencia mental o del TDA, a ellos se han agrupado muchos investigadores como Bugger, que menciona que la calidad de los descendientes no depende de la intoxicación alcohólica de los padres, sino de sus taras hereditarias”.³⁶

En cambio, muchos autores, han podido demostrar un mayor porcentaje de consecuencias en zonas donde los habitantes consumen mayor cantidad de alcohol.

Asimismo, médicos destacados han demostrado la influencia nociva del alcoholismo agudo en la descendencia, porque según sus investigaciones es posible la alteración del sistema genético a causa del alcohol, ya que se ha encontrado evidencia de la impregnación alcohólica del espermatozoide y del óvulo.

Es recomendable que una mujer gestante, proteja la salud de su hijo y evite el consumo del tabaco ya que puede provocar bajo peso y huesos más cortos en el producto.

Otras fuentes autorales coinciden en afirmar que el alcoholismo crónico puede provocar un retardo en el crecimiento intrauterino, nacimiento prematuro, hidrocefalia y problemas congénitos de ojos, oídos, cardíacos, así como multiplicidad de dedos en pies y manos.

De igual manera el uso de medicamento y drogas durante el embarazo está restringido al control médico, porque su consumo puede producir defectos anatómicos en sus extremidades, daño cerebral y minusvalía mental.

Las drogas antidepresivas; esteroides, coagulantes, narcóticos y quinina, hormonas, antibióticos y el exceso de vitamina A y K producen defectos en el feto.

Todas las células del cuerpo proceden de la combinación del espermatozoide y del óvulo al formar un cigoto que tendrá como consecuencia un proceso de división de las células llamado mitosis.

Cada cigoto está compuesto de cromosomas y éstos a su vez contienen genes que están estructurados por ácido desoxirribonucleico, ácido ribonucleico (DNA y RNA en lo sucesivo); el DNA se encuentra en el núcleo de la célula y regula la producción de proteínas y el RNA en el núcleo de la célula. El DNA sirve como regulador de los aminoácidos de las proteínas.

El RNA situado en el citoplasma que rodea el núcleo, traslada a los aminoácidos al lugar del mensaje que reúne para que se produzcan las proteínas y el RNA de transferencia lleva solamente un aminoácido al mensaje, produciendo ribosoma.

Con estas sustancias y la actividad que realizan, se derivan los cromosomas y de aquí se inicia la clave genética del individuo.

El ser humano cuenta con veintitrés pares de cromosomas, dando un total de cuarenta y seis cromosomas, uno de los pares determina el sexo, mientras que los veintidós restantes desempeñan otras funciones.

“La meiosis* que es el proceso de reducción cromosomática previo a la reproducción sexual, por lo que las células formadoras de gametos sexuales, poseen solamente la mitad del número de cromosomas que las células somáticas con la finalidad de que, tras la fecundación, la célula huevo posea el número diploide** típico, consistente en realidad en dos divisiones sucesivas, con una sola duplicación del material nuclear, de modo que, de cada célula madre diploide, se originan cuatro células hijas haploides***”.³⁷

La primera división se llama reduccional y la segunda ecuacional ya que es una mitosis típica. Cuando los cromosomas se aparean ocurre el sobrecruzamiento y viene la segregación de los cromosomas y se intercambian con genes que están integrados en otro cromosoma; en esta segregación los cromosomas se separan con una mitad de ellos moviéndose hacia uno y otro polo de la célula.

La fecundación es la función de un gameto masculino y un femenino, el encuentro de estos dos gametos ocurre dentro del organismo femenino. La atracción que empuja al espermatozoide hacia el óvulo se debe a un fenómeno provocado por sustancias químicas producidas por el propio óvulo.

Después de la penetración de un único espermatozoide, el núcleo haploide de éste se acerca al núcleo haploide del óvulo, de esta manera se forma un huso mitótico****,

37 Ibid. pág. 32

* meiosis: proceso de división celular en dos fases sucesivas, exclusiva de las células productoras de gametos. ENCICLOPEDIA TEMÁTICA. Medicina. Tomo II. Ed. Argos. pág. 1096.

** diploide: célula u organismo que es portador de dos series idénticas de cromosomas. ENCICLOPEDIA Encarta 2000.

*** haploide: organismo, célula o núcleos que presentan un solo cromosoma de cada tipo, en cada unidad nuclear. ENCICLOPEDIA TEMÁTICA. Medicina. Tomo II. Ed. Argos. pág. 898.

**** Huso mitótico: conjunto de fibras visibles al microscopio durante el proceso de reproducción celular. Ibid. pág. 941.

los dos pronúcleos se fusionan y se destacan los cromosomas, con la primera división del huevo fecundado, se producen dos células hijas con formación cromosómica diploide, mitad de origen materno y mitad de origen paterno.

De esta manera, el cigoto se transforma en un embrión cada vez más desarrollado hasta la formación de un individuo.

El sexo de un individuo lo determina el núcleo haploide de origen paterno que se adhiere a los veintidós restantes, los cromosomas diploides maternos que determinan el sexo son diferentes, ya que un cromosoma X del padre y un cromosoma X de la madre dan como resultado una niña, mientras que un cromosoma Y del padre y un cromosoma X de la madre producen un niño.

Los cromosomas contienen las unidades genéticas de la herencia; estas estructuras son los genes. Existen dos tipos de genes: los aleloformos y los genotipos, los primeros son los dominantes y los segundos son los recesivos.

En los trabajos de investigación hechos por diversos especialistas, entre ellos, Allen y Diamond, se encuentra que los primeros genes mencionados son dominantes y los segundos recesivos.

De igual manera estos investigadores, formulan que la vulnerabilidad biológica se refiere al grado de mortalidad o enfermedad asociado con la tolerancia de un organismo con respecto a la presión biológica o ambiental, produciéndose mayor número de decesos en los varones ya que son más susceptibles a las enfermedades infecciosas, cardiovasculares, renales y gastrointestinales, malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas e incompatibilidad sanguínea fetal materna.

La anomalía cromosómica ligada al sexo se presenta con genes defectuosos en los cromosomas que determinan el sexo, trayendo como consecuencia el síndrome de Turner, en el cual la mujer tiene cuarenta y cinco cromosomas; las personas que padecen esta enfermedad sufren algunas alteraciones en sus características sexuales secundarias, como estatura baja y ovarios subdesarrollados.

Una de las anomalías cromosómicas que ocurre con mayor frecuencia es el síndrome de Down, conocida técnicamente con el nombre de trisomía veintiuno; el niño Down tiene cuarenta y siete cromosomas y es típicamente un retardado mental; su apariencia

física se identifica de la siguiente forma: la cara es redonda, los ojos rasgados, las manos y los pies regordetes, cuello corto y nariz achatada, lengua agrietada y voluminosa, no existe figura M en la palma de la mano sino solo un surco.

En este caso el cromosoma veintiuno “se engancha” al quince y viaja “montado” en él, el portador tiene veintitrés pares pero están mal ordenados por el miembro del par quince con el veintiuno “enganchado” a él y los veintiuno libres restantes, entonces tendrá tres cromosomas veintiuno en lugar de dos, muchas veces desaparece durante la división de la célula y otras veces sucede una inversión.

Barbara Hanke menciona que: “...se conocen actualmente diversos procesos patológicos prenatales que afectan nocivamente a :

- ✓ Las células germinales
- ✓ El óvulo fecundado
- ✓ El embrión
- ✓ El feto”.³⁸

Estos procesos patológicos se denominan:

- Quiematopatías
- embriopatías
- fetopatías

La quiematopatía estudia las alteraciones producidas durante la gestación incluyendo las lesiones que ocasionan insuficiencia mental a consecuencia de anomalías de las estructuras somáticas y del equilibrio metabólico.

El periodo del embrión se caracteriza por el desarrollo de tres capas: el ectodermo, el mesodermo y el endodermo, del primero se va a derivar la piel, el pelo y las uñas; del mesodermo procederán la musculatura, el esqueleto, los sistemas circulatorio y excretor y algunas partes del aparato reproductor, así como el sistema nervioso incluyendo el cerebro y la columna vertebral; del endodermo sale la mucosa, el aparato digestivo, partes del oído, la tráquea, los bronquios, los órganos vitales, glándulas y otras partes del aparato reproductor.

Además, establece la diferencia entre estas capas, el período embrionario señala el tiempo cuando se desarrolla la placenta y se forma la inserción umbilical; en esta etapa

se empieza a formar el corazón, el saco y el líquido amniótico para proteger el ambiente físico.

38 HANKE, Barbara. El niño agresivo y desatento. Ed. Kapelusz.1979. pág.41.

La característica crítica de este periodo es la histogénesis*, es decir, la diferenciación de las partes; en esta etapa se dan las intromisiones ambientales en el proceso de desarrollo que puede producir daño grave y permanente al organismo.

Para B Hanke: "...las embriopatías pueden ser virales o congénitas; en esta última se localizan: la espina bífida, definida como la malformación o ausencia del cerebro, conocida también como anencefalia que puede ser externa o interna, según sea la acumulación del líquido".³⁹

Las características de la hidrocefalia congénita son el retraso psicomotor y las crisis convulsivas y es producida por un protozooario que a través de la placenta infectada, se fija en la capa de los nervios en formación del feto produciendo una encefalopatía con retraso mental grave, sordera y deformación cardiaca.

Las hemorragias durante el embarazo pueden ser el aviso de amenaza de aborto y ser causa de malformaciones.

Las embriopatías se caracterizan histológicamente por la destrucción de tejidos sin formación reactiva ni cicatriz, otra embriopatía es la toxoplasmosis transmitida a través de un parásito de los animales domésticos, que se fija en los sistemas orgánicos y destruye las células produciendo serias alteraciones en los niños prematuros ya que pueden contraer meningitis o padecer ataques convulsivos.

La nefropatía es el envenenamiento parcial de la madre que causa alteraciones renales en el producto.

La hiperbilirrubemia es el exceso de pigmento rojo en el plasma sanguíneo y se encuentra asociado con trastornos en los movimientos por lesión cerebral.

Las principales causas que generan anoxia* del producto en el útero son generadas por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, hipotensión severa e infartos placentarios.

* histogénesis: formación de los tejidos orgánicos. ENCICLOPEDIA TEMÁTICA. Medicina. Tomo II. Ed. Argos. pág. 906.

39 Ibid. pág. 43

* anoxia: insuficiencia en la cantidad de oxígeno necesario para satisfacer las necesidades normales de las células. Ibid. pág. 62.

El periodo fetal se inicia a partir del cuarto mes y el producto se caracteriza por el desarrollo continuo y el crecimiento de los sistemas básicos y por el reemplazo del cartílago por células óseas; una de las fetopatías más frecuentes es por causa de la sífilis ya que traspasa la barrera placentaria, infectando el feto que adquiere una insuficiencia mental.

Diferentes infecciones padecidas por la gestante pueden lesionar al feto, la más típica, la rubéola, puede producir retraso mental, ceguera y/o sordera en el recién nacido. La vacunación de niñas y adolescentes evita que se produzca la infección durante los embarazos futuros de esas mujeres. Otras infecciones que pueden dañar al feto si se producen durante la gestación son el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la varicela y la infección por citomegalovirus.

FACTORES PERINATALES

La mayoría de los productos sobreviven durante el periodo prenatal y a los eventos del nacimiento que suelen tener complicaciones, aunque algunos no se logran. En el rubro anterior se revisaron varios factores que pueden dañar el desarrollo normal al afectar el organismo durante el desarrollo prenatal, sin embargo, aún cuando el feto llegue ileso al parto, estas condiciones no significan que ya esté asegurado contra otros posibles peligros.

En algunos casos puede ser falso designar estas complicaciones como propias del parto; algunas complicaciones que aparecen en el alumbramiento, se originaron en realidad en el periodo prenatal; además, muchas de estas complicaciones tienen sus origen directo en algún evento que ocurre durante el proceso del nacimiento.

La ictericia es uno de los problemas más frecuentes del parto, mediante la acción enzimática del hígado se conjuga la bilirrubina haciéndola una sustancia bioquímica aceptable para el feto; cuando el órgano hepático y el sistema enzimático no han madurado y la bilirrubina queda sin conjugar, resulta peligroso para el lactante ya que

sobrecarga la corriente sanguínea del recién nacido y se deposita en la piel tomando un color anaranjado o amarillo al tercer o cuarto día del nacimiento; de persistir estas anomalías, puede sobrevenir el síndrome de Kernicterus, dañando el cerebro y dando como resultado un retraso mental.

El alto índice demográfico en México combinado con una insuficiente estructura médico-hospitalaria rebasa las posibilidades de atención gineco-obstétricas adecuadas para las madres gestantes, que en situaciones extremas, acuden con una partera para atender el alumbramiento, sin embargo el desconocimiento que tienen sobre las complicaciones del parto, aumenta el riesgo de contraer infecciones, así como exponer la vida de la madre y su producto.

Por otra parte, cuando las pacientes acuden al servicio de maternidad en el Sector Salud público o privado, aumentan las posibilidades de tener un parto adecuado, ya que cuentan con un grupo de especialistas que reconocerá las dificultades que se presenten en el momento del nacimiento, procurando atender las condiciones generales de la madre con un trabajo de parto menos riesgoso y con menor sufrimiento en el bebé al nacer.

El sufrimiento fetal puede ser originado por múltiples causas; como la estrechez pélvica de la madre, el insuficiente estiramiento del arco pélvico o la posición defectuosa del feto durante el parto.

La prolongación del sufrimiento del producto, tiene muchas veces como consecuencia la depresión de sus reflejos más elementales como el llanto y la succión principalmente durante el primer año de vida, siendo motivo de disfunciones en el sistema nervioso.

Otras anomalías constituyen peligros adicionales para el feto durante el parto; dos posibles complicaciones son: la toxemia del embarazo, enfermedad en la que ciertas toxinas o venenos circulan en la corriente sanguínea (esta sustancia tóxica puede estar vinculada a los pulmones funcionalmente inadecuados con presión sanguínea elevada); dicha enfermedad produce convulsiones fetales, anoxia y en casos extremos la muerte.

La segunda puede ser el desprendimiento prematuro de la placenta, que produce sangrado intrauterino originando un mortinato (como efecto causa de muerte) y choque materno.

Los medicamentos que se usan durante el trabajo y el parto (por ejemplo la anestesia), cruzan rápidamente la placenta y entran en la corriente sanguínea del feto, produciendo

como consecuencia recién nacidos muy tranquilos y sedados, que inclusive sus reflejos más primitivos están deprimidos. Al presentarse este estado, suele tener efectos potenciales en el desarrollo conductual.

La aplicación de las dos categorías de medicamentos obstétricos: analgésicos y anestésicos producen una depresión global de la respuesta del recién nacido, la cual se logra superar alrededor del primer año de vida.

Barbara Newman afirma que: "...la desproporción entre el tamaño del producto y el tamaño del canal genital, las anomalías en la postura del feto o la falta de contracciones uterinas son suficientes para demorar o complicar el alumbramiento. Todas estas complicaciones acarrearán una serie de dificultades para el neonato, como fracturas, hemorragias cerebrales, insuficiencia respiratoria y hasta la muerte. Se debate mucho sobre si la pérdida de oxígeno en el nacimiento causa deterioro en el funcionamiento mental posterior".⁴⁰

Los especialistas de la salud, en algunos de sus estudios relacionan el menoscabo de oxígeno en el alumbramiento, con varias consecuencias negativas como: interrupciones de la atención durante el primer año y deficiente funcionamiento cognoscitivo hasta la edad de tres años, emocionalidad anómala como hipersensibilidad, intensas reacciones de temor y desequilibrio ante el cambio.

Por otro lado hay investigadores que afirman haber comprobado que la falta de oxígeno al nacer no produce lesión intelectual.

En reseña de estudios sobre efectos a largo plazo de la pérdida de oxígeno al nacimiento, Gottfried sostuvo que este menoscabo no producía retraso mental, aunque los bebés habían tenido una grave pérdida de oxígeno, probablemente sufrirían algunas dificultades intelectuales específicas con mayor frecuencia que los niños que nacían sin complicaciones.

Es interesante señalar que los efectos de la pérdida de este elemento, va disipándose con la edad. Los niños que están en la primera y segunda infancia quizá no actúen tan bien, debido a la disminución de oxígeno, sin embargo los reportes especializados aseguran que llegando a los seis años de edad generalmente se mantiene el mismo nivel de los niños que nacieron normalmente.

40 NEWMAN, Barbara. Desarrollo del niño. Ed. Limusa. Pág. 38.

Es difícil calibrar el impacto de esas complicaciones obstétricas porque intervienen varios factores, primero el continuo crecimiento de las células cerebrales durante los cuatro primeros años pueden compensar la lesión sufrida durante el parto y segunda los bebés mas perjudicados por la falta de aire en el nacimiento no sobreviven y por lo tanto no es posible examinarlos posteriormente.

Es difícil calibrar el impacto de esas complicaciones obstétricas porque intervienen varios factores, primero el continuo crecimiento de las células cerebrales durante los cuatro primeros años pueden compensar la lesión sufrida durante el parto y segunda los bebés mas perjudicados por la falta de aire en el nacimiento no sobreviven y por lo tanto no es posible examinarlos posteriormente.

Por todas estas razones es muy probable que cualquier investigación sobre las consecuencias conductuales de la pérdida de oxígeno al nacer suministre datos mixtos.

FACTORES POSTNATALES

Situaciones como la anoxia puede determinar una alteración del bebé, ya que la oxigenación es necesaria y primordial para su evolución. Existen mayores posibilidades de una disfunción en cualquiera de sus intensidades cuando la anoxia se prolonga por mucho tiempo.

La afectividad manifestada en el periodo de gestación, durante y después del parto es importante para ayudar a la maduración y adaptación de los niños, principalmente a los recién nacidos.

Los índices de mortalidad infantil dependen de la frecuencia de las complicaciones en el parto, del vigor de los niños nacidos, la nutrición prenatal, de la exposición a un virus o bacterias en el útero, a rayos X o medicamentos, así como de las condiciones del cuidado infantil.

Factores como la pobreza extrema, falta de material quirúrgico, instrucciones sobre una dieta adecuada y consumo de medicamentos durante la gestación, la falta de

suficientes instalaciones medicas y partos prolongados aumentan el riesgo de mortalidad.

La probabilidad de que determinados niños superen los apremios del nacimiento, dependerá de toda una constelación de influencias biológicas, culturales y económicas que afectan su crecimiento intrauterino, su venida al mundo y el cuidado postnatal.

Hasta la fecha, los estudios que se han realizado en relación con las malformaciones congénitas y posibles patologías antes, durante y después del parto, no han señalado relación alguna con el TDA, sin embargo, los especialistas de la salud no se aventuran a relacionar las causas de este trastorno con esta primera etapa de vida.

Diversas investigaciones se han enfocado a dar respuesta a los síntomas que presenta el niño con TDA, principalmente los que se observan en los ámbitos conductual y cognitivo.

La mayoría de los niños entre 3 y 5 años que presentan hiperactividad u otros síntomas de TDA, son confundidos con una actitud inquieta propia de la etapa del infante.

En la etapa escolar, cuando las actividades académicas requieren mayor esfuerzo y concentración de parte del niño se generan diversas complicaciones y algunos desajustes, y es cuando los profesores, los padres y posteriormente los especialistas de la salud se dan cuenta de la sintomatología característica del TDA.

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN

Muchos autores sostienen la teoría de que debido a la deficiencia en la organización de los estímulos, la corteza cerebral se ve prácticamente “bombardeada” por ellos y produce a su vez, un exceso de respuestas mal integradas.

La gran mayoría de los autores sostiene que las características a continuación descritas, seguramente no tienen patognónico, es decir que por sí solas se aseguran el

diagnóstico, aunque también hay que hacer notar que no todas las características se darán en un mismo individuo ni se encuentran presentes en la misma magnitud.

➤ *CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA MOTORA*

La incoordinación motriz dificulta e impide el dominio de los movimientos, presentándose a través de dificultad y lentitud en la realización de los movimientos gráficos en un buen número de casos escolares.

La tonicidad alterada como un estado de tensión o debilidad muscular, al realizar trazos escritos, al empuñar el lápiz vigorosamente o escribir con demasiada suavidad.

Destaca desde el nivel preescolar una incoordinación motriz fina al realizar: recorte, pegado, ensartado, punteado y otras actividades que son parte del desarrollo motriz en la escuela elemental.

La coordinación motriz gruesa se manifiesta en una forma más evidente en la incapacidad de movimientos de gran amplitud tales como: caminar rápido, correr, saltar o guardar el equilibrio al pedalear un triciclo o una bicicleta.

En cuanto a la lateralidad, *el Diccionario de las Ciencias de la Educación*, marca que la falta de maduración del sistema nervioso está caracterizada por un retraso de la lateralización, es decir, del proceso que establece la dominancia lateral para las distintas actividades.

La disgrafía es la incapacidad de producir total o parcialmente rasgos escritos sin que exista un déficit intelectual que lo justifique. Se presenta también como un trastorno evolutivo que se traduce en dificultad y lentitud excesiva en el trazado del dibujo y de la escritura.

La dispraxia es la actividad motora que consiste en la realización desorganizada e imprecisa de movimientos y secuencias tales como abrocharse las agujetas, peinarse, abotonarse la camisa, escribir, etc.

El exceso de actividad física o muscular que se produce en la hiperactividad se manifiesta en formas típicas como: cambios constantes de lugar, excesivo gusto por tocar todo y movimiento muscular continuo.

La hiperquinesia es la incapacidad que tiene el niño por controlar e inhibir reacciones a estímulos que producen o incitan a una respuesta motora, situación que desencadena gran preocupación en padres y maestros.

Velasco Fernández señala que: "...en la inversión de campo visual, el niño no puede destacar la figura del fondo donde se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia; a éste se le llama inversión de fondo y figura, una inversión semejante ocurre con los demás sentidos".⁴¹

Los estímulos que provienen del campo sensorial, tienen aproximadamente el mismo valor, impidiendo que el niño fije su atención y pueda discriminar la figura central que destaca del fondo.

➤ *CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN Y DE LA PERCEPCIÓN*

La distractibilidad impide la concentración de la atención y obstaculiza el proceso de aprendizaje; frecuentemente el preescolar se distrae de sus tareas por causa de estímulos ambientales.

En el trabajo de M. A. Quant se reconoce que: " la memoria funciona en relación muy íntima con la tensión emocional. Bajo tensión, uno de los procesos psicológicos que primero se afecta es la memoria, y los niños con TDA generalmente se encuentran en constante tensión emocional y al ser evaluados en el grupo, son alumnos de muy mala memoria y los breves lapsos de atención de que disponen están estrechamente ligados a este problema".⁴²

La disociación es la incapacidad de ver las cosas como un todo, es decir que el niño ve fragmentadas las cosas pero sin lograr articularlas en su contexto.

M. A. Quant señala que es un factor determinante en el campo del aprendizaje, la inversión de figura fondo, pues ésto dificulta que el niño aprenda a leer.

La pobreza de imagen corporal como resultado de una larga serie de vivencias de fracasos y de problemas visomotores tiende a que estos niños formen una imagen distorsionada de su propio cuerpo y del cuerpo humano en general.

Al surgir un estímulo leve hace que se aleje del anterior estímulo que llamaba su atención, y al no poder concentrarse se obstaculiza su proceso de aprendizaje.

La inestabilidad en la atención es reconocida por que el interés del niño pequeño dura sólo unos cuantos minutos y a veces menos sin entender las explicaciones que se le dan.

41 VELASCO, Fernández, Rafael. El niño hiperquinético. Ed. Trillas. pág. 111.

42 QUANT Fernández, Mario A. Disfunción cerebral en niños. Tesis Jalisco. Pág. 45.

La alteración de las sensopercepciones no le permite el reconocimiento e identificación de los objetos cuya expresión mas evolucionada sería la comprensión de esos símbolos que son las palabras escritas o habladas.

Existe inversión del campo visual cuando los estímulos provienen de un todo, el campo sensorial impide que el niño fije su atención y pueda discriminar la figura central.

➤ *CARACTERÍSTICAS EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR*

La discalculia es la dificultad para el aprendizaje del cálculo y de los conceptos matemáticos básicos en personas que presentan un nivel de inteligencia normal.

Algunos autores consideran a la dislexia un trastorno de lenguaje que se manifiesta en la aparición de dificultades específicas en el aprendizaje de la lectura en un niño de edad suficiente.

Raúl Calderón González define el aprendizaje como: "...un proceso continuo que opera sobre todos los datos que alcanzan el umbral de significación. Incluye el almacenamiento de las impresiones presentadas a cada uno de los sentidos, los datos e ideas verbales y no verbales y la retención de órdenes para actos motores hábiles".⁴³

Los niños con trastornos de aprendizaje manifiestan desorganización en uno o más de los procesos psicolingüísticos básicos que participan en el entendimiento o empleo del lenguaje hablado o escrito; alteración que se puede manifestar en habilidades imperfectas para escuchar , pensar, hablar, leer, escribir, deletrear, o efectuar cálculos matemáticos.

Tales trastornos incluyen condiciones tales como impedimentos perceptuales, lesión cerebral, déficit de la atención, dislexia y afasia del desarrollo. Dicho término no

incluye los procesos de aprendizaje que son el resultado primario de impedimentos visuales, auditivos o motores, retraso mental o retraso emocional, las desventajas del ambiente, de cultura o económicas.

43 CALDERÓN González, Raúl. El niño con disfunción cerebral. pág. 68.

➤ ***CARACTERÍSTICAS DE LENGUAJE***

El lenguaje tiene iniciación lenta del habla y de la adquisición del vocabulario, es común un lenguaje bajo de acuerdo a la edad cronológica.

La afasia es un daño sobre el hemisferio izquierdo del cerebro que es el centro del habla y que lleva al menoscabo de la capacidad del habla coherente o de la comprensión del lenguaje hablado.

Un trastorno de lenguaje más leve que la afasia es la disfasia, la cual presenta una incapacidad parcial para usar correctamente el lenguaje simbólico, principalmente en su aspecto comprensivo que se puede traducir en pobreza de vocabulario, errores gramaticales, dificultades de comprensión y confusión de conceptos verbales.

La alexia es un trastorno de lenguaje originado por una lesión cerebral, en el que permaneciendo intacta la capacidad de ver las palabras escritas el sujeto es incapaz de comprender su significado.

El síntoma central de la agnosia auditiva verbal o sordera verbal, es la incapacidad de decodificar la fonología ya que este es el primer paso para la comprensión del lenguaje. Estos niños entienden poco o nada de lo que se les dice y es consecuencia sus expresiones muestran distorsiones fonológicas.

La disartría es la perturbación parcial del habla, que afecta la capacidad de articulación de uno o varios fonemas, su origen más frecuente son las lesiones motoras nerviosas y de los músculos que intervienen en la fonación.

➤ ***TRASTORNO EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS***

La abulia es la alteración patológica de la voluntad, que se caracteriza por una ausencia parcial o total de la misma y que se expresa en la incapacidad de tomar decisiones y ejecutarlas.

Los niños por medio de una conducta agresiva tratan de ocultar sus demás problemas y constantemente provocan a los compañeros sin que una causa exterior lo haya generado.

La irritabilidad es una hipersensibilidad ante estímulos de intensidad media o dentro de los límites habituales que da lugar a respuestas emocionales intensas.

La impulsividad es un factor entendido como una pérdida de la capacidad para inhibir esta conducta.

➤ *CARACTERÍSTICAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES*

La inhabilidad de la adaptación es la dificultad del cambio de las estructuras y conductas humanas que tienen un valor de supervivencia y que pueden convertirse en inconvenientes específicos del aprendizaje, en cuyo caso serán un síntoma más de los problemas emocionales.

➤ *TRASTORNOS AFECTIVOS*

Las encuestas realizadas por M. L. Zamudio demuestra que: "...la inadaptación afectiva genera en niños con TDA, (que se presentan física e intelectualmente normales) disturbios en su aprendizaje, en virtud de anomalías inherentes a su temperamento, de una pronunciada inestabilidad afectiva o bien porque alguno de los impulsos psicobiológicos fundamentales presenta, entre ellos una fuerza o una debilidad anormal, hasta el punto de que su desarrollo individual tiene un carácter patológico incluso en condiciones favorables".⁴⁴

La hiperactividad dificulta al niño la iniciación del sueño; puede sufrir pesadillas muy constantes o intranquilidad en el sueño impidiendo un descanso profundo.

La inestabilidad emocional se manifiesta con alteraciones de conducta que dificultan la adaptación del niño presentando agresión, inquietud y problemas para integrarse al grupo escolar mostrando conductas como llanto explosivo, inestabilidad y dependencia materno –infantil

CAPITULO III

INFLUENCIA DEL AMBIENTE SOCIAL EN EL APRENDIZAJE

Desafiar obstáculos y penurias es más noble
que retraerse a la tranquilidad.
Anónimo.

EN LA FAMILIA

Cuando un niño vive en un hogar integrado con afecto, atención y disposición de principios saludables, logrará una amplia y pronta madurez de su personalidad; estos son los elementos que le permitirán crear y adaptar su ambiente a experiencias futuras.

La adaptación del individuo es una función constante que permite la transformación y modificación de las condiciones que se dan en sus medios físico y social.

Estos procesos adaptativos alcanzan sistemas organizados a los que el niño está expuesto constantemente, de tal manera que los cambios y transformaciones estimulan a alcanzar mayores sistemas organizados, en estas circunstancias el medio social es el elemento regulador que estimula las funciones de adaptación.

De esta manera ofrece posibilidades para el acoplamiento de la organización social, dando lugar a la explicación de la conducta individual y colectiva del ser humano.

El equilibrio del grupo social es relativo al sistema de conjunto al que pertenece y al comportamiento individual, de ese grupo social es preciso tener en cuenta que existen reglas y normas que regulan los intercambios en la comunidad y ayudan a su equilibrio moral, económico y social.

La familia, como estructura básica de la sociedad se encuentra: "... integrada por personas ascendientes y descendientes emparentadas entre sí mismas y que habitan juntos bajo la misma autoridad el padre, la madre y los hijos".⁴⁵

45 DICCIONARIO DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. Tomo I. Ed. Santillana. pág. 452.

El matrimonio ha sido la forma más frecuente de la vida en pareja, sin embargo en la familia han ocurrido cambios en la actitud respecto a la práctica de la fidelidad y de la crianza de los hijos.

La familia moderna ha sufrido cambios constantes, los más frecuentes son: la desintegración de la pareja a través del divorcio, la unión libre y las relaciones esporádicas, modificando los valores respecto a la anticoncepción, el aborto y la educación que se imparte a los hijos.

La función que ha desempeñado la familia a través del tiempo es la preservación de la especie mediante la reproducción.

Es mediante las nuevas generaciones, que la cultura, la idiosincrasia, la religión y costumbres de ese grupo social continúan existiendo, por eso la convivencia en las actividades cotidianas permite el proceso educativo de los individuos jóvenes dentro de su hogar, pero la evolución de las sociedades ha modificado gran parte de los factores culturales.

Durante el proceso de socialización los niños desarrollan conductas, adquieren creencias y normas comúnmente establecidas por los padres.

Cabe señalar que padres, escuelas, vecinos y grupo social realizan importantes y duraderas aportaciones a esta socialización ya que generan mayor influencia durante los primeros años de vida.

Los niños adquieren conductas a través de la observación de las actividades cotidianas de su familia, fundamentalmente y de la comunidad posteriormente, los padres son los principales modelos de conducta de aprendizajes que se dan por imitación.

A lo largo de seguir estos patrones, el niño llega a identificarse con las conductas paternas y a reaccionar afectivamente sobre las reacciones de sus progenitores.

Las demostraciones afectivas que los padres dirigen a los niños estimulan una respuesta favorable a las conductas adquiridas a través de la imitación y de la identificación, y si son desfavorables pueden inhibirla y su hijo no tendrá libertad para expresarse, aceptarse y sentirse satisfecho con su personalidad.

Para el niño, la cercanía de otros pequeños de su misma edad fomenta y desenvuelve el espíritu de investigación y también le permite conocer las conductas más

comúnmente desarrolladas por sus iguales, situación que le facilitará su integración social.

Por mucho tiempo, la familia había sido considerada como una unidad cooperativa con una estricta distribución de roles entre padres, madres, niños y niñas.

El progreso en general y el avance vertiginoso de la sociedad ha traído como consecuencia la modificación de los roles familiares tanto las estructuras del parentesco, la seguridad y en la comunicación que podría proporcionar al niño.

Es de suma importancia que el niño conozca y defina los roles que representan sus padres para mejorar la convivencia, la comunicación y las actividades cotidianas le permiten un proceso educativo como individuo joven dentro del seno familiar.

Los padres constantemente esperan grandes logros en sus hijos y dentro de estas expectativas, no surge la idea de algún contratiempo en el desarrollo del menor.

Cuando un niño presenta TDA, a priori la situación no se manifiesta como una enfermedad, sino como una conducta de aparente negligencia en él y obviamente los consejos y afecto paternos por sí solos no pueden solucionar la problemática.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS CON TDA

La falta de información sobre la problemática que presentan estos niños, hace que los padres tomen actitudes equivocadas en la crianza de sus hijos, llegando a relegarlos en su hogar al catalogarlos como niños torpes e incapaces de realizar las labores cotidianas.

Por ejemplo: el niño que no camina a la edad promedio crea tensión y angustia en sus padres, quienes se irritan constantemente manifestando reacciones no afectuosas con su hijo, el cual puede estar presentando una inmadurez orgánica. Ante esta reacción los padres requieren orientación para estimular al menor y poder ayudarlo a superar esta incapacidad.

Ciertas actitudes de los padres manifiestas ante los niños con TDA se acentúan por desinformación de médicos, educadores y psicólogos que rodean a los menores y a su

familia y que no tienen en su haber canalizar a los pequeños buscando la posibilidad de adaptación con especialistas en la materia.

El grupo social empieza a influir con mayor intensidad al niño cuando sale del regazo materno, ya que todos los individuos están en torno a él al reforzar y debilitar ciertos aspectos del comportamiento del menor, los padres se encuentran influenciados también por este grupo social.

En su hogar el niño con TDA puede presentar falta de atención constante para seguir las indicaciones de sus padres, en las tareas del hogar y en cambios frecuentes de una actividad lúdica interrumpida a otra diferente.

Los nuevos aprendizajes resultan superiores al primer estímulo; el niño difícilmente concluye las actividades que requieren concentración y perseverancia, por ejemplo: recoger sus juguetes, sus objetos personales, terminar un dibujo, recortar, etc.

El estado hiperactivo se manifiesta a través de movimientos y actividades constantes como saltos continuos y risas para llamar la atención de la gente que lo rodea e incluso no ir a la cama a la hora indicada y padecer insomnio, con lo anteriormente mencionado la actitud manifiesta de los padres es de rechazo, exasperación y enojo, llegando hasta a la agresión contra el menor ya que una gran cantidad de padres carece de información y orientación adecuada respecto al déficit presentado por sus hijos, dando como consecuencia que rara vez los padres consulten un especialista.

Hacia los cuatro o cinco años, el menor ingresa al Jardín de Niños y presenta a su llegada más conductas individuales que sociales, como corresponde a su etapa de desarrollo.

Es este lugar comienza a convivir con otros chicos, dando pie a la socialización a través del juego, de las actividades artísticas y de esparcimiento.

Los niños que presentan TDA son impulsivos y poco reflexivos, constantemente provocan problemas por su falta de coordinación motriz ya que los objetos resbalan de su mano hiriendo sus extremidades y al golpearse con diferentes objetos que encuentran a su paso se lastiman y producen accidentes.

Todos los pequeños llevan conductas y conocimientos previos al ingresar al Jardín de Niños y paulatinamente se van marcando los cambios individuales hacia los aspectos sociales.

La madre es la persona que visita con mayor frecuencia a la Educadora, y es quien en ocasiones informa a la maestra de los cambios de conducta que su hijo presenta en el hogar, ya que es frecuente escuchar que las madres de los chicos con problemas de aprendizaje se quejen de algunas actitudes que consideran inapropiadas para la armonía en el hogar, rechazando al niño por considerarlo culpable de la situación presentada.

Al iniciar los padres los reproches y la falta de actitudes afectuosas hacia el niño con TDA los hermanos y demás parientes lo señalan también como un “tonto” y “rebelde” creando en él una inseguridad mas acentuada hacia su problema, inclusive si sus hermanos o primos son más pasivos y obedientes, los padres señalarán la diferencia entre ambos.

Los profesores de educación básica reconocen la importancia que tienen la afectividad y la orientación adecuadas en estas situaciones ya que es primordial para todo ser en formación, principalmente para los niños que presentan problemas en la escuela incluyendo a los niños con TDA, también marcan que sólo con una actitud más tolerante y una pronta canalización, las instituciones correspondientes podrán otorgar la ayuda correcta al menor, trabajando en la superación de su problema.

Los padres no deben acrecentar estos conflictos con intervenciones inoportunas y es necesario evitar las comparaciones desfavorables entre las actitudes y el trabajo de los hermanos, primos y el niño con TDA.

Conviene también evitar la ambición excesiva y no pedir al niño que realice los deseos personales de los padres sin considerar de modo suficiente sus posibilidades y sus gustos.

La autoridad con abuso, de ciertos padres que tratan de sustituir la voluntad de su hijo por la suya propia puede tener el mismo efecto cuando el niño obedece pasivamente mediante un rechazo a una imposición de trabajo escolar dado.

No es raro que la situación origine pugnas entre los padres, tomando medidas extremas de castigo o de promesas desorbitadas, sermones, comparaciones, desventajas con los demás, haciendo que el problema se agrave.

Las actitudes de los padres y del maestro no deben mezclar los sentimientos personales con el desarrollo del niño hasta el punto de que el menor acabe por realizar

las actividades solamente por las consecuencias que éstas tienen en el comportamiento afectivo de los padres y profesores y no en beneficio de él mismo. De tal manera que el niño con razón o sin ella piensa que no es bien aceptado, que se le impone un castigo y desea alejarse de todo, hasta de su familia, sintiendo que es indigno de su amor y de la aceptación de las demás personas.

Los progenitores son las personas en quienes el niño confía plenamente: éstos le enseñan pacientemente a conocer el mundo, a que vea realmente lo que puede esperar, sus limitaciones y actuaciones, a desarrollar cooperación por las diferencias individuales entre él y sus compañeros.

Los padres pueden prestar una gran ayuda al maestro y al especialista cuando se trata de buscar el origen de los trastornos afectivos que perturban el trabajo escolar.

Celos, ansiedad, agresividad, atolondramiento, inestabilidad, falta de atención, y desinterés en el niño, son consecuencias de conflictos familiares y escolares.

Las conductas poco afectuosas y la atención de parte de los padres hacia el niño con TDA aumentan conforme éste último presenta mayores deficiencias en el ámbito familiar, marcándole la falta de interés por acatar disposiciones manifestadas previamente.

Cuando los progenitores sienten frustración, desencanto, sentimientos de culpa, ansiedad y toda una gama de conflictos, tomarán actitudes generalmente poco objetivas y de efectos negativos. Es necesario que los padres se informen sobre la problemática que le acontece a su hijo y las actitudes que conviene mantener en la convivencia con él, ya que muchas veces se toman medidas equivocadas y desfavorables que pueden acrecentar el problema.

Los seres humanos necesitan demostraciones de afecto desde la gestación y durante toda la vida para el equilibrio de la personalidad.

Es de suma importancia que la madre y el bebé tengan una relación de afecto muy estrecha, mediante la alimentación, caricias, el contacto a la hora del baño, en el cambio de pañal y de ropa, en palabras y actitudes de afecto al tenerlo en su regazo y contactos físicos constantes para que el niño sienta seguridad y confianza.

John Bowlby menciona: "...lo que se cree esencial para la salud mental es que el niño pequeño debería experimentar una relación afectuosa, íntima y continua con su madre, en la cual ambos encuentren satisfacción y gozo".⁴⁶

Varios investigadores señalan que esta relación es compleja, rica y satisfactoria con la madre en los primeros años, matizada de muchas maneras por las relaciones con el padre y los hermanos que es básica para el desarrollo del carácter y la salud mental.

La situación genérica en que un niño carece de la relación con su progenitora se llama privación materna, así pues un pequeño puede hallarse privado aunque viva en el seno de su hogar, si su madre es incapaz de darle cariño y el cuidado que necesita.

Los efectos adversos de la privación varían en cada caso, la privación parcial produce ansiedad, una excesiva urgencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y como resultado de estos últimos aparece la culpa y la depresión. Un niño pequeño aun inmaduro de mente y cuerpo no puede hacer frente a todas estas emociones e impulsos. La manera en que responde a estos trastornos de su vida interior puede tener como consecuencia desórdenes nerviosos e inestabilidad de carácter.

Las investigaciones llevadas a cabo en hospitales y orfanatos, manifiestan que a pesar del buen cuidado del alimento y la comodidad que los niños tienen en estas instituciones, se caracterizan por una conducta antisocial, agresiva, con incapacidad de dar afecto y recibirlo, lentitud para aprender y sobre todo inseguridad, horario de sueño menor que los hijos de padres cariñosos, ya que rara vez sonríen o dan muestras de alegría, son inactivos y apáticos y son más propensos a las infecciones.

Con todo lo anterior se puede decir que los niños de madres cariñosas maduran más rápido en su conducta social que los niños de madres indiferentes, así es evidente que el cariño (adhesión emocional a una persona), es indispensable no solo para el desarrollo mental del niño, sino también para el crecimiento físico, es menester que los padres demuestren cariño a su hijo, ya que de esta manera propician en el niño seguridad de conocer el medio que le rodea y también le servirá de apoyo para afrontar la realidad de sus futuras realizaciones. La aceptación que está implícita dentro del afecto requiere manifestar respeto por el desarrollo del niño.

46 TAYLOR, Barbara. Que hacer con el niño preescolar, Narcea S. A. España 1989. pág. 84

Cuando los niños son independientes, tienen padres cariñosos, afectuosos y exigentes, los resultados a lograrse pueden ser los siguientes: los niños podrán tomar decisiones, tendrán libertad para expresarse y sentir confianza en sí mismos, aparecerá la autonomía, la individualidad, la autoafirmación y la auto aceptación.

Estas son las características que los padres deben ayudar a fomentar paulatinamente en los niños con TDA para no crear mayor inseguridad en el niño y ayudar a superar su problema en el menor tiempo posible.

En el hogar el niño pequeño se siente invitado a expresarse con ciertos límites, tanto socialmente como en el juego, un niño pequeño ya es un personaje dentro de la familia, se sabe que algunas cosas le gustan y otras le disgustan y la familia ha aprendido a respetar sus deseos. Además empieza a saber inducir a sus padres y a sus hermanos a lo que él requiere.

Del sistema de valores y normas de los padres, surge el comportamiento educacional consciente e inconsciente, de la estructura de roles realizada en la familia, de los modelos de comunicación e interacción depende qué y cómo aprenderá el niño.

EL NIÑO CON TDA Y SU DESARROLLO EN LA ESCUELA

En la sociedad contemporánea, para que una familia pueda ofrecer las mejores oportunidades en la educación de los pequeños, se apoya en las instituciones educativas, así la escuela amplía las enseñanzas del hogar, de esta manera el niño aprende los conocimientos y habilidades particulares que le permitan integrarse como miembro de un grupo, asimismo, su paso por la escuela ofrece una seguridad distinta de la que le proporcionan sus padres. Es de un valor inestimable su contribución, no sólo a la educación y el aprendizaje, sino al desarrollo emocional de los seres humanos.

El ingreso a la escuela, permite que el niño establezca, lo más pronto posible, relaciones con su nuevo grupo social y realice así sus nuevos intentos de independencia materna.

El objetivo fundamental es que el niño no sienta la escuela como una separación que le impone la madre y que su estancia ahí sea porque se siente a gusto, no porque fue obligado.

A través de la confianza lograda durante estos primeros días, depende la adaptación que él mismo logre en sus actividades, por todo el tiempo que dure su vida escolar.

El menor no va solo jugar y divertirse al Jardín de Niños como muchos padres pueden creer, sino que al mismo tiempo aprende a convivir con otros niños y adultos diferentes de los hermanos y padres, poco a poco aprenderá a trabajar en grupo, en cooperación con otras personas y a disfrutar de todo esto.

Es fundamental que el niño ame la escuela y la disfrute, aprendiendo al mismo tiempo que se desarrolla en un ambiente placentero que estimule su capacidad de conocimiento.

El educando aprende más de esta manera, porque se está estimulando un genuino interés en él mismo y no se le impone la actividad como una situación forzada que hay que cumplir o atenerse a desagradables consecuencias.

La educación es el mecanismo de todos los procesos de aprendizaje, se establece por la construcción de su conocimiento y a su vez se va ampliando con otros nuevos, dando lugar a unidades mayores como resultado del aprendizaje positivo o negativo y dependerá de la influencia que para el sujeto tenga la situación que la desencadene.

El ingreso al Jardín de Niños implica un cambio en la situación del niño que encuentra en este medio, nuevas reglas que marcan pautas en el juego y en las relaciones interpersonales que completan y en ocasiones difieren de las establecidas en la vida familiar.

Mediante la socialización en el Jardín de Niños, sus primeras relaciones se extienden hacia la educadora y los compañeros, ya que en esta etapa que abarca aproximadamente de los cuatro a los seis años, es cuando el pequeño comienza a independizarse en las actividades básicas como: tomar sus alimentos, vestirse, anudarse las agujetas de los zapatos, etc. en un nuevo medio encauzado y estimulado para este tipo de conductas.

La convivencia con otros niños lo inicia a un aprendizaje de la vida en grupo, integrándolo por medio del juego y del trabajo a equipos de pocos educandos, el principal objetivo es disminuir el egocentrismo ya que empieza a desarrollar la sana competencia de las experiencias del grupo escolar, aprendiendo como resolver

conflictos de rivalidad y de aceptación de su persona que le serán de gran utilidad en el futuro.

El desarrollo social del pequeño requiere ocuparse de él mismo y de las relaciones con otros, por medio de actividades físicas como: correr, jugar, saborear alimentos, un niño aprende en primer término a confiar en su propio cuerpo, luego a satisfacer sus necesidades por medio de la comunicación oral, al nombrar objetos, seguir instrucciones y expresar palabras y frases.

El niño, poco a poco se hace más sociable usando contactos verbales y no verbales a medida que aprende a compartir con las demás personas.

Los padres son los maestros más valiosos y en los cuales el niño confía plenamente, estos le enseñan pacientemente a conocer el mundo, a que vea realmente lo que puede esperar, sus limitaciones y actuaciones, a desarrollar cooperación y respeto por las diferencias individuales entre sus compañeros.

El maestro mediante la interacción con el educando va a influir en la conducta positiva o negativo por lo cual debe asumir el papel de guía y basar las relaciones en el respeto mutuo y aceptación.

Algunos de los principales propósitos que pretende lograr el Jardín de Niños son:

- “ La socialización
- El desarrollo de hábitos, destrezas y habilidades
- La autonomía intelectual y el constructivismo.
- Estimular los intereses sensorio perceptivos y motores”.⁴⁷

En el trabajo de los siguientes rubros el docente puede observar si el preescolar presenta menoscabo en alguna o varias áreas:

- Ejercicios de atención
- Ejercicios de memoria mediata e inmediata
- Practica de conceptos y nociones aprendidas
- Dosificación de ejercicios de análisis y síntesis.

El trabajo permanente de maduración estimula una mejor sensibilidad para percibir los conocimientos iniciales de la lectura y las matemáticas.

47 SEP. Plan y programas de estudio. Educación preescolar. pág. 10

En la interacción con el grupo escolar, el docente puede percibir el desfase madurativo en el niño. Pudiéndolo constatar con actividades tales como:

- Coloreado : No respeta la limitación del contorno y realiza el trazo al colorear sin uniformidad.
- Recorte: toma con poca precisión y fuerza las tijeras, no sigue el contorno e incluso rompe el papel.
- El boleado: al comprimir el papel para formar la bolita, no lo hace firmemente.
- El rasgado: difícilmente ponen atención en el contorno a rasgar y casi siempre rompe la hoja y no logra el objetivo.
- Competencia en equipo: no sigue las instrucciones correctamente y altera la organización del trabajo, creando que sus compañeros lo rechacen.

La falta de atención, la incoordinación motriz, la percepción visual y auditiva, la escasez de lenguaje, el cambio de carácter, la pobreza del esquema corporal, la lateralidad y otras características interfieren en el desarrollo de las actividades mentales superiores tales como la dislexia. la dislalia y la discalculia.

Posteriormente, al existir señales que el niño presenta deficiencias en algunas áreas de su desarrollo conviene que la educadora dialogue con los padres para sensibilizarlos y colaboren con ella para solicitar una valoración con personal especializado para conocer las áreas específicas que sufren deficiencias y así poder canalizarlo a la terapia adecuada.

Cabe aclarar que en el tiempo que el niño cursa el Jardín de Niños, las características que manifiesta pueden deberse a una inmadurez de desarrollo propio de su edad, y en otras ocasiones puede ser una disfunción, sin embargo los especialistas precisan que resultaría aventurado realizar un diagnóstico radical de TDA pues podría caerse en una valoración irreal, por la cual, al ser detectados los problemas es conveniente que los padres tengan un seguimiento posterior de la forma en que evolucionan estas características.

Posterior a la valoración hecha por los especialistas, es conveniente informar ampliamente a los padres y al profesor sobre el tratamiento a seguir, definiendo si asistirá regularmente a clases especiales pero sin interrumpir su trabajo en la escuela y su proceso socializador.

Suele suceder que los padres de familia se sientan fuertemente impactados cuando se les informa de un posible problema del niño argumentando que la profesora rechaza niño y su primera reacción es negarse a aceptar las circunstancias reales.

Para que los profesores puedan informar correctamente a los padres sobre esta situación de aprendizaje, es necesario en primer término haber observado detenidamente la conducta del niño, para delimitar la mejor posible el problema, las condiciones socio-afectivas de la familia y las reacciones que pudieran manifestar los padres al enterarse de la problemática.

Se debe al sentido común con que pueda comunicarse el docente con los padres acerca de la problemática presentada por su hijo que ayude a crear conciencia en ellos y estimule el deseo de ayuda a sus hijos con la terapia correcta y evitando la sobreprotección y el rechazo.

Cuando el niño ingresa a la escuela primaria ya empieza a tener una comprensión mas clara de la realidad social, con lo cual la valoración de las situaciones tendrá a un abandono de la subjetividad en que vivía.

En esta etapa la escuela cumple un importante papel ya que los aprendizajes constituyen el eje de toda actividad escolar, tales como, el aprendizaje de la lectura, escritura, los conceptos matemáticos, las nociones de la vida social, etc.

Es aquí donde el niño empieza a responsabilizarse de su persona y de sus actividades escolares.

El profesor como guía de las actividades en la escuela colabora en la creación de un ambiente adecuado para la integración del niño en el grupo a su cargo, fortaleciendo así los vínculos de afecto con sus compañeros y maestros.

Cuando ingresa a la Escuela Primaria se prevé que el menor desarrolle un grado mayor de independencia en su panorama escolar, estimulado por su anterior estancia en el nivel preescolar.

Existe una estrecha vinculación entre el Jardín de Niños y la Escuela Primaria que desafortunadamente una importante cantidad de maestros y padres minimizan por creer que las actividades practicadas en el nivel preescolar son menos importantes para el desarrollo del niño, pero no es así ya que en el Jardín de Niños desarrollan habilidades de movimiento, pensamiento, destrezas, lenguaje y convivencia.

Gracias a estos procesos de aprendizaje el niño tendrá mayores posibilidades de desenvolvimiento en su vida futura.

Psiquiatras y psicólogos estudiosos de la infancia han demostrado que los fracasos en el aprendizaje de las actividades intelectuales superiores pueden estar asociados a procesos psicológicos distintos de la falta de inteligencia o pereza, los cuales se manifiestan en problemas de percepción, lenguaje y lateralidad.

Los problemas de aprendizaje en las matemáticas y la lengua escrita, se refieren a una desigualdad del desarrollo mental, tanto en su aspecto global, como en diversas aptitudes en la estructuración de las percepciones en el espacio y en el tiempo, pasando por el lenguaje oral, punto de apoyo esencial para el aprendizaje de la lectura, escritura y las matemáticas.

Los signos manifiestos de un niño que presenta un problema específico de aprendizaje son del conocimiento de cualquiera que esté relacionado en la educación de los mismos.

A veces, al estudiante se le retiene un año escolar, y aunque por lo regular presenta buena salud al igual que la mayoría de sus compañeros de clase, no tienen acceso a ciertas áreas del aprendizaje escolarizado.

Menciona el autor R. Wagner, en relación con estos niños: "... ellos están extraviados y desconcentrados en una cultura que valora fundamentalmente las habilidades del aprendizaje, con frecuencia se encuentran inadaptados a la sociedad, no hay razón por la cual unos padres responsables, un maestro dedicado o un asesor entusiasta no pueda implementar un plan de acción".⁴⁸

Los niños con problemas de aprendizaje pueden localizarse en todas las aulas y en cualquier edad; muchos problemas de matemáticas y lectura en la infancia e incluso en las adolescencia, pasan inadvertidos sólo para convertirse en un choque repentino para los padres cuando los niños son detectados y designados con términos como estudiantes con inhabilidades específicas de aprendizaje.

Existen muchos signos característicos de fallas inminentes, los cuales pueden ser detectados tempranamente, si tanto padres como maestros están familiarizados con ellas.

48 WAGNER, Roberto. La ayuda escolar con niños especiales. Ed. Paidós. México 1989. pág. 22.

Menciona R. Wagner la importancia de observar si el niño: "... presenta torpeza y dificultad para brincar sobre un solo pie o para balancearse, lentitud para realizar las actividades cotidianas o problemas para pronunciar ciertos sonidos".⁴⁹

Se debe notar también si hay dificultades para que puedan armar rompecabezas, si colorea con torpeza o salta arrítmicamente sobre un pie.

El profesor J. M. Rodríguez Campos menciona que es en: "... la relación de la discalculia escolar con el esquema corporal cuando el niño suele manifestar las siguiente anomalías:

Desorientación de las lateralidades, las pruebas comunes de la lateralidad suelen fallar en el niño que presenta discalculia ya que no tiene una idea clara de la ubicación derecha e izquierda.

El 10 por ciento de los niños zurdos se transforman en disléxicos, esto enfatiza la importancia que tiene para el niño la más clara noción de su lateralidad, antes de iniciarse en el aprendizaje de la lectura, escritura y de las matemáticas.

Inmadurez de las respuestas posturales, el conocimiento de su propio cuerpo se va desarrollando a través de los años, con la incorporación paulatina de partes distintas, lo cual trae conjuntamente la noción del espacio que la rodea, así como la relación que se tiene con los demás elementos del contexto".⁵⁰

Todas estas sensaciones contribuyen directa o indirectamente a dar la otra noción de postura, es decir la posición inicial del cuerpo o de alguna de sus partes, para conocer como se inicia el movimiento.

Todas estas sensaciones contribuyen directa o indirectamente a dar la otra noción de postura, es decir la posición inicial del cuerpo o de alguna de sus partes, para conocer como se inicia el movimiento.

Las precipitadas sensaciones constituyen un cúmulo de impresiones y sin una correcta relación es imposible adquirir un lenguaje oral y escrito normal.

49 Ibid. pág. 45.

50 RODRÍGUEZ, Campos, Jesús. "Discalculia" Tesis UPN 1991. pág 34.

Resulta fácil imaginar que conociendo bien los segmentos del cuerpo y su ubicación en el esquema corporal, se pueda utilizar con mayor eficiencia y perfección, así en la práctica resultará un facilitador en los aprendizajes posteriores y la coordinación psicomotriz alcanzará mayor eficiencia.

La falta de desarrollo perceptual, así como la interiorización del esquema corporal generan una serie de problemas tales como:

- Conflictos significativos en la coordinación visomotriz, las configuraciones, los esquemas, las formas en el proceso de la lectura y la escritura, descansan en gran parte en los movimientos coordinados de los ojos.
- Dificultades de globalización, las fallas en el esquema corporal tienen evidente relación con la función perceptiva totalizadora y las experiencias son manifiestas en la discalculia.
- Para establecer con fundamento el concepto de lateralidad en primer lugar hay que hacer referencia a la dominancia cerebral, Orton y sus discípulos fueron quienes dieron mayor importancia a esta función, relacionándola con la denominación strephsimbolia o signos torcidos, vinculada con el problema de la dislexia y la discalculia.

Los autores citados, en su teoría de conflictos entre los dos hemisferios, establecen la dominancia funcional de una mitad del cerebro, de un hemisferio cerebral sobre el otro. Cuando esta dominancia no se manifiesta o es débil, con tendencia a igualar sus poderes, entonces se inicia el verdadero conflicto que, según Orton, trae consecuencias para el lenguaje.

Cuando no hay en el cerebro una verdadera dominancia de uno de los hemisferios, la evocación de las imágenes resulta poco clara, por la influencia interhemisféricas y así hasta este momento se explica como se originan las confusiones que dan lugar al trastorno.

Es útil para el docente, conocer la situación de los alumnos ambidiestros, quienes usan indistintamente la mano derecha o izquierda, para que de esta manera el docente pueda dirigir acciones conjuntamente con los padres para ejercitar el empleo sistemático de la mano dominante.

La ordenación comprende la colocación de las cosas en el lugar que le corresponde, la ordenación debe ser sucesiva y consistente en láminas con números, letras, signos, colores, etc. dispuestas irregularmente para que el niño ordene en una serie ascendente o disponga un orden determinado.

La concepción de Piéron sostiene que: "... al referirse al tiempo, hay que hacerlo con la noción de intervalo ya que el tiempo es percibido como algo antes o después de otra cosa, es decir precisamente concebido como intervalo y duración, representando el principio y el fin que separa dos puntos o dos vivencias".⁵¹

Para Piaget, la noción del espacio: "... no es innata, aunque es difícil descartar una mínima participación genética ya que implica que el niño la elabora poco a poco, a medida que va creciendo.

Establece lo que ha dado en llamar espacio fisiológico, mediante los movimientos de la cabeza, los miembros y otras partes de su cuerpo".⁵²

La manifestación de estos síntomas debe alertar a los padres para solicitar una valoración médica y psicológica del menor y así poder recibir orientación oportuna y adecuada para estimular:

El reconocimiento del esquema corporal, la definición de la mano dominante, la ubicación espacial y temporal, la coordinación visomotriz y el desarrollo de la senso-percepción

51 DICCIONARIO DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. Editorial Santillana. pág. 339.

52 Ibid. pág 340.

CAPITULO IV

ACTITUD DE LOS MAESTROS Y PADRES ANTE LA PROBLEMÁTICA DE LOS NIÑOS CON TDA

La educación
es un acto de amor.
Freire.

La atención de los niños con TDA se torna difícil para el maestro y es conveniente que lo aborde en forma individual, ya que el trabajo en grupo lo hace más complejo y la orientación que el profesor otorgue al niño que presente este trastorno, deberá ser organizada en un programa de intervención psicopedagógica que incluya la atención individual y grupal, ya que de otra manera el trabajo en el aula se convertirá en una situación ardua, ríspida y sin resultados visibles.

El profesor es uno de los profesionales más importantes en el grupo multidisciplinario que atiende a estos niños. En gran cantidad de ocasiones, las estrategias que se ocupan en el trabajo específico de apoyo a estos niños, obliga a que los maestros de grupo se cuestionen sobre las causas por las cuales el niño no aprende; sin embargo, es necesario reconocer que el tratamiento psicopedagógico de estos alumnos se realiza con más eficacia si el profesor está interesado en ayudarlos y se actualiza conforme se presentan estos problemas.

Para educar con calidad ante la diversidad, el docente debe conocer las estrategias y la posibilidad de implementar un programa especial de apoyo, así como recibir asesoría correspondiente. El elemento esencial es que se pueda realizar el trabajo con el niño dentro del grupo manteniendo una actitud de respeto, comprensión y ética profesional.

Esto implica interactuar con los alumnos en una forma tranquila, relajada, humana y equilibrada, escuchándolos con atención para atender sus necesidades de desarrollo adecuadamente.

La autoestima es un componente importante en la personalidad y una de las claves del éxito de la vida; todo esfuerzo que padres, maestros y profesionales de la salud mental pueden hacer para alentar un buen autoconcepto en el niño, es una inversión excelente para su futuro, así como para el logro de una sociedad más sana.

Las habilidades sociales en los niños son factores muy importantes que contribuyen a la adaptación psicosocial infantil; es así como se manifiestan las relaciones interpersonales que practican con sus compañeros desde una niñez temprana y pueden establecerlas en forma más satisfactoria.

Es importante intervenir lo más pronto posible durante los años de la Educación Preescolar y Primaria, ya que sus repercusiones adquiridas y las “etiquetas” puestas son difíciles de modificar aún cuando un cambio favorable ocurra.

En ocasiones el maestro se puede mostrar con apatía ante esta problemática por no contar con la información y formación adecuadas para tratar y canalizar a sus alumnos. Por este motivo es necesario que el profesor se actualice para tener un mejor manejo en las situaciones futuras.

Recurrir al cuerpo colegiado de la escuela es muy conveniente para pedir asesoría sobre la problemática que presenta el alumno y tratar de manejar la situación en el grupo.

Cuando el docente carece de la información adecuada, puede comportarse de manera inflexible y poco tolerante ante el deficiente comportamiento del alumno, mostrando un rechazo al no conocer las causas que provocan las conductas manifestadas por el educando.

Estas actitudes coercitivas del maestro hacia los niños con este tipo de padecimiento, profundizan la baja autoestima y generan una adaptación social deficiente.

Para la especialista Barbara Hanke, el dirigismo se caracteriza por: “... la tendencia a dirigir el comportamiento y el pensamiento del alumno, hasta en los detalles que van de acuerdo con las propias ideas del dirigente por medio de frecuentes órdenes, disposiciones, interrogaciones, controles prescripciones, prohibiciones, consejos, exhortaciones, manipulaciones, interrupciones etc., mediante largos monólogos que nadie ha pedido”.⁵³

Diversos estudios han revelado que en cada clase de hora y media de enseñanza en Educación Primaria, el docente pronuncia término medio, una orden y dos preguntas por minuto, generalmente dirigidas a los alumnos; estas conductas generan hostilidad en los niños que presentan problemas de aprendizaje y de inadaptación social, pues los orillan a ser más irritables por sentirse agredidos, creando así una barrera protectora a través de la inhibición.

53 HANKE Barbara. “ El niño agresivo y desatento”. pág. 135.

Para otro autor, Ginott: "... los maestros requieren cambios de conducta para implementar mejoras en su trabajo con los alumnos, necesitan habilidades específicas para tratar en forma efectiva y humana los sucesos que ocurren minuto a minuto, los momentos irritantes, los conflictos diarios, las crisis repentinas; estas situaciones exigen reacciones útiles y realistas; la respuesta de un maestro tiene consecuencias cruciales, crea un clima de aceptación o desafío, un ambiente de satisfacción o de altercados, un deseo de corregirse o de vengarse. La respuesta del maestro influirá en la conducta y personalidad del niño en sentido positivo o negativo".⁵⁴

Los profesores que desempeñan su trabajo con profesionalismo, reconocen esta simple verdad: el aprendizaje siempre se efectúa en el tiempo presente, siempre es personal.

En los retos que en la labor educativa se presentan día a día, los maestros que tienen capacidad y destreza para manejar situaciones difíciles no creen que la magnificencia y la solemnidad sean elementos útiles en el aula.

Para los especialistas: Earl V. Pullias y James D. Young; "... las características del profesor deben ser el modo de alcanzar la conveniente amplitud profesional y caminos más útiles para hacer:

- ⇒ Amplias lecturas fuera del campo de la propia especialización.
- ⇒ Cultivo de amigos y asociados fuera de su especialización.
- ⇒ Participación recreativa y cultural variada.
- ⇒ Viajes.
- ⇒ Cultivo de intereses amplios.
- ⇒ Interacción con la naturaleza.

Se considera necesario que el maestro practique día con día el desarrollo de sus capacidades y habilidades en su beneficio personal y en el de sus alumnos."⁵⁵

⁵⁴ Ibid. pág 77.

⁵⁵ ENCICLOPEDIA DE LA PSICOPEDAGOGÍA. Pedagogía y psicología. Ed. Océano. España, 2001. pág.537.

De esta manera se puede mejorar:

- 1) Su propia sensibilidad humana.
- 2) Su formación y actualización docente.
- 3) La experiencia práctica en el aula.
- 4) Una amplia cultura general.
- 5) La interacción maestro-alumno (relaciones horizontales).
- 6) La sensibilidad de los problemas específicos de los alumnos.
- 7) La metodología de la enseñanza.
- 8) La interacción con los padres de familia.

El maestro que manifiesta una actitud positiva no tiene preferencia ni prejuicios con sus alumnos; todos son iguales no haciendo discriminaciones ni haciendo preferencias, sino mostrando aceptación por todos y cada uno de sus niños; es necesario propiciar un ambiente agradable en el aula para que el conocimiento se de libre, tranquilo y ordenado. A su vez el docente debe apoyar a sus compañeros para generar un buen ambiente de trabajo.

Los profesores ante la problemática específica de los niños con trastornos en el aprendizaje deben tratar de ser congruentes en el trato hacia ellos, ya que por necesidades específicas les cuesta más trabajo llevar el ritmo que en el aula se requiere y debe existir un diálogo con el alumno y así llegar a la búsqueda de alternativas.

Es común encontrar que el docente recién egresado adquiera una opinión demasiado simplificada de lo que son las relaciones humanas y tienda a ser heterogéneo en el trato con los alumnos, ya que tiene teorías personales muy complejas pero poco fundamentadas y no puede establecer una relación óptima interpersonal maestro-alumno.

No es sorprendente que estos docentes tengan dificultades para crear y mantener un ambiente propicio dentro del aula, por consiguiente las relaciones afectivas con sus compañeros de trabajo y sus alumnos se ven afectadas.

Basándose en las situaciones anteriores se hace necesario que el educador esté actualizado e informado adecuadamente para así generar en él mismo una actitud tolerante, creativa y de apoyo para la mejor adaptación de sus alumnos.

Debería tomarse muy en cuenta en los cursos de actualización de los profesores la orientación acerca de los niños con problemas de aprendizaje y conducta, ya que en los planes y programas formadores de maestros no se cuenta con una profundización del tema.

La elección de esta profesión por convencimiento propio, crea un rendimiento mayor en las actividades de enseñanza-aprendizaje y así se promueve una calidad educativa eficiente.

Actualmente dentro de la formación del nuevo docente se han modificado planes y programas de estudio para elevar su calidad profesional hasta instalarlo a nivel licenciatura, esto implica una cultura general más amplia, para así poder interactuar en la comunidad escolar.

Es primordial que el profesor cree una conciencia de actualización y superación, ya que este podrá ser un factor importante para saber como tratar y guiar en el trabajo cotidiano a los niños con características especiales de aprendizaje y la orientación correspondiente a los padres.

La mejor preparación del docente, le permitirá conocer de manera más específica los elementos psicosociales de cada uno de sus alumnos para la adaptación de todos los niños y en particular con aquellos que presentan problemas de aprendizaje, y tomará las medidas pertinentes para la canalización a tiempo a las instituciones especializadas.

Dependiendo de la creatividad del maestro, puede planear las actividades escolares beneficiando algunos aspectos que necesita reforzar el niño con esta problemática.

Otro autor, Gabriel Caballero Betanzo, considera que: "... los rasgos humanistas deberían darse básicamente en los educadores; la existencia de este perfil, crea una persona unificada e integrada. Para promover la congruencia en los demás, primero deben promoverlos en sí mismos: una vez que sucede ésto es posible actuar en consecuencia; muchas veces se omite estar con otras personas y se envían mensajes dobles ya que por un lado, con las palabras se dice una idea, pero con las acciones se manifiesta algo diferente".⁵⁶

Los diferentes rasgos de la personalidad del educador repercuten en la relación con el alumno de manera directa e impacta en la disposición, conducta y aprendizaje del niño.

⁵⁶ Ibid. pág. 541.

ESTADÍSTICA DE MUESTREO

Durante el periodo 2000-2001, se llevó a cabo la aplicación de un instrumento para valorar las actitudes y el nivel de conocimientos que manifiestan los profesores frente a grupo, hacia niños que presentan ciertas características en el aprovechamiento y en la conducta.

Los reactivos fueron seleccionados conforme a experiencias observadas en el aula, cuando el pequeño presenta disminución en alguna área que modifica sensiblemente su aprovechamiento y su conducta y el maestro no encuentra siempre la mejor solución para integrarlo al grupo.

Cada una de las veintiséis preguntas permite al sujeto encuestado vertir su propia valoración acerca de diferentes aspectos que van desde su información y formación magisterial hasta sus alternativas en el manejo de la problemática presentada en el aula.

Las características de la detección y canalización de los niños que presentan problemas de aprendizaje es de manera general, sin particularizar si el diagnóstico presenta TDA.

Se abrió un rubro en particular sobre los rasgos específicos que presentan los niños con problemas de aprendizaje e incapacidades de aprendizaje.

Asimismo se solicitó la información sobre las características del TDA, para valorar la magnitud de información con que cuenta el docente sobre técnicas y recursos de diagnóstico y canalización, así como de reintegración del menor al grupo.

Se tomó en cuenta la relación maestro-alumno ante la problemática social que presentan los niños con TDA, involucrando a los padres y maestros.

Se ponderó también acerca del conocimiento que el docente maneja sobre las conductas específicas que presentan sus alumnos ante ciertas situaciones.

A continuación se describen los resultados obtenidos .

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se dirige a establecer de manera aproximada la situación en la cual se produce la investigación documental: ***Padres y maestros ante la problemática del niño con TDA en edad escolar.***

El procedimiento intenta confrontar la hipótesis inicial sustentada en el presente documento: ***El desconocimiento y actitud negativa de padres de familia y maestros obstaculiza sensiblemente el desarrollo del niño con TDA.***

La estructura del proyecto de investigación por medio de la modificación aleatoria presenta las dos variables identificadas.

Variable independiente: actitudes y conocimientos del problema de preescolar y primaria ante alumnos con TDA.

Variable dependiente: calidad de atención educativa.

Para llevar a cabo este último paso del proyecto, se pretende llegar a la comprobación de la hipótesis a través de los siguientes pasos:

a) Diseño de los recursos y análisis de los datos

Ante la hipótesis inicial y bajo un marco teórico, se decidió conocer las características (actitudes y conocimientos) que manifiesta el maestro ante los niños que presentan TDA, para lo cual se seleccionó como instrumento de medición un cuestionario dirigido a profesores seleccionando 26 rubros.

El método de muestreo realizado fue de tipo aleatorio simple ya que los elementos que lo componen fueron tomados al azar y tienen la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra* para que fuera representativa y poderla analizar por medio de la estadística descriptiva.

b) Recogida de datos

Es el proceso mediante el cual se reúne la información relevante y necesaria para un estudio o investigación.

*muestra: conjunto representativo de elementos de una población o universo. ENCICLOPEDIA INTERACTIVA EN C. D.- ROOM Encarta 2000 Microsoft

Preguntas 1 a la 3:

Objetivo de medición: formación académica y actualización profesional.

Pregunta 4 a la 8:

Objetivo de medición: observación de problemas en el salón de clases.

Preguntas 9 y 10:

Objetivo de medición: apoyo al alumno en el salón de clases.

Pregunta 11 a la 13:

Objetivo de medición: causas y características de problemas de conducta y aprendizaje en general.

Preguntas de la 14 a la 16:

Objetivo de medición: información del profesor ante el TDA.

Preguntas de la 17 a la 20:

Objetivo de medición: instrumentos y alternativas de canalización por parte del maestro para el niño con TDA.

Preguntas de la 21 a la 25.

Objetivo de medición: actitudes del docente para ayudar al niño con TDA a la adaptación y socialización.

Pregunta 26.

Objetivo de la medición: reconocimiento de los rasgos de los problemas de aprendizaje.

c) Selección de la muestra

Para realizar este muestreo se aplicaron y recopilaron 100 cuestionarios bajo el tema: ***Actitudes y conocimientos que muestran los profesores ante la problemática de los niños con bajo aprovechamiento y problemas de conducta***, para analizar los criterios que se utilizan en la atención, detección y canalización del escolar con problemas de aprendizaje y socialización.

La selección de preguntas fue conforme a las inquietudes que presentaron maestros inmersos en esta problemática: la intención era medir los conocimientos, capacidades y actitudes manifiestas por el docente conforme a este problema.

Este estudio se complementó con la aplicación de otro instrumento dirigido a padres de familia: se tomó una muestra poblacional de 95 elementos, captados en su mayoría en Centros de Atención para Niños con Problemas de Aprendizaje, ya que en las escuelas regulares se buscaba por parte de los padres que pasara desapercibida la problemática específica de su hijo.

MUESTRA DE PROFESORES

Las personas encuestadas, en su mayoría fueron profesores frente a grupo, de escuelas federales pertenecientes a la SEP, distribuidas de la siguiente manera:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDUCACIÓN PREESCOLAR	39	39
EDUCACIÓN PRIMARIA	54	54
EDUCACIÓN SECUNDARIA	7	7
TOTAL	100	100

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS:

AÑOS DE EXPERIENCIA DOCENTE	PROFESORES	PORCENTAJE
1 a 5	4	4
6 a 10	26	26
11 a 15	27	27
16 a 20	21	21
21 a 24	14	14
27 a 29	4	4
31 a 35	4	4
Total	100	100

En relación al número de años de experiencia, los principales porcentajes se concentran entre los 6 y los 20 años (74%), que implica una considerable experiencia como docentes.

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS		
NORMAL BÁSICA	46	46
LICENCIATURA INCOMPLETA	21	21
LICENCIATURA COMPLETA	33	33
Total	100	100

Casi la mitad de la muestra (46%) cuenta sólo con normal básica, lo cual indica que la preparación profesional de un porcentaje significativo no es tan amplia.

Un poco más de la quinta parte de los encuestados (21%), inició algún tipo de licenciatura sin haberla culminado.

Sólo una tercera parte (33%), reporta haber terminado su licenciatura.

1.- Dentro de su formación académica, ¿recibió conocimientos para la atención de niños con problemas de aprendizaje y de conducta?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	30	30
ALGUNOS	55	55
SUFICIENTES	15	15
TOTAL	100	100

En este rubro puede observarse que más de la mitad de la muestra (55%), afirma contar con algunos conocimientos acerca de los niños que presentan problemas de aprendizaje y conducta, aspecto que puede significar una inadecuada atención a los menores.

Otro importante segmento (30%), considera que no tiene elementos suficientes para enfrentar los problemas de aprendizaje y conducta, por lo que una importante parte de la población queda a la deriva.

Sólo el 15% considera que su formación fue adecuada.

2.- ¿Ha recibido orientación o capacitación posterior para atender alumnos con problemas de conducta y/o aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	39	39
ALGUNOS	49	49
SUFICIENTES	12	12
TOTAL	100	100

El 49% de la población manifestó tener tan solo algunos elementos para poder apoyar a estos alumnos.

Menos de la mitad de los profesores (39%) no ha recibido actualización para poder enfrentarse a estos casos.

La parte que considera adecuada su orientación/capacitación en cuanto al problema es mínima: tan solo el 12%

De la muestra, el 88% fluctúa entre alguno y ningún elemento de capacitación, para la atención de problemas de conducta y aprendizaje, por lo cual se puede vislumbrar que el profesor cuenta con escasos elementos teórico-metodológicos para abordar esta problemática educativa.

3.- Actualmente ¿dispone de los conocimientos y experiencia para atender a los alumnos con las características citadas?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASAMENTE	43	43
REGULARMENTE	51	51
COMPLETAMENTE	6	6
TOTAL	100	100

Sólo el 6% se reporta capaz de atender alumnos con la problemática descrita, aspecto muy deplorable

La mitad de la población (51%) manifiesta contar solo con algunas experiencias para atender a estos alumnos.

El 43% considera que mínimamente cuenta con conocimientos y experiencias.

Basándose en la respuesta No 2, la cual manifiesta que el 39% no tiene elementos de capacitación, se nota que un porcentaje muy significativo de alumnos en las escuelas queda en alto riesgo de no ser atendido y puede estar en riesgo de reprobación y deserción.

4.-Cuando enfrenta en su grupo alumnos indisciplinados, generalmente usted...

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LOS AISLA	2	2
LOS CASTIGA	10	10
LE SON INDIFERENTES	0	0
INTENTA AYUDARLOS	72	72
OTROS	16	16
TOTAL	100	100

Aislar al escolar no resuelve los problemas de conducta que presenta, aunque tan solo el 2% de los encuestados refiere que lo hace.

Un considerable segmento (10%) es proclive al castigo, aunque este puede inhibir la conducta presentada, pero no ayuda a la socialización del escolar; al contrario se puede transformar en una conducta agresiva.

Un importante porcentaje de los encuestados (72) afirma su tendencia humanista de ayuda, y esto es excelente, empero la mayoría no dispone de los conocimientos y experiencia necesarios.

El 16% que se inclinó por otras alternativas, manifestó la inquietud de profundizar en la problemática familiar y las posibles causas que originan esta conducta, pero tendrían que prepararse para llevarlo a cabo de la mejor manera, (Sólo el 6% podría, Respuesta No. 3).

5.- ¿Suele encontrar en su grupo niños con problemas de aprendizaje y/o conducta?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MÍNIMAMENTE	36	36
REGULARMENTE	45	45
FRECUENTEMENTE	12	12
SIEMPRE	7	7
TOTAL	100	100

Un importante segmento (36%) afirma encontrar esporádicamente algunos casos de alumnos con problemas de aprendizaje y/o conducta.

El 45% reconoce regularmente a estos pequeños, pero la falta de información hace que la observación no sea sistematizada. (Ya que la detección se dificulta por la falta de elementos teórico-prácticos. Respuesta No. 3)

El 12% respondió que de manera frecuente encuentra a estos niños en su grupo.

El 7% considera que siempre se detectan en su grupo niños con problemas de aprendizaje, incapacidad de aprendizaje, lo que justifica mayor interés a los problemas educativos.

6.- ¿Intenta comprender a los alumnos problemáticos?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A VECES	9	9
REGULARMENTE	46	46
SIEMPRE	45	45
TOTAL	100	100

En este rubro, se puede observar que el profesor se preocupa por atender y comprender a sus alumnos, la mayoría de las veces, (91%), enfatizando que la relación comprensiva es primordial para mejorar la atención con estos educandos, sin embargo, pierde solidez su respuesta, al no presentar bases conceptuales y prácticas sobre esta problemática. (Respuesta 2, en los elementos de orientación y capacitación, el 39% no tiene y el 49% solo algunos y en la respuesta 3, el 43% escasamente dispone de conocimientos y experiencias).

7.- ¿Detecta usted con facilidad a los alumnos con problemas de aprendizaje y conducta?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A VECES	12	12
REGULARMENTE	55	55
SIEMPRE	33	33
TOTAL	100	100

La detección de alumnos con problemas de aprendizaje y conducta requiere de una observación sistemática y personalizada para encontrar los elementos que dificultan el aprendizaje y reconocer la existencia de uno o varios problemas.

Un significativo segmento (12%), menciona que a veces detecta alumnos con problemas de aprendizaje por falta de elementos de detección, ya que para esto se requiere de manejo de la información.

Más de la mitad de la población encuestada (55%) aunque carece de elementos para detectar una problemática de aprendizaje, afirma que puede reconocer que hay diferencias de algún tipo en estos niños.

La tercera parte de la muestra (33%) manifiesta que siempre es fácil detectar a los alumnos con problema de aprendizaje y conducta.

Con base en la experiencia manifestada en su práctica docente, es confiable que haya una detección de los diferentes casos, ya que la mayoría de la experiencia de los docentes fluctúa entre 6 y 20 años, aunque ésta no sea tan profunda. (Información inicial de la encuesta).

8.-Generalmente cuanto tiempo utiliza en determinar que el alumno tiene problemas de aprendizaje:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE POCOS DÍAS A UN MES	13	13
1 A 3 MESES	29	29
3 A 6 MESES	44	44
MAS DE 6 MESES	14	14
TOTAL	100	100

Si el ciclo escolar se conforma de 10 meses, el 44% de la muestra que manifiesta que utiliza de 3 a 6 meses para determinar el problema que presenta el alumno, se considera un lapso muy amplio, en virtud de que el tiempo para la recuperación del niño se reduce sensiblemente.

Aunque un bajo porcentaje de docentes encuestados, (14) utiliza más de 6 meses en la detección de problemas de aprendizaje, se considera muy amplio ya que hace resaltar los pocos recursos del profesorado para la adecuada atención de estos niños, restándoles oportunidades en el tiempo de recuperación.

Casi una tercera parte (29%) afirma emplear de 1 a 3 meses para detectar y determinar la existencia de los problemas de aprendizaje, siendo este período el más adecuado

para sensibilizar a los padres y al menor sobre la búsqueda de ayuda y orientación profesional.

Un mínimo segmento (13%) reporta una agilización en el tiempo para determinar la existencia de una problemática, sin embargo se requiere de mayor tiempo para sistematizar una adecuada observación y contar con los elementos básicos y confiables para informar al director y a los padres de familia.

Una de las ventajas con las que cuenta el profesor, es el trabajo colegiado en el cual se puede apoyar llevando estos casos para mejorar la calidad de esta detección y las alternativas de solución adecuada.

9.- Una vez que ha detectado este tipo de alumnos, usted opta por:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CANALIZARLOS A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	24	24
HABLAR CON LOS PADRES PARA QUE LA ATENCIÓN EN CASA MEJORE	66	66
EXIGIRLE MÁS AL ALUMNO	10	10
CONTINUAR NORMALMENTE	0	0
TOTAL	100	100

Un alto porcentaje de los maestros (66%), aprecia que es necesario que se hable con los padres de familia para que apoyen a través de la dinámica familiar la recuperación de su hijo, aspecto muy importante, aunque suele ser insuficiente. Es apreciable el que ninguno de los encuestados soslaye el problema (0%).

Mientras que sólo el 24%, opta por dirigirlos al servicio especializado buscando la ayuda de un grupo multidisciplinario. El porcentaje, aunque significativo, es reducido porque al parecer, se encuentra carente de elementos para dar curso a la detección y canalización de estos alumnos.

Lo anterior, es notorio ya que el 58% menciona que utiliza de 3 a 6 meses sólo para la detección, (Respuesta 8), aparte de que el 66% elige como primera opción solicitar la atención directa de los padres en casa, (respuesta 9).

Sin embargo, el 10% de la muestra decide exigir un mayor esfuerzo del niño en las tareas encomendadas, ya que no considera necesaria la canalización o apoyo de otro tipo.

Llama la atención que se desconozcan los diversos apoyos que el mismo docente puede brindar y la articulación con un grupo multidisciplinario que oriente al menor y a su familia.

10.- ¿Se apoya con otros alumnos para motivar al niño con problemas en el aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A VECES	56	56
REGULARMENTE	30	30
SIEMPRE	14	14
TOTAL	100	100

Un considerable porcentaje del grupo encuestado (56), considera que ocasionalmente el niño puede superarse a través de la convivencia con un coetáneo.

El 30% piensa que si es conveniente apoyar al niño con problemas de aprendizaje con sus iguales, con cierta regularidad, pero seleccionando la socialización continua entre uno y otros.

La interacción del niño con problemas de aprendizaje, basada en límites claros y específicos, ofrece resultados más positivos para el docente y sus alumnos, aunque sólo el 14% manifiesta que siempre debe reforzarse esta convivencia.

11.- Los problemas de aprendizaje de los estudiantes se deben a:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SITUACIONES AFECTIVAS	74	74
MEMORIA FRÁGIL	2	2
INQUIETUD	4	4
PROBLEMAS GENÉTICOS	2	2
OTROS ¿CUÁLES?	18	18
TOTAL	100	100

Las 4 opciones arriba mencionadas son características de los problemas de aprendizaje, presentes de manera aislada o en diversas combinaciones.

Casi tres cuartas partes de la muestra (74%) indican que las situaciones afectivas que rodean al escolar son la causa más frecuente de los problemas de aprendizaje. La aceptación del alumno por parte del docente puede hacer que este niño sea una persona útil y capaz de desarrollar las tareas encomendadas y retroalimentar una sana autoestima.

El 2% considera que la falta de retención es la causa del bajo aprovechamiento en los niños con estas características; la memoria frágil a corto y largo plazo, puede aumentar cuando hay tensión emocional y bloquear la posibilidad de recordar rápidamente.

El 4% de la muestra se basa en que la inquietud es la causa por la cual el niño no aprende, ya que no concentra su atención en el objetivo de la clase y la ansiedad es un factor primordial para agudizar este problema.

Los problemas genéticos son considerados por el 2% como limitante en el aprendizaje escolar, sin embargo son factores hereditarios difíciles de conocer con anterioridad y sus posibles secuelas en los futuros problemas de aprendizaje.

Casi una quinta parte (18%) considera que se encuentra presente la combinación de las cuatro opciones anteriores y que en algunos casos, los problemas de aprendizaje son producidos por la situación económica en el hogar, el valor que da la familia a la enseñanza escolarizada y el desarrollo inadecuado de las funciones mentales

superiores que podrían estar generando los problemas de aprendizaje, sin embargo y como ya se mencionó en el capítulo II, las investigaciones no han determinado hasta la fecha, si los factores anteriores son determinantes en los problemas de aprendizaje.

12.- Son factores que influyen en el bajo rendimiento:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROBLEMAS FAMILIARES	85	85
RECHAZO POR PARTE DEL PROFESOR	7	7
COMPLEJIDAD DE LOS CONTENIDOS	8	8
DESINTEGRACIÓN EN EL GRUPO ESCOLAR	0	0
TOTAL	100	100

Los conflictos familiares son considerados mayoritariamente por la muestra (85%) cómo núcleo de formación de potenciales adversos en el individuo, y también, factores determinantes en el aprovechamiento escolar; ya que en la práctica docente se encuentran simultáneamente bajo aprovechamiento, problemas de conducta y en muchas ocasiones problemas intrafamiliares.

La complejidad de los contenidos es considerado por el 8% de los profesores como circunstancia para el bajo aprovechamiento de ciertos grupos de la población escolar; si a este rubro se le aúna la falta de preparación académica y actualización de un alto porcentaje del magisterio (respuesta 6), los contenidos resultan difíciles de abordar y por lo tanto se dificulta distinguir entre la complejidad del plan y programas y los problemas de aprendizaje de un alumno.

El 7% de los maestros piensa que el rechazo del mismo docente marca la predisposición del niño hacia lo que va a aprender, reconociendo la importancia de la afectividad en la relación maestro-alumno para el desenvolvimiento del trabajo.

No es tomado en consideración, la socialización grupal para diagnosticar el bajo aprovechamiento escolar (0%).

13.- Mencione las características de los niños con problemas de aprendizaje y con incapacidades de aprendizaje:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORRECTA	36	36
INCORRECTA	64	64
TOTAL	100	100

En esta pregunta abierta, exclusivamente un poco más de la tercera parte de la muestra (36%), reconoce adecuadamente varias características y rasgos de los problemas de aprendizaje, posiblemente con base en la experiencia del trabajo de grupos, ya que supera sensiblemente a la población que reporta tener información (respuesta No. 2) a diferencia de mas del doble de esta población, que no tiene una idea clara sobre el término (64%).

PROBLEMA DE APRENDIZAJE:

Se produce por un trastorno psicológico y es reversible, ya que si se detecta a tiempo se puede superar.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORRECTA	21	21
INCORRECTA	79	79
TOTAL	100	100

En relación a la definición de incapacidad de aprendizaje, se encuentra un menor porcentaje de la muestra (21), que reconoce adecuadamente la definición y características de esta problemática, y es desconocida y confundida por un alto porcentaje de los encuestados (79), ya que no logran describir el término y mezclan los

rasgos de problema e incapacidad de aprendizaje; ya que dicen que tienen una sutil diferencia o ninguna.

INCAPACIDAD DE APRENDIZAJE. Se produce por una lesión orgánica y es irreversible.

Cotidianamente, los alumnos con problemas e incapacidades de aprendizaje se encuentran presentes en el aula regular y los profesores difícilmente podrán ayudarlos a avanzar si no cuentan con los elementos necesarios en su preparación profesional y con la comunicación adecuada con los especialistas de la salud. Lo anterior corrobora la información obtenida anteriormente en relación al desconocimiento en estos aspectos (respuesta no. 3).

14.- ¿Qué conceptos o términos han sido aplicados a algunos de sus alumnos para determinar sus problemas de aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDIÓ	30	30
ENLISTA LAS CARACTERÍSTICAS	57	57
MENCIONAN LOS TÉRMINOS PEYORATIVOS	13	13
TOTAL	100	100

Llama la atención que casi la tercera parte de los encuestados (30%) no respondió a esta pregunta, situación que refleja la dificultad para caracterizarlos.

Un importante segmento poco más de la mitad de los encuestados (57%), enlista las características que presenta la problemática del menor.

Sólo el 13% hace referencia a los sobrenombres con los cuales se llega a designar a los alumnos con problemas de aprendizaje, haciendo mención de términos como: niños con incapacidad de aprendizaje, niños ineptos, niños hiperactivos, minusválidos o niños retrasados mentales.

15.- Si conoce las características del trastorno por déficit de la atención, mencione algunas

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDIÓ	60	60
SE MENCIONAN CARACTERÍSTICAS QUE NO TIENEN QUE VER CON TDA	19	19
TIENE UNA IDEA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TDA	21	21
TOTAL	100	100

En el TDA se reconocen estas características: de la conducta motora, de atención y percepción, del aprendizaje escolar, de lenguaje, de control de los impulsos, de las relaciones interpersonales y trastornos afectivos.

Un significativo segmento (60%) se abstuvo de contestar, por lo cual se denota que los profesores no cuentan con los instrumentos de observación, valoración y canalización propios para detectar niños que presentan TDA, y por ende, tampoco con la posibilidad de ayuda y recuperación del escolar.

Un poco mas de la quinta parte (21%) de los encuestados, tienen una idea más completa que los demás acerca de las características que presenta el TDA mencionando hasta dos rasgos presentes en esta problemática.

Un poco menos de una quinta parte, (19%) restante menciona algunas características, empero, no tienen relación con el TDA.

16.- Cuando alguno de sus alumnos presenta visibles conflictos en su aprovechamiento y/o conducta. ¿Qué instrumentos de evaluación aplica?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDIÓ	36	36
PRUEBAS OBJETIVAS A TODO EL GRUPO	16	16
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN VARIOS	48	48
TOTAL	100	100

En la etapa de diagnóstico grupal, se encontró que el 48% de la muestra, utiliza instrumentos de medición de acuerdo a su experiencia laboral, entre los cuales se mencionan: pruebas pedagógicas, cuestionarios, test de observación sistematizada, diario anecdótico y entrevistas a padres, sin embargo, el docente difícilmente selecciona varios de estos instrumentos para conformar un expediente individual del alumno con problemas de aprendizaje.

Un importante segmento, (36%) se abstuvo de responder y este factor puede indicar la falta de conocimientos y manejo de otros instrumentos.

Una parte mínima (16%), respondió que utiliza las mismas pruebas que aplicó al resto del grupo sin utilizar otras alternativas de medición.

17.- ¿Cuáles son las instituciones de apoyo con las que cuenta usted para remitir a los alumnos con problemas de aprendizaje y/o conducta?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDIÓ	15	15
RESPONDIÓ SOBRE DIVERSOS CENTROS DE APOYO	85	85
TOTAL	100	100

Un mínimo porcentaje (15%) omite la respuesta, lo más probable es que no se apoye en estos recursos.

Un alto porcentaje (85%) menciona como primera instancia a Centro de Apoyo Psicopedagógico en Educación Preescolar (CAPEP en lo sucesivo) y las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER en lo sucesivo). Difícilmente los encuestados canalizan a sus alumnos a otras instancias de apoyo psicopedagógico.

18.- ¿Ha utilizado fichas acumulativas para reconocer los antecedentes de los alumnos con trastorno por déficit de la atención?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	45	45
A VECES	19	19
FRECUENTEMENTE	14	14
SIEMPRE	12	12
NO RESPONDIÓ	10	10
TOTAL	100	100

Las Educadoras y Profesores de Educación Primaria, desde el inicio del año escolar cuentan con el instrumento de observación del alumno, en el cual se puede distinguir la existencia de uno o varios problemas, siendo responsabilidad del docente la aplicación e interpretación de dicho material.

Un poco menos de la mitad de la muestra (45%) menciona que nunca lo utiliza, ya que dentro de las características de aplicación se requiere realizarlo de manera individual con los padres; el tiempo invertido varía de 45 a 60 minutos en cada caso y difícilmente se cuenta con los espacios disponibles.

Casi la quinta parte de la muestra (19%), manifiesta que a veces lo aplica cuando detecta actitudes diferentes en ciertos niños. En el nivel preescolar es un requisito indispensable para la atención en CAPEP. En la Escuela Primaria se utiliza para conformar el expediente del alumno y solicitar el apoyo a USAER u otra institución.

Un porcentaje poco significativo (14) aplica este instrumento para conocer las características individuales de los alumnos. Tan sólo el 12% manifiesta que es necesario utilizarlos como instrumento importante para el reconocimiento de problemas con los niños.

No dio respuesta la décima parte de los docentes encuestados (10%), por lo que se puede inferir que este sector no utiliza las fichas acumulativas.

19.- ¿Aplica usted algún test a sus alumnos de manera general? ¿Cuál?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO UTILIZA	66	66
SI UTILIZA TEST DE MEDICION	34	34
TOTAL	100	100

Las dos terceras partes de la muestra (66%), respondió que no utiliza algún test para conocer las características del grupo, perdiéndose un recurso muy importante en la detección y la valoración de aspectos muy importantes de los alumnos y su condición; el 34%, es decir la tercera parte de la población, afirma que si utiliza test de medición psicológica y pedagógica tales como: WISC, Otis primario, test del dibujo de la familia, examen pedagógico del inicio del ciclo escolar, Beta, Detroit, Figura humana de Kopitz, Test de Philo, Test de Frosting y Goodenough, instrumentos que se aprecian valiosos, coherentes y consistentes para apreciar el desarrollo infantil.

20.- ¿Lleva a cabo la observación sistemática del alumno con bajo aprovechamiento? ¿Cómo?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDIÓ	19	19
OBSERVACIÓN SISTEMATIZADA	81	81
TOTAL	100	100

Manifiesta un alto porcentaje (81), que sí aplica la observación sistematizada, aunque se considera poco confiable esta respuesta, porque el 65% de la población informa que nunca utiliza guías de observación (respuesta No. 18), mientras que un importante segmento, dos terceras partes (66%) no utiliza algún test para conocer las características del grupo (respuesta No. 19).

21.- Cuando los compañeros maestros hacen distinciones marcadas hacia estos niños ¿cuál es la actitud que usted manifiesta hacia estos docentes?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTERVENCIÓN	21	21
INTENTA ORIENTARLO	68	68
INDIFERENCIA	9	9
OTRAS	1	1
ABSTENCIÓN	1	1
TOTAL	100	100

Este rubro da una visión de interés (89%), aunque esto se considera difícil en virtud de sus propias limitaciones que posee el docente ante los conflictos generados por la problemática de los escolares.

Un alto porcentaje (68), considera conveniente orientar al compañero para que no se estigmatice al alumno.

El 21% opina que es necesario intervenir directamente cuando sea notorio un trato diferente al escolar, sin embargo esto requiere de fundamentos acordes y gran sutileza para poder abordarlo.

Sólo un 9% afirma que evita involucrarse en la problemática presentada por estos niños, sin embargo, la falta de sensibilización del profesor acrecienta el problema de interacción en el alumno. El 1% considera que lo más conveniente es tratar la situación en la reunión de Consejo Técnico Consultivo y un insignificante 1% se abstuvo de responder.

22.- ¿Considera necesario orientar al alumno con problemas sobre su situación personal?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	70	70
NO	9	9
NO RESPONDIÓ	21	21
TOTAL	100	100

Un importante segmento de los profesores encuestados (70%), considera conveniente informar y orientar al pequeño que presenta problemas de aprendizaje para que comprenda su situación, coopere en su integración al grupo y acepte la ayuda para mejorar su autocontrol, aspecto loable pero de difícil consecución por las características revisadas anteriormente.

Poco más de la quinta parte (21%) no dio respuesta a la pregunta, lo cual crea ambigüedad en su postura.

Una mínima parte (9%) dice que no es necesario orientar al niño sobre su situación personal argumentando motivos tales como: puede ser muy cruel para el menor, que no se desea lastimarlo o confundirlo, por lo cual es conveniente que esta labor la realice personal especializado.

23.- ¿Quién o quiénes considera que son las personas indicadas para ayudar a diagnosticar al alumno?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDIÓ	11	11
ESPECIALISTAS VARIOS	89	89
TOTAL	100	100

Una gran mayoría (89%), considera conveniente apoyarse en los siguientes profesionales con el fin de realizar un diagnóstico y atención adecuados: psicólogos, profesores especializados, pedagogos, médicos, directivos, trabajadores sociales, padres, neurólogos, nutriólogos, orientadores de CAPEP y psiquiatras.

Un pequeño sector del 11% se abstuvo de contestar, sin embargo, es conveniente no olvidar que el docente es parte medular en el proceso Enseñanza-Aprendizaje y se requiere de su total participación para la mejor integración grupal de sus alumnos.

24.- ¿Cuál es la actitud que manifiestan los padres de familia de niños con problemas al informarles de su situación personal?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECHAZO ABSOLUTO AL MAESTRO	23	23
INDIFERENCIA	27	27
COMPRENSIÓN Y COOPERACIÓN CON EL MAESTRO	44	44
NO RESPONDIÓ	6	6
TOTAL	100	100

Un poco menos de la mitad de los encuestados (44%), responde que los padres comprenden la situación y cooperan con el docente y esperan la orientación adecuada del mismo para ayudar a su hijo, sin embargo, se puede apreciar a la luz de la experiencia una actitud muy diferente, ya que los paterfamilias suelen rechazar tajantemente cualquier observación que atente en contra de la integridad intelectual y actitudinal de sus hijos.

Un poco más de la cuarta parte (27%) de los encuestados manifiestan que los padres muestran indiferencia ante el señalamiento de algún problema de aprovechamiento y/o conductual de sus hijos, por lo cual prefieren ignorar las características y magnitud del problema; 23% de la muestra considera que al ser informados los padres de familia, prefieren rechazar la posibilidad del problema. Un insignificante 6% se abstuvo de contestar.

En cualquiera de las opciones anteriores, es cierto que para los padres de familia no es fácil aceptar que su hijo presenta problemas de aprendizaje.

25.- Cuando este tipo de alumnos es canalizado a alguna institución. ¿Ha notado cambios en ellos?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDIÓ	3	3
NULOS	11	11
REGULARES	73	73
OPTIMOS	13	13
TOTAL	100	100

Un considerable 73% de los encuestados, considera que existen algunos cambios pero no en su totalidad para la reintegración al grupo.

Sólo un 13% piensa que los resultados son totalmente eficientes en la ayuda del escolar, lo cual manifiesta un alto grado de compromiso en los padres, maestros e instituciones, pero desafortunadamente es una proporción muy baja. Sólo un 11% de los maestros encuestados considera que no existen cambios sensibles en el niño, cuando es canalizado a una institución.

El 3% se abstuvo de responder.

Cabe retomar la respuesta No. 8, en donde el 58% reconoce que tarda más de tres meses para detectar los problemas de aprendizaje en el aula, y un diagnóstico en la institución correspondiente requiere alrededor de dos meses, siguiendo un curso normal, el niño requiere asistir a recibir apoyo psicopedagógico y de otros tipos en promedio de 6 meses a un año, por lo cual en un ciclo escolar, difícilmente se podrán observar avances significativos.

26. El siguiente bloque de preguntas se presenta con las opciones: *falso y verdadero*.

I. La hiperactividad es una situación no recuperable en las instituciones de apoyo psicopedagógico.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	13	13
FALSO	80	80
NO RESPONDIÓ	7	7
TOTAL	100	100

En este enunciado, un mínimo segmento (13%) acepta como verdadera la idea, sin embargo la respuesta es incorrecta, porque generalmente se ofrece una atención especializada que permite la recuperación de los menores. Sólo un 7% de los encuestados no responde.

El 80% considera que la aseveración es falsa y es la respuesta correcta, ya que la hiperactividad vista como la hiperfunción de un tejido u órgano es una problemática tratable en las instituciones especializadas y se controla bajo tratamiento médico, por tal motivo el docente requiere realizar la canalización a las instituciones especializadas, ya que el aula no es el lugar óptimo para tratar esta problemática.

II. La mala memoria y la distracción son síntomas invariables de incapacidades de aprendizaje

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	23	23
FALSO	65	65
NO RESPONDIÓ	12	12
TOTAL	100	100

Casi la cuarta parte de la muestra (23%), pondera que es cierto que la mala memoria y distracción son síntomas invariables de incapacidades de aprendizaje, sin embargo no se puede establecer como una generalidad, por lo cual la respuesta no es correcta.

Un importante 65% opina que es falsa y es la respuesta correcta, ya que existen algunas incapacidades de aprendizaje que no presentan disminución en la memoria ni distracción en el niño. La falta de memoria y la distracción pueden ser síntomas presentes por periodos cortos, debido a un evento excepcional en la dinámica familiar y desaparecer posteriormente.

Una proporción considerable (12%) se abstiene de dar respuesta.

III. Un niño disléxico siempre tendrá problemas en la comprensión de las matemáticas

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	15	15
FALSO	81	81
NO RESPONDIÓ	4	4
TOTAL	100	100

La oración es verdadera, y sólo el 15% del segmento encuestado así lo manifiesta. El niño con dislexia presenta problemas en el aprendizaje matemático en virtud de que la aprehensión de este tipo de conocimientos le representa esfuerzos adicionales, castigos, regaños, ejercitación más allá de lo cotidiano, y suele generar hasta aversión a la materia .

La mayoría (81%), opina lo contrario, aunque no justificó el por qué.

IV. Durante la primera etapa en que el menor asiste al Jardín de Niños, es muy difícil diferenciar a los que tienen problemas de coordinación motriz fina.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	24	24
FALSO	70	70
NO RESPONDIÓ	6	6
TOTAL	100	100

El 24% de la muestra manifiesta que es verdadero, empero su apreciación puede tener una visión limitada, ya que desde los 3 primeros meses de trabajo diario con el preescolar, se puede apreciar la falta de coordinación motriz fina y detectar a quien carece sensiblemente de estas habilidades.

Acertadamente casi tres cuartas partes de los encuestados (70%), consideran que es falso, ya que la mayoría de las Educadoras, a partir del desarrollo de las actividades diarias, pueden identificar las dificultades en la coordinación motriz fina.

V. Los problemas de aprendizaje son detectables en el Jardín de Niños.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	82	82
FALSO	15	15
NO RESPONDIÓ	3	3
TOTAL	100	100

Un alto porcentaje (82), afirma acertadamente que es verdadero, porque el pequeño puede presentar determinada disminución en sus capacidades de aprendizaje y manifestarla en su desarrollo escolar, pero por el tipo de etapa evolutiva en que se encuentra, es conveniente no aventurar diagnósticos, sino mantener una observación constante y consultarlo con los especialistas que lo apoyan.

Únicamente el 15% respondió que es falso, posiblemente considerando la complejidad y la necesidad de contar con estudios especializados.

VI. Los problemas de aprendizaje se presentan como un daño irreversible.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	5	5
FALSO	91	91
NO RESPONDIÓ	4	4
TOTAL	100	100

Tan sólo un 5% considera que los problemas de aprendizaje si son irreversibles y por lo tanto frena las expectativas de reeducación y readaptación del escolar.

Acertadamente, el 91% afirma que los problemas de aprendizaje tienen posibilidad de superarse mediante el trabajo en grupo, y permitir un mejor desarrollo en el aula, si se cuenta con un programa de intervención psicopedagógica.

Un insignificante 4% no dio respuesta a esta pregunta.

Del análisis realizado en el cuestionario: ***Actitudes y conocimientos que muestran los profesores ante la problemática de los niños con bajo aprovechamiento y problemas de conducta***, se concluye lo siguiente:

- El grado de preparación y actualización de los profesores es determinante para encauzar al niño que presenta problemas de aprendizaje.
- Se hace necesario que la detección de los problemas de aprendizaje sea oportuna en tiempo y forma para brindar la opción, seguimiento y colaboración entre el servicio especializado, los profesores y los padres de familia.
- No obstante que cada día se incrementa más la cantidad de información sobre el TDA, los profesores manejan todavía una parte mínima para poder orientar a los padres y al niño que presenta este trastorno.
- La falta de planeación educativa en las escuelas y de los docentes, dificulta la sistematización, el uso de instrumentos y alternativas de apoyo a los niños con problemas de aprendizaje.
- Las actitudes expresadas por los profesores hacia los alumnos con TDA incrementan a los problemas de aprendizaje ya existentes, una baja autoestima y el riesgo de reprobación y deserción escolar.
- A falta de recursos humanos y financieros, los servicios psicopedagógicos no dan cobertura en calidad y cantidad para la población que así lo demanda.
- Posterior al diagnóstico del problema, es prioritario formular y dar a conocer el programa de intervención psicopedagógico a las personas involucradas.

MUESTRA DE PADRES DE FAMILIA

En el ***Cuestionario para padres de familia con hijos que han presentado problemas de aprendizaje***, también se dio la oportunidad de responder de manera anónima, con la finalidad de obtener una información más fidedigna.

La labor para la aplicación de estos cuestionarios se hizo más larga y complicada, ya que se encontró una característica muy compleja y no prevista: los padres y familiares de estos niños, muestran una gran vulnerabilidad ante la problemática del menor; no la reconocen ante los demás, lo cual hizo difícil obtener la información; de tal suerte, se hizo necesario acudir a los siguientes lugares: Centros de Atención Múltiples (CAM en lo sucesivo), CAPEP y unidades USAER.

Para obtener una muestra que de algún modo fuera significativa, se aplicaron inicialmente 220 cuestionarios a padres de familia (primera parte del cuestionario), conteniendo 6 preguntas para saber si enfrentaban algún problema de aprendizaje con sus hijos; posteriormente se ubicó la población que respondió afirmativamente, la cual está conformada por 95 elementos (segunda parte del cuestionario) y en la que se indagó más específicamente sus experiencias.

PRIMERA PARTE DEL CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

De la información obtenida, se pudo analizar lo siguiente:

1. Grado máximo de estudios del padre:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	44	20.00
SECUNDARIA	61	27.73
BACHILLERATO O EQUIVALENTE	76	34.55
UNIVERSITARIO O EQUIVALENTE	24	10.90
OTRO ¿CUÁL?	15	6.82
TOTAL	220	100.00

De un total de 220 padres encuestados, la quinta parte (20%) tan sólo cursó la educación primaria; casi la tercera parte (27.73%), manifestó tener estudios de secundaria; más de otra tercera parte (34.55%), que implica el segmento mayoritario,

terminó sus estudios de bachillerato; y solo un poco más de la décima parte (10.90%), reportó contar con estudios universitarios; el rubro correspondiente a otro, alcanzó un porcentaje mínimo de 6.82%, en el que se engloban carreras cortas, (radiotécnica y computación) así como padres que han fallecido o abandonado su hogar.

De los padres encuestados que realizaron estudios universitarios, sólo el 3.6% tiene el grado.

En la suma de los tres rubros (primaria, secundaria y otros) el porcentaje se eleva al 54.55, población que con estudios escasos y circunstancias adversas, se encuentra endeble para enfrentar las vicisitudes educacionales de sus hijos.

2. Grado máximo de estudios de la madre:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	41	18.63
SECUNDARIA	66	30.00
BACHILLERATO O EQUIVALENTE	81	36.82
UNIVERSITARIO O EQUIVALENTE	17	7.73
OTRO ¿CUÁL?	15	6.82
TOTAL	220	100.00

Aproximadamente una quinta parte (18.63%), manifiesta haber cursado la escuela primaria exclusivamente y el 30% cursó la secundaria.

Un sector significativo (36.82%), cursó el bachillerato y exclusivamente un porcentaje de 7.73, tiene estudios universitarios.

Un segmento de 6.82% respondió en otras opciones, vertiendo la siguiente información: 2.7% de madres analfabetas, 3.18% finadas o no viven con el menor y 0.9% que se encuentran alfabetizándose.

En esta respuesta, la suma de la escolaridad básica (primaria, secundaria y otros) vierte un porcentaje del 55.45, manifestando una baja escolaridad para poder afrontar la problemática del aprendizaje con sus hijos.

De la muestra, el 44.55% manifiesta tener más conocimiento y por ende enfrentar mejor los problemas de sus hijos (bachillerato y universitario).

3.- Número de hijos:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	37	16.82
2	59	26.82
3	68	30.91
4	37	16.82
5	19	8.63
TOTAL	220	100.00

El 16.82% de los padres tiene solamente un hijo; y el 26.82%, 2 hijos, es decir que este sector que reúne al 43.64% tiene un estrecho parámetro de comparación en conductas, actitudes y conocimientos con relación a otros chicos para poder observar el ritmo de desarrollo en los niños.

Casi una tercera parte (30.91%) tiene 3 hijos y requiere de mayor energía y disposición para atenderlos y educarlos, con la posibilidad de que por lo menos uno de ellos requiera tiempo y atención extraordinarios para ayudarlo a superar una problemática educativa.

Una parte menor (16.82%) tiene 4 hijos, y aunque pudiera detectar una problemática de aprendizaje, el ritmo de vida que implica para los padres, no permite comúnmente ayudar al niño, tanto en calidad como en cantidad para abatir los problemas de aprendizaje de alguno de ellos.

Aunque es una pequeña parte de la muestra (8.63%) la que reporta 5 hijos, este aspecto representa considerables problemas, si a esto se aúna el que uno de ellos pueda presentar problemas particulares en el aprendizaje.

4.- ¿Alguno de sus hijos ha presentado considerables problemas de aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	95	43.18
NO	125	56.81
TOTAL	220	99.99

De un 100% que corresponde a 220 cuestionarios, un importante 43.18% de la muestra manifiesta que alguno de sus hijos ha presentado considerables problemas de aprendizaje, frecuencia muy considerable.

Un 56.81% responde que ninguno de sus hijos ha presentado considerables problemas de aprendizaje.

5.- ¿Qué se podría entender como: *problema de aprendizaje*?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RECONOCE EL CONCEPTO DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	177	80.45
ENTIENDE EL CONCEPTO DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	28	12.73
NO RESPONDIÓ	15	6.82
TOTAL	220	100.00

Una mayoría (80.45%) no distingue la conceptualización de los problemas de aprendizaje, incluso lo tergiversa con términos comunes con los cuales se designan algunas características como: “el niño no trabaja”, “es tonto”, “no sirve para el estudio”, “es mañoso”, “es flojo”, etc., y no se reconoce los problemas de lenguaje, aprendizaje, socialización y psicomotricidad.

Contrastando con lo anterior, un porcentaje no significativo (12.73), se ha dado a la tarea de informarse sobre lo que significa un problema de aprendizaje y su repercusión para el desarrollo de su hijo.

Llama la atención un 6.82%, el cual se abstuvo de responder.

6.- ¿Cuántos de sus hijos han presentado problemas de aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	125	56.81
1	84	38.18
2	7	3.18
3	4	1.82
TOTAL	220	99.99

- a) Del total de la muestra, sólo el 56.81% manifiesta que ninguno de sus hijos han presentado problemas de aprendizaje.
- b) Un amplio segmento de la muestra (38.18%), confirma que tiene al menos un hijo que presenta problemas de aprendizaje.
- c) Una pequeña pero importante parte de los encuestados (3.18%) expresa que al menos dos de sus hijos manifiestan algún problema de aprendizaje, circunstancia que complica severamente la vida familiar y el desempeño escolar.
- d) Aunque es mínimo el porcentaje (sólo el 1.82%), indica que 3 de sus hijos tienen problemas de aprendizaje, lo cual si constituye una grave señal.

La suma de estos dos últimos puntos, arroja un porcentaje de 5.0; familias que al tener 2 ó 3 hijos que presentan problemas de aprendizaje, deberían realizar un análisis minucioso sobre aspectos cruciales, tales como farmacodependencia, antecedentes hereditarios e inclusive la misma dinámica familiar para detectar los factores de riesgo y buscar urgentemente alternativas de solución.

La parte correspondiente al punto 1(56.81% de la muestra) que manifiesta que sus hijos no han presentado problemas de aprendizaje, no son objeto de estudio en la segunda parte de la encuesta.

Los grupos correspondientes a los incisos b, c y d que reúnen 95 elementos de la muestra y respondieron afirmativamente la pregunta No. 6 en la cual han presentado por lo menos un caso con problemas de aprendizaje, son quienes colaboran en la segunda parte de este cuestionario.

SEGUNDA PARTE DEL CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA

Esta sección inicia con las siguientes indicaciones escritas:

A continuación se plantea una serie de preguntas para usted madre o padre de familia que ha enfrentado situaciones de problemas de aprendizaje con sus hijos:

Si encuentra más de una opción, marque sólo la más importante.

I ¿Qué tipo de problemas de aprendizaje presentó su hijo?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LENGUAJE	5	5.2
APRENDIZAJE	2	2.1
CONVIVENCIA SOCIAL	2	2.1
MOTRICIDAD	2	2.1
NO DESCRIBE ADECUADAMENTE LA PROBLEMÁTICA	79	83.1
NO RESPONDIÓ	5	5.2
TOTAL	95	99.8

En esta respuesta, un mínimo porcentaje de los padres encuestados 11.5 (suma de los cuatro primeros incisos), expresa el tipo de problema que presenta su hijo, ya que señala el aspecto que primordialmente requiere atención, (lenguaje, aprendizaje, convivencia social y motricidad).

Poco más de las cuatro quintas partes, el 83.1% de la muestra, expresa la falta de reconocimiento del problema que presenta su hijo, ya que hace referencia a algunos síntomas, empero, no especifica el tipo de dificultad que manifiesta su hijo.

El 5.2% se abstuvo de dar la respuesta escrita.

II ¿Qué persona señaló por primera vez la problemática del menor?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIRECTOR DE LA ESCUELA	0	0
PROFESOR (A)	81	85.2
ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA	3	3.1
MÉDICO	10	10.5
OTRO ¿CUÁL?	1	1.0
TOTAL	95	99.8

La estadística muestra que el contacto cotidiano con los niños permite al profesor en primera instancia, visualizar los problemas que algunos de ellos presentan con el aprendizaje (85.2%), lo cual enfatiza el decisivo rol que desempeña el maestro; en segundo término, fueron reportados los médicos (10.5%) ya que al hacer un diagnóstico general o de otro de tipo, le permite detectar alguna situación anómala en el lenguaje, motricidad, desarrollo antropométrico, etc.

En un menor porcentaje (3.1%) se sitúan los familiares, con algún conocimiento y aguda observación, quienes recomiendan a los padres tener cuidado con algunas situaciones no comunes en el desarrollo del niño.

En un insignificante porcentaje (1.0), referente al rubro de otras personas, se dio la detección de la problemática por parte, en este caso, de un nutriólogo.

En ningún caso se reporta al director de la escuela como la persona que detecte algún caso de obstáculos en el aprendizaje.

III ¿Qué actitud manifestó su pareja al enterarse del reporte inicial?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INCREDELIDAD	59	62.1
PREOCUPACIÓN	24	25.2
INTERÉS	6	6.3
OTRA ¿CUÁL? (IRA, DISGUSTO)	6	6.3
TOTAL	95	99.9

La estadística reporta un porcentaje mayor de la mitad (62.1), en una actitud de incredulidad al recibir algún reporte de atraso escolar u otras características que sugieran algún problema de aprendizaje.

La cuarta parte de la muestra (25.2%), expresa preocupación ante tales circunstancias. Tan sólo un 6.3% se muestra interesado por conocer las causas que han generado este problema. El 6.3% restante muestra disgusto ante la información, incluso llega al coraje o ira.

IV ¿Su propia actitud fue?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INCREDELIDAD	9	9.4
PREOCUPACIÓN	69	72.6
INTERÉS	7	7.3
OTRA ¿CUÁL? (RECHAZO A LA INFORMACIÓN, CORAJE CON EL PROFESOR, GRAN DISGUSTO)	10	10.5
TOTAL	95	99.8

El 9.4% de los encuestados, manifiesta incredulidad por el reporte, contrastando con el 62.1% manifestado por el cónyuge, se observa que la persona que está en contacto

más estrecho con el niño muestra actitudes más favorables para resolver las dificultades suscitadas en la escuela o de índole médica.

Aproximadamente las tres cuartas partes de la muestra (72.6%) expresa preocupación, en comparación con el 25.2% de sus parejas. El 7.3% de los encuestados manifiesta un poco más de interés, comparado con el 6.3% de su cónyuge.

La décima parte de la muestra (10.5%), rechaza la información ya que genera en él sentimientos de ira o disgusto; en contraste con un porcentaje del 6.3 de los cónyuges que según los encuestados, muestran disgusto, rechazo o ira al recibir la información; estas actitudes en ambas partes de la población, llegan a crear una actitud de fuerte resistencia, con la cual difícilmente se puede colaborar en la rehabilitación del niño.

V ¿En qué nivel educativo se detectó el problema de aprendizaje de su hijo?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PREESCOLAR	26	27.3
PRIMARIA	62	65.2
SECUNDARIA	0	0
OTROS ¿CUÁL? (Del nacimiento a los 4 años)	7	7.3
TOTAL	95	99.8

El 7.3% de los encuestados manifiesta en el rubro: otros, que la detección se realizó en una etapa muy temprana del desarrollo, en donde se requiere de una problemática ostensible para ser definida en esta edad: la muestra arroja la detección de un problema con el niño en un 3.1%, al momento del nacimiento, también se reporta el 3.1% entre 0 y 3 años; a los 4 años se muestra un 1% en la detección de problemas.

El mayor porcentaje de la muestra (65.2%), informa que los problemas de aprendizaje se presentan en la Escuela Primaria, en relación directa con las funciones de lectura, escritura y del aprendizaje de las matemáticas.

Más de una cuarta parte de la población (27.3%) expresa que la detección de los problemas de aprendizaje fue en el Jardín de Niños, notándose que había complicaciones de conducta, movimientos torpes y trabajos manuales mal realizados (falta de motricidad fina) y problemas de lenguaje.

No se reporta información sobre casos detectados en la Educación Secundaria (0%).

VI ¿Qué tanto ayudan los profesores de grupo al niño con problemas de aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	5	5.2
POCO	44	46.3
SUFICIENTE	36	37.8
NOTABLE	10	10.5
TOTAL	95	99.8

El 10.5% de la muestra reconoce una labor destacada por parte de los profesores para orientar a padres y alumnos ante las circunstancias específicas del aprendizaje con sus hijos, aunque es lamentable que sólo sea la décima parte.

Un considerable porcentaje (37.8) argumenta que la ayuda por parte del docente apenas es suficiente; que no se orienta de manera adecuada para ayudar en la solución del conflicto del escolar.

El 46.3% de los encuestados señala que el profesor, conociendo el problema, se conforma solo con “dar la queja” y encomendar grandes cantidades de tarea para realizar en casa, sin orientar a padres e hijos.

Aunque de modo mínimo, pero muy trascendente por lo que implica, un 5.2% de la muestra manifiesta que los profesores no son “capaces para entender y ayudar”, y por lo tanto, no se dan cuenta de que existe un problema con algunos niños, además de no informar a los padres sobre lo que acontece con su hijo.

VII El menor fue canalizado a...

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INSTITUTO ESPECIALIZADO OFICIAL	27	28.4
CENTRO ESPECIALIZADO ESCOLAR	25	26.3
MEDICO ESPECIALISTA	13	13.6
OTRA ALTERNATIVA ¿CUÁL?	27	28.4
NO RECIBIÓ NINGÚN TIPO DE AYUDA	3	3.1
TOTAL	95	99.8

El 28.4% de los encuestados, informa que los niños fueron atendidos en Centros especializados oficiales tales como; Servicios de Salud Mental (SERSAME), y Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).

Un poco más de la cuarta parte (26.3%) de los padres, informa que sus hijos fueron dispuestos al servicio de los Centros especializados escolares (CAPEP, USAER y CAM).

De la muestra, un porcentaje de 28.4 fue atendido por Centros de Integración Juvenil, psicólogos privados, profesores particulares o en escuelas de educación militar, incluyendo desafortunadamente un caso en el cual los padres lo mandan a trabajar a muy temprana edad.

VIII La actitud del profesor de su hijo fue...

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESCONTROL	27	28.4
PREOCUPACIÓN SIN BRINDAR OPCIONES DE SOLUCIÓN	36	37.8
BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	32	33.6
TOTAL	95	99.8

El 28.4% de la población manifiesta que los profesores presentan descontrol y “no saben que hacer”, se quejan de la conducta y aprovechamiento del niño, “regañan a los padres” y demuestran una actitud prepotente.

Un porcentaje de 37.8 encuentra por parte del docente preocupación, pero sin ofrecer alternativas claras, recomendándoles llevarlo a consulta con un psicólogo o la primer respuesta que se les ocurre.

Sólo una tercera parte de la muestra, 33.6%, afirma que los maestros buscan alternativas claras en la solución de los diferentes tipos de problemas presentados por los niños.

IX Si el niño recibió atención especializada ¿Cómo consideraría usted la ayuda?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INADECUADA	1	1.0
POCO EFICIENTE	9	9.4
REGULAR	30	31.5
BASTANTE ADECUADA	39	41.0
MUY ADECUADA	10	10.5
NO RECIBIÓ AYUDA	3	3.1
NO RESPONDIÓ	3	3.1
TOTAL	95	99.6

De nueva cuenta un 3.1% manifiesta no haber recibido ayuda de ningún tipo; también se manifiesta un 3.1% de la población encuestada que no respondió esta pregunta. Sólo 1% manifiesta que la atención recibida fue inadecuada. El 7.3% (rubros: inadecuada/ no recibió ayuda/ no respondió) se manifiesta inconforme o escéptico ante la posibilidad de ayuda especializada.

Casi una décima parte de la población (9.4%) considera poco eficiente la ayuda proporcionada por el especialista.

Casi la tercera parte de la población (31.5%) considera la ayuda no fue tan adecuada como hubiera esperado para que el niño tuviera una recuperación. Asimismo, se puede observar que un 41% de los encuestados expresa que la calidad en la atención especializada satisface apropiadamente las necesidades de recuperación del niño.

Sólo la décima parte de la población encuestada(10.5%) manifiesta que fue excelente la ayuda recibida por parte de los especialistas para encauzar y resolver las dificultades que presenta el menor.

X. ¿Durante cuánto tiempo fue atendido el menor?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 A 6 MESES	37	38.9
6 MESES A 1 AÑO	27	28.4
MAS DE 1 AÑO	24	25.2
NO RESPONDIÓ	4	4.2
NO FUE CANALIZADO	3	3.1
TOTAL	95	99.8

El tiempo de atención fue variable para los 89 niños canalizados. El 38.9% informa que su hijo fue atendido de 2 a 6 meses por no considerarse un problema grave, comentando en algunos casos que se le daba de alta.

El 28.4% permaneció en tratamiento entre 6 meses y un año, recibiendo atención en las áreas de lenguaje, terapia de grupo y psicología, y en este tiempo se consideró que el niño había superado la problemática por la cual había sido canalizado.

La permanencia del 25.2% de esta población fue en un periodo superior al año, ya que por solicitud de las madres y/o profesores se realizó seguimiento.

La suma de los rubros: 6 meses a 1 año y más de 1 año, ofrece un 53.6% de los padres encuestados, lo cual se considera tiempo prudente para resolver la mayoría de los problemas presentados por los niños.

El 4.2% no dio respuesta a la pregunta; (aunque el 1% de estos casos fue canalizado se abstuvo de escribir el periodo de atención).

El 3.1% al que ya se hizo referencia en la respuesta no. IX, no fue canalizado.

XI ¿En qué áreas se dio apoyo al menor?

En varios casos, se atendieron 2 ó 3 áreas, por lo cual se arrojan los siguientes resultados:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ATENCIÓN EN UN ÁREA	37	38.9
ATENCIÓN EN VARIAS ÁREAS	52	54.7
NO RECIBIÓ ATENCIÓN	3	3.1
NO RESPONDIÓ	3	3.1
TOTAL	95	99.8

Más de la mitad de la muestra (54.7%), respondió que su hijo recibió apoyo en dos o tres áreas diferentes como pueden ser: lenguaje, terapia de grupo, psicología y psiquiatría.

Un importante porcentaje 38.9% indica que sólo se atendió al niño en un área; en dos cuestionarios, madres de familia comentaron que la terapia de lenguaje no fue la adecuada ya que sus hijos aún presentan mala dicción al pronunciar algunas palabras no obstante haber sido dados de alta.

Englobado en un 6.2%, la población restante manifiesta no haber recibido atención: (3.1%), o no responde a esta pregunta (3.1%).

XII ¿Qué integrante de la familia se hizo cargo del avance del niño?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRE	1	1.0
MADRE	60	63.1
HERMANO (A)	2	2.1
OTRO ¿CUÁL?	30	31.5
NO RESPONDIÓ	2	2.1
TOTAL	95	99.8

Casi dos terceras partes de la muestra (63.1%), respondieron que son las madres de familia quienes se responsabilizan por apoyar el desarrollo del niño.

Aproximadamente la tercera parte de los encuestados (31.5%) aclara que recibe ayuda de otros miembros de la familia (tías, tíos y abuelos), así como de la mamá de algún compañero de su hijo para trasladar al menor a sus terapias.

Solo el 2.1% omitió decir quien es la persona que se encarga del alumno.

XIII ¿Actualmente su hijo muestra un desarrollo normal?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI ¿POR QUÉ?	37	38.9
NO ¿POR QUÉ?	54	56.8
NO RESPONDIÓ	4	4.2
TOTAL	95	99.9

El 38.9% de la muestra señala que su hijo muestra en este momento un desarrollo normal, empero, con base en la respuesta no. IX, la estadística muestra que no es del todo correcta la respuesta manifestada, pues queda expuesto que la atención recibida no fue la adecuada, además de que la preparación de los padres llega a un grado promedio de estudios secundarios (48.63% en la progenitora y 47.73% en el padre).

Es muy significativo el porcentaje (56.8) que aduce que sus hijos no han logrado un avance al ritmo de trabajo del grupo escolar.

XIV ¿Considera que la escuela está preparada para recibir niños con problemas de aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI ¿POR QUÉ?	50	52.6
NO ¿POR QUÉ?	45	47.3
TOTAL	95	99.9

Un importante segmento de la muestra (47.3%), considera que la escuela no está capacitada para atender de una manera adecuada las necesidades de estos pequeño que presentan problemas de aprendizaje, argumentando que los docentes no conocen el manejo de niños con necesidades especiales de aprendizaje e incluso los hacen víctimas de un maltrato.

En contraparte, un poco más de la mitad (52.6%), afirma que la ayuda otorgada por parte de los profesores demuestra interés y respeto por las necesidades individuales del niño, con actitudes en las cuales toman en cuenta que el niño necesita más tiempo para realizar el trabajo escolar, comparado con el nivel del grupo; que existe una disciplina adecuada en el aula para que el niño logre los objetivos, de igual manera los maestros orientan a los padres y les explican los ejercicios y las tareas que los padres deben realizar para que el alumno mejore.

XV ¿Considera que en su familia puede darse respuesta favorable a las necesidades de un niño con problemas de aprendizaje?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI ¿POR QUÉ?	53	55.7
NO ¿POR QUÉ?	26	27.3
A VECES ¿PORQUÉ?	16	16.8
TOTAL	95	99.8

Los padres que contestaron afirmativamente a esta pregunta (55.7%), basan su respuesta en la confianza de poseer un buen nivel cultural, apoyo constante al niño, buen nivel de afectividad y que aceptan la orientación de los profesores y personas capacitadas, apoyando que los niños no falten a la escuela y aceptan que modifican sus

actitudes con ayuda de los especialistas y orientan a sus hijos; como desean que sus niños tengan un mejor nivel académico, apoyan el aprendizaje extraclase en sus hijos, supervisan sus tareas y tratan que la familia sea capaz de superar los problemas, porque desean atender las necesidades del menor.

Una sexta parte de los padres encuestados, el 16.8% asegura que existen todavía deficiencias en la atención por parte de la familia para atender todas las necesidades educativas de sus hijos.

Mientras que casi una tercera parte, 27.3% considera que aún no está apta para atender los problemas específicos de su hijo o de sus hijos (como lo manifiesta el 5% de la muestra, con 2 ó 3 hijos que han presentado problemas de aprendizaje en la respuesta no. 6 de la primera parte), solo en algunas ocasiones la familia cuenta con elementos suficientes para atender las necesidades de sus hijos.

XVI. ¿A qué dedica su hijo el tiempo libre?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEE	1	1.0
VE LA TELEVISIÓN O UTILIZA VIDEOJUEGOS	89	93.6
DESCANSA	0	0
SALE A PASEAR	2	2.1
REALIZA LA TAREA	3	3.1
TOTAL	95	99.8

En esta respuesta se nota que un alto porcentaje (93.6%), manifiesta que la actividad más realizada por el niño con problemas de aprendizaje es ver la televisión o entretenerse con videojuegos y no hay un tiempo libre dirigido ni orientado a la creatividad y tampoco actividades de convivencia familiar. Estos pequeños al presentar una problemática específica, requieren aún más la orientación constante de sus actividades y las demostraciones afectuosas de sus padres.

Sólo un 3.1% de la población encuestada, manifiesta que el niño dedica el tiempo libre a realizar su tarea; un porcentaje de 2.1 afirma ocuparse en salir a pasear y

exclusivamente el 1% dedica su tiempo a la lectura, como es notable, no se ha fomentado el disfrute por la lectura.

No hay referencia a que algún niño dedique su tiempo libre al reposo.

XVII ¿Generalmente como tratan los padres de familia al niño con problemas de aprendizaje antes de canalizarlo?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LO IGNORAN	74	77.8
LO SOBREPOTEGEN	13	13.7
LO ENTIENDEN	7	7.3
OTRA ¿CUÁL?	1	1.0
TOTAL	95	99.8

Un alto porcentaje (77.8), señala que la actitud que más frecuentemente manifiestan los padres hacia el niño con problemas de aprendizaje es ignorarlo, cuando urgentemente el pequeño está requiriendo un trato más afectuoso y orientaciones adecuadas.

El 13.7% piensa que los padres tienden hacia la sobreprotección del menor, porque se encuentra en una posición de desventaja frente a los demás niños.

Sólo un 7.3% afirma que entiende a su hijo, lo cual implica estar en una estrecha vinculación con él; de la muestra, el 1% señala en el rubro otra opción, que pelea constantemente con su hija a causa de su bajo aprovechamiento escolar.

XVIII. ¿Considera que los problemas familiares acrecientan el problema de aprendizaje en el niño?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	22.1
NO	52	54.7
ALGUNAS VECES	22	23.1
TOTAL	95	99.9

Un poco menos de la cuarta parte de la muestra, 22.1% considera que los problemas familiares influyen directamente en el aumento de los problemas de aprendizaje de los niños, lo anterior contradice la respuesta en la que se afirma que un gran porcentaje de padres considera poder solventar las necesidades educativas de sus hijos.

Poco más de la mitad de los encuestados (54.7%) cree que los conflictos familiares no aumentan los problemas de aprendizaje del niño.

Casi una cuarta parte de los paterfamilias (23.1%) considera que solo algunas veces los problemas surgidos en el seno familiar pueden influir directamente en los problemas escolares presentados por el pequeño.

Del análisis realizado en el cuestionario ***para padres de familia con hijos que han presentado problemas de aprendizaje***, se obtienen las siguientes conclusiones:

- Aproximadamente el 50% de los padres y madres de familia, cuentan con una preparación académica muy endeble para guiar a sus hijos cuando se presenta un TDA u otro problema de aprendizaje.
- Más de la mitad de la población (56.36%) tienen 3 ó más hijos, con lo cual es difícil mantener un nivel socio-económico que le permita un buen desarrollo educativo, aunado con el bajo nivel cultural de los padres; estas circunstancias no le permiten al niño encontrar un mejor ámbito para mejorar su problemática específica.
- Los padres de familia sienten la necesidad de confiar y obtener respuesta por parte del profesor en la para detección y canalización de los alumnos que presentan TDA y otros problemas de aprendizaje.
- Se necesita que el profesor tenga una amplia preparación y buen juicio para abordar adecuadamente con los padres de familia y los niños los problemas de aprendizaje que enfrentan éstos últimos y así motivarlos para buscar y articular conjuntamente las alternativas de solución.
- La duración y continuidad del programa de apoyo psicopedagógico, así como la comunicación entre padres, profesores y especialistas, permite acceder a una pronta recuperación y reintegración del niño al aula regular.
- Se requiere del compromiso de los padres de familia para asistir y cooperar con el programa de atención psicopedagógica que permita a su hijo rehabilitarse de la manera más eficaz.
- El profesorado cuenta en la mayoría de los casos con una alta confiabilidad de los padres de familia y alumnos, por lo cual tiene la responsabilidad de responder a las necesidades educativas de sus alumnos.

Clarificar los límites con el menor, la comunicación asertiva, la afectividad sin sobreprotección, son elementos insustituibles para el desarrollo de los niños en general y particularmente con los niños que presentan TDA y otros problemas de aprendizaje.

Las siguientes consideraciones se presentan con la finalidad de unificar voluntades en padres y profesores para coadyuvar a la recuperación de los niños con TDA.

CONSIDERACIONES PARA MEJORAR ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN

1. Cuando sea necesario, solicitar al profesor que repita las instrucciones, en vez de que el alumno adivine.
2. Dividir grandes tareas o trabajos, en pequeñas tareas simples.
3. Proponer un horario para cada tarea y estimular al alumno en forma verbal al terminar cada una de las tareas.
4. Planificar las tareas a través de un control escrito.
5. Localizar el área más tranquila o con menos distractores en el hogar para que el niño realice su trabajo.
6. Hacer una tarea a la vez y darse pequeños descansos.
7. Utilizar una pequeña libreta como si fuera una agenda personal, llevando a cabo un registro de los logros.
8. Organizar una serie de actividades en horario repetitivo, de tal forma que se conviertan en hábitos (bañarse, hacer la tarea, arreglar la mochila, utilizar el control de tareas).
9. Hacer ejercicio y dormir lo suficiente.

GLOSARIO

- Afasia.-** Daño sobre el hemisferio izquierdo del cerebro que es el centro del habla, que lleva al menoscabo de la capacidad del habla coherente o de comprender el lenguaje hablado. Trastorno del lenguaje oral y escrito.
- Agnosia.-** Trastorno de origen cerebral en el que permaneciendo intactos los receptores y las vías de conexión con las áreas corticales, un individuo de inteligencia normal es incapaz de dar un significado a lo que percibe, es decir, no lo comprende.
- Alexia:** Trastorno del lenguaje originado por una lesión cerebral en el que permaneciendo intacta la capacidad de ver las palabras escritas, el sujeto es incapaz de comprender su significado.
- Antígeno:** Sustancia extraña al cuerpo que suscita la formación de anticuerpos específicos en el organismo.
- Ataxia:** Trastorno que afecta a la coordinación de los movimientos realizados por un sujeto permaneciendo íntegra la fuerza muscular. Se manifiesta por una falta de coordinación de los movimientos de orientación secuenciales y del equilibrio del tronco y de los miembros de una determinada posición. El origen de la ataxia se halla siempre en una alteración del sistema nervioso central.
- Axón:** (ver neurilema)
- Congénito:** Que existe desde el nacimiento o antes.
- Connotar:** Valores significativos secundarios de una palabra o mensaje.
- Disartria:** Perturbación parcial del habla que afecta a la capacidad de articulación de uno o varios fonemas. Su origen más frecuente son las lesiones nerviosas motoras y de los músculos que intervienen en la fonación.
- Discalculia:** Dificultad para el aprendizaje del cálculo y de los conceptos matemáticos básicos en sujetos que presentan un nivel de inteligencia normal. La perturbación afecta tanto a la interpretación y utilización de símbolos numéricos como a la adquisición de la noción de cantidad y número así como a la automatización de los mecanismos operatorios.
- Disfasia:** Trastorno del lenguaje más leve que la afasia, originado por causas neurológicas de tipo congénito o por causas psicológicas. En la niñez, se presenta como una incapacidad parcial para usar correctamente el lenguaje simbólico, principalmente en su aspecto comprensivo que se puede traducir en pobreza de vocabulario, errores gramaticales, dificultades de comprensión, confusión de conceptos verbales, etc. En la

edad escolar origina dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura pudiendo dar lugar a otras alteraciones del lenguaje como dislexia y disgrafía y comprometer su éxito futuro en el medio escolar.

Disfonía: Trastorno de la fonación.

Disforia: Inestabilidad del estado de ánimo o humor; fluctúa entre la euforia y la tristeza. Trastorno de la afectividad.

Disfunción: En general cualquier alteración o anomalía en el funcionamiento de cualquier área corporal. Modificación o trastorno de las actividades o funciones normales de un órgano o sistema.

Dislexia: Dificultades específicas en la lectura en un niño en edad suficiente; no existiendo deficiencias intelectuales ni trastornos sensoriales o neurológicos que lo justifiquen. Retraso lector.

Dispraxia: Alteración motora desorganizada e imprecisa de movimientos o secuencias de movimientos. Conocida como desórdenes práxicos, como rasgo común en todas las dispraxias, existe confusión entre las partes del cuerpo.

Encefalopatía: Daño o disfunción del cerebro, etiología no especificada.

Encopresis: Alteración en las funciones de la defecación.

Enuresis: Incontinencia de la orina; por lo general se da en niños hiperemotivos o posicionistas, con inseguridad emocional y con miedo a perder la estima.

Equipotencialidad: Que tiene el mismo potencial o valor.

Etiología: Estudio de las causas que originan una enfermedad.

Fonología: Diciplina que estudia los sonidos del lenguaje

Genérico: Relativo al género o categoría en que se dividen los sustantivos en función de las palabras atributivas sujetas al accidente de genero

Genético: Ciencia biológica que estudia la herencia y los fenómenos referentes a la variación de las especies.

Hiperkinesia: Hiperactividad, exceso de actividad física o muscular que se produce en sujetos que no han alcanzado una suficiente maduración psicomotriz o como síndrome que acompaña a determinados estados patológicos. Falta de capacidad para inhibir las respuestas motoras.

Hipotonía: Tono disminuido en una estructura orgánica determinada: músculos, presión sanguínea, etc.

Homeostasis: Tendencia de los seres vivos a presentar una constancia de

condiciones ambientales en su medio interno.

Inervación: Distribución de los nervios en una parte, órgano o región.

Labilidad: Inestabilidad corporal o psíquica, tendencia al cambio, docilidad ante los estímulos y condiciones ambientales.

Mesencéfalo: Parte media o central del encéfalo

Mórbido: Que padece enfermedad o la ocasiona, presa de un desequilibrio enfermizo.

Mortinato: Nacido muerto.

Neurilema: Prolongación filiforme que inicia de la célula nerviosa y termina formando una ramificación terminal. Sinónimo de cilindroeje, axón o neuroeje.

Ontogenia: Formación y desarrollo individual de un organismo referido en especial al período embrionario

Posicionar: Tomar una posición, actitud o postura.

Psicopatología: Parte de la medicina que tiene como estudio las enfermedades mentales

Síndrome: Conjunto de características o síntomas que definen una enfermedad y por extensión una psicopatología.

Sustrato: Nivel socio-económico

Trastorno: Alteración leve de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, Fernández, Francisco. Fundamentos de psiquiatría actual. Tomo I. Psiquiatría general. Ed. Paz-Montalvo. España, 1979.

CALDERÓN, González, Raúl. El niño con disfunción cerebral. Trastornos del Lenguaje, aprendizaje y atención en el niño. Ed. Limusa Noriega. México, 1990.

CAMPISTOL,Jaume (2001)TDA_H
[Electrónico].todito.com.http://profesional.medicinatv.com/webcast/muestra.
[recuperado20 noviembre,2002].

CARR, Cleland, Charles, et. al. Retardo mental, conceptos para un cambio institucional, Ed. Trillas, México, 1975.

CARROLL, Herbert A. Higiene Mental. Dinámica del ajuste psíquico. CECSA. México, 1978.

CORONADO, Guillermo. Tratado sobre clínica de la deficiencia mental. Ed. Compañía Editorial Continental. México, 1978.

CRUSKSHANK, William. M. El niño con daño cerebral. Ed. Trillas. México, 1988.

Diccionario de las Ciencias de la Educación. Ed. Santillana. México, 1983

Diccionario Enciclopédico Danae. Ed. Océano. España, 1992.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Ed. Diagonal Santillana. Tomo II. España, 1981.

DONALD R. L. El aprendizaje y la memoria. Ed. Macway. Barcelona 1980.

Enciclopedia de la Educación Preescolar. Ed. Aula Santillana, Tomo I y II. México, 1981.

Enciclopedia de la Psicopedagogía. Pedagogía y Psicología. Ed. Océano Grupo Editorial. España, 2001.

Enciclopedia Interactiva en C.D.-Room Encarta 2000 Microsoft.

Enciclopedia temática, Medicina. Tomo I y II Ed. Argos, 1981.

FABER, Charles. Administración Escolar Teoría y Práctica. Ed. Paraninfo, España, 1974.

FERNÁNDEZ Baroja, María Fernanda, et. al. Niños con dificultades para las Matemáticas. Ed. Gráficas-Torroba, Madrid, 1979.

Fernández, Velasco, Raúl. Los Síndromes de la Disfunción Cerebral. Tesis, Universidad de Nuevo León, 1990.

DORLING, KINDERSLEY. &©, 1997, Zeta Multimedia, El Cuerpo Humano, 2.0.

De la FUENTE, Muñiz, Ramón. Psicología Médica. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1975.

GARCÍA, De los Santos, Gloria. A. Detección Pedagógica de la disfunción cerebral mínima en el niño preescolar. Tesis, UPN. México, 1984.

GESELL, A. Amatruda, C. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. (H. Knobloch y B. Pasamanick, Actualizadores) Ed. Paidós, México, 1987.

HANKE, Barbara, et. al. El Niño Agresivo y Desatento, Ed. Kapelusz, Argentina, 1979.

HOLDER, Wheeler, et. al. Fundamentos del Desarrollo Mental, Libro de Texto de Psicología de la Educación, Tr. Profr. Domingo Tirado, Ed. Hispano Americana, México, 1976.

KANFER, Frederick H. et. al. Principios del Aprendizaje en la Terapia del comportamiento, Ed. Trillas, México 1976.

INGALLS, Roberto. Retraso mental. La nueva perspectiva. 1988.

KOHLER, Claude. Deficiencias Intelectuales en el Niño. Ed. Luis Miracle. Barcelona, 1968.

KOLF, Laurence, C. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. Cuanta, 1971.

MELÉNDEZ, Villanueva, Georgina. Detección de la Disfunción Cerebral Mínima en el Niño Preescolar. Tesis, UPN, México, 1987.

MENESES, Morales, Ernesto. Educar Comprendiendo al Niño. Ed. Trillas, México, 1980.

MUCCHIELLI, Roger, et. al. La Dislexia. Causas, diagnóstico y reeducación, Ed. Cincel, Kapelusz. Madrid, 1979.

MUSSEN, P., Conger, J., Kagan, J. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Ed. Trillas, México, 1982.

NAJERA, Pérez, Humberto. Educación y Desarrollo Emocional del Niño. Ediciones Científicas la prensa Mexicana, S.A. De C. V. México, 1972.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. [Electrónico]. Todito.com. <http://www.mimh.nih.gov/publicat/spadhd.cfm>. actualizado 29 agosto 2002.

NEWMAN, B., Newman, P. Desarrollo del Niño, Ed. Limusa Noriega. México, 1989.

PAVEL, Martha, P. Los niños preescolares o el jardín de infantes. Ed. Trillas. México, 1989.

QUANT, Fernández, Mario, A. Disfunción Cerebral en Niños, Tesis, UPN. Jalisco, 1987.

RILEY, Clara. Asistencia al Niño Preescolar. Ed. Humanística, Buenos Aires, 1970.

RODRÍGUEZ, Campos, Jesús M., et. al. Discalculia. Tesis, UPN. 1991.

ROUQUES, Denise. El Tratamiento Pedagógico de los Insuficientes Mentales. Ed. Bruguera, 1989.

SARASON, Irwin, G. Psicología Anormal, Ed. Trillas, México, 1975.

SEP. Plan y Programas de Educación Preescolar 1993. México, 1994.

SEP. Plan y Programas de Educación Primaria 1993. México, 1993.

SEP. Proyecto Estratégico, No. 5. Apuntes Sobre el Desarrollo infantil. Jean Piaget, Los Estadios. México, 1985.

SHELDON, Cashdan. Psicología de la Conducta Anormal.. Ed. Prentice May Internacional. España. 1973.

SPEAK, Otto. Estudiantes con necesidades especiales. Ed. Macway. Barcelona Herder, 1980.

STROMMEN, E., Mc Kinney, J., Fitzgerald, H. Psicología del Desarrollo. El Lactante y El Preescolar. Ed. Manual Moderno. Bogotá, 1993.

SYDNEY, Bijou, W. Psicología del Desarrollo Infantil. La Etapa Básica de la Niñez Temprana. Vol. 3. Ed. Trillas, México, 1984.

STATT, David, A. La Psicología, Ed. Harla. (Tr. José Gómez R.) México, 1980.

STRAUSS, Alfred, A. Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral. Ed. Universitaria, 1985.

SEP. Plan y Programas de estudio. Educación Preescolar. México 1994.

TARNOPOL, Lester. Dificultades para el Aprendizaje. Guía Médica y Pedagógica. 1981.

TAYLOR, Barbara. Que Hacer con el Niño Preescolar. Narcea S.A. de Ediciones, España, 1989.

TELFORD, Charles, W. El Individuo Excepcional. Ed. Prentice Hall Internacional. Madrid, 1973.

THINES, Georges, et. al. Diccionario General de Ciencias Humanas, Ed. Cátedra S.A. Madrid, 1978.

UPN. Antología. Desarrollo del niño. Licenciatura en educación preescolar y primaria. México, 1987.

VELASCO, Fernández, Rafael. El Niño Hiperquinético. Ed. Trillas, 1979.

VILLALPANDO, José Manuel. Manual de Psicotécnica pedagógica Ed. Porrúa, México, 1978.

WAGNER, Roberto. La ayuda escolar con niños especiales. Ed. Paidós. México, 1989.

WAISBERG, Bonow, Iva. Manual de Trabajos Prácticos en la Psicología Educativa, Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1976.

WEINSTEIN. C. Cognitive Remediation Strategies. Journal of Psychotherapy Practice and Research. 3(1): 44-57, 1999. [Electrónico]. Todito.com.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001551.htm>. Fecha de actualización 25 octubre 2002.

YELON, Stephen, L. La Psicología en el aula. Ed. Trillas, México, 1988.

ZAMUDIO, León, María Luisa. Disfunción Cerebral en Niños, Tesis, Guadalajara, Jalisco, 1971.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

CUESTIONARIO DE ACTITUDES Y VALORACIÓN DE LOS PROFESORES HACIA LOS ALUMNOS PREESCOLARES Y DE PRIMARIA CON “PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y DE CONDUCTA”.

PUEDE O NO ANOTAR SU NOMBRE, YA QUE ESTE CUESTIONARIO ES CON FINES ESTADÍSTICOS.

No. DE AÑOS DE EXPERIENCIA DOCENTE _____
GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS _____

1. Dentro de su formación académica, ¿recibió conocimientos para la atención de niños con problemas de aprendizaje y de conducta?
No _____ Algunos _____ Suficientes _____
2. ¿Ha recibido orientación o capacitación posterior para atender alumnos con problemas de conducta y/o aprendizaje?
No _____ Algunos _____ Suficientes _____
3. Actualmente, ¿Dispone de los conocimientos y experiencia para atender a los alumnos con las características citadas?
Escasamente _____ Regularmente _____ Completamente _____
4. Cuando enfrenta en su grupo alumnos indisciplinados, generalmente usted...
a) Los aísla b) Los castiga c) Le son indiferentes d) Intenta ayudarlos e) Otros ¿Cuál? _____
5. ¿ Suele encontrar en su grupo niños con problemas de aprendizaje y/o conducta?
a) Mínimamente b) Regularmente c) Frecuentemente d) Siempre
6. Intenta comprender a los alumnos problemáticos:
a) A veces b) Regularmente c) Siempre
7. Detecta usted con facilidad a los alumnos con problemas de aprendizaje y/o conducta?
a) A veces b) Regularmente c) Siempre
8. Generalmente cuánto tiempo utiliza en determinar que el alumno tiene problemas de aprendizaje.
a) De pocos días a 1 mes b) De 1 a 3 meses c) De 3 a 6 meses d) Más de 6 meses
9. Una vez que ha detectado a este tipo de alumnos, usted opta por:
a) Canalizarlos a la atención especializada b) Hablar con los padres para que la atención en casa mejore
c) Exigirle más al alumno d) Continuar normalmente
10. ¿ Se apoya con otros alumnos para motivar al niño con problemas en el aprendizaje?
a) A veces b) Regularmente c) Siempre
11. Los problemas de aprendizaje de los estudiantes se deben a:
a) Situaciones afectivas b) Memoria frágil c) Inquietud
d) Problemas genéticos e) Otros ¿Cuáles? _____

12. Son factores que influyen en el bajo rendimiento:
a) Problemas familiares b) Rechazo por parte del profesor c) Complejidad de los contenidos
d) Desintegración en el grupo escolar

13. Mencione las características de los niños con problemas de aprendizaje y con incapacidades de aprendizaje.

Problemas de aprendizaje	Incapacidades de aprendizaje
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

14. ¿Qué conceptos o términos han sido aplicados a algunos de sus alumnos para determinar sus problemas de aprendizaje?

15. Si conoce las características de Trastorno por déficit de la atención, mencione algunas:

16. Cuando alguno de sus alumnos presenta visibles conflictos en su aprovechamiento y/o conducta, ¿Qué instrumentos de evaluación aplica?

17. ¿Cuáles son las instituciones de apoyo con las que cuenta usted para remitir a los alumnos con problemas de aprendizaje y/o conducta?

18. ¿Ha utilizado fichas acumulativas para reconocer los antecedentes de los alumnos con trastorno por déficit de la atención?

a) Nunca b) A veces c) Frecuentemente d) Siempre

19. ¿Aplica usted algún test a sus alumnos de manera general? ¿Cuál?

20. ¿Lleva a cabo la observación sistemática del alumno con bajo aprovechamiento? ¿Cómo?

21. Cuando los compañeros maestros hacen distinciones marcadas hacia estos niños, ¿Cuál es la actitud que usted manifiesta hacia estos docentes?

a) Intervención b) Intenta orientarlo c) Indiferencia d) Otra ¿Cuál? _____

22. ¿Considera necesario orientar al alumno con problemas sobre su situación personal?

a) Si b) No

23. ¿Quién o quiénes considera que son las personas indicadas para ayudar a diagnosticar al alumno?

24. ¿Cuál es la actitud que manifiestan los padres de familia de niños con problemas al informarles de su situación personal?

a) Rechazo absoluto al maestro b) Indiferencia c) Comprensión y cooperación con el maestro

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA CON HIJOS QUE HAN PRESENTADO PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

PUEDE O NO ANOTAR SU NOMBRE, YA QUE ESTE CUESTIONARIO ES CON FINES ESTADÍSTICOS

1. Grado máximo de estudios del padre:
a) primaria b) secundaria c) bachillerato o equivalente
d) universitario o equivalente e) otro ¿Cuál? _____

2. Grado máximo de estudios de la madre:
a) primaria b) secundaria c) bachillerato o equivalente
d) universitario o equivalente e) otro ¿Cuál? _____

3. Número de hijos:
a) 1 hijos b) 2 hijos c) 3 hijos d) 4 hijos e) 5 hijos

4. ¿Alguno de sus hijos ha presentado considerables problemas de aprendizaje?
a) Si b) No

5. ¿Qué se podría entender como: *problema de aprendizaje*?

6. ¿Cuántos de sus hijos han presentado problemas de aprendizaje?

SÍ RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE LA PREGUNTA NÚMERO CUATRO, SOLICITE LA HOJA 2 PARA CONTINUAR EL CUESTIONARIO.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

A CONTINUACIÓN SE PLANTEA UNA SERIE DE PREGUNTAS PARA USTED QUE COMO PADRE DE FAMILIA HA ENFRENTADO SITUACIONES DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE CON SUS HIJOS.

SI ENCUENTRA MÁS DE UNA OPCIÓN, MARQUE SÓLO LA MÁS IMPORTANTE.

- I. ¿Qué tipo de problemas de aprendizaje presentó su hijo?

- II. ¿Qué persona señaló por primera vez la problemática del menor?
a) Director de la escuela b) Profesor(a) c) Algún miembro de la familia d) Médico
e) Otro ¿Cuál? _____
- III. ¿Qué actitud manifestó su pareja al enterarse del reporte inicial?
a) Incredulidad b) Preocupación c) Interés d) Otra ¿Cuál? _____
- IV. ¿ Su propia actitud fue?
a) incredulidad b) Preocupación c) Interés d) Otra ¿Cuál? _____
- V. ¿En qué nivel educativo se detectó el problema de aprendizaje de su hijo?
a) Preescolar b) Primaria c) Secundaria d) otros ¿Cuál? _____
- VI. ¿Qué tanto ayudan los profesores de grupo al niño con problemas de aprendizaje?
a) Nada b) Poco c) Suficiente d) Notable
- VII. El menor fue canalizado a...

- VIII. La actitud del maestro de su hijo fue...
a) Descontrol b) Preocupación sin brindar opciones de solución
c) Búsqueda de alternativas de solución
- IX. Si el niño recibió atención especializada ¿Cómo consideraría usted la ayuda?
a) Inadecuada b) Poco eficiente c) Regular
d) Bastante adecuada e) muy adecuada f) No recibió ayuda
- X. ¿Durante cuánto tiempo fue atendido el menor?
a) De dos a seis meses b) De seis meses a un año c) Más de un año
d) Otro ¿Cuál? _____
- XI. ¿En qué áreas se dio apoyo al menor?

- XII. ¿Qué integrante de la familia se hizo cargo del avance del niño?
a) Padre b) Madre c) Hermano (a) d) Otro ¿Cuál? _____
- XIII. ¿ Actualmente su hijo muestra un desarrollo normal?
a) Si ¿Porqué? _____
b) No ¿Porqué? _____
- XIV. ¿Considera que la escuela está preparada para recibir niños con problemas de aprendizaje?
a) Si ¿Porqué? _____
b) No ¿Porqué? _____
- XV. ¿Considera que en su familia puede darse respuesta favorable a las necesidades de un niño con problemas de aprendizaje?
a) Si ¿Porqué? _____
b) No ¿Porqué? _____
- XVI. ¿A qué se dedica su hijo con problemas de aprendizaje, su tiempo libre?
a) Lee b) Ve la televisión o utiliza videojuegos c) Descansa
d) Sale a pasear e) Realiza la tarea
- XVII. ¿Generalmente como tratan los padres de familia al niño con problemas de aprendizaje, antes de canalizarlo?
a) Lo ignoran b) Lo sobreprotegen c) Lo entienden d) Otro ¿Cuál? _____
- XVIII. ¿Considera que los problemas familiares acrecientan el problema de aprendizaje en el niño?
a) Si b) No c) Algunas veces

AGRADECEMOS SU TIEMPO Y SU PARTICIPACIÓN