



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
Unidad Ajusco

Licenciatura en pedagogía

*Experiencia en terapia psicopedagógica en
el Hospital Psiquiátrico Infantil
“Dr. Juan N. Navarro”.*

T E S I S

Para obtener el título de:
Licenciada en Pedagogía

P R E S E N T A
Erika Joana Ruiz Sánchez

Asesor de Tesis:
Profesor: Félix de León Amado Reyes.

México, D.F. 2011

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Elda y Carlos por ser mis pilares de fuerza, constancia, lucha y amor; por ser mi soporte y apoyo en todas las etapas de mi vida, por enseñarme a no dejarme vencer y seguir adelante, por permitirme crecer y ser feliz, por brindarme amor incondicional y por haberme dado dos increíbles hermanos Mari y Juan Carlos (Bernie), que han sido mis mejores amigos, mis cómplices y mis compañeros de vida, gracias por aguantar a ésta loca y por brindarme amor sincero, amistad y lealtad.

A mi sobrino Emilianito, por inspirarme a seguir teniendo alma de niño.

A mis ángeles Juanita, Cheo, Mari y Fortino, que me cuidan y me iluminan.

A mis tíos, primos y sobrinos por ser parte de una hermosa familia.

A mis amigas y amigos que han estado conmigo en las buenas y en las malas.

A Héctor por haber llegado a mi vida, brindándome apoyo, amistad y amor, gracias por dejarme compartir momentos y crecer juntos.

A mi asesor Félix por su paciencia, sus enseñanzas, apoyo y cariño.

A la Universidad Pedagógica Nacional por abrirme las puertas al éxito, dándome la oportunidad de ser parte de ella.

Gracias a todos por ser parte de mi vida.

ERIKA.

ÍNDICE

	Pag.
Introducción	2
I. Salud Mental en México	
1.1 Antecedentes de Salud Mental en México	9
1.1.1 Salud mental y salud mental infantil en México	17
1.1.2 El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".	23
1.1.2.1 Antecedentes	
1.1.2.2 Objetivo, Visión y Misión	25
1.1.2.3 Funciones básicas del hospital	26
1.1.2.4 Actividades Asistenciales	27
1.1.2.5 Características físicas	30
1.1.2.6 Actualidad	
II. Aspectos de pedagogía hospitalaria y terapia psicopedagógica.	
2.1 Antecedentes de la labor médico pedagógica- pedagogía terapéutica	32
2.2 Pedagogía hospitalaria: Sigamos aprendiendo en el hospital	33
2.3 La práctica psicopedagógica en el hospital Dr. Juan N. Navarro	37
2.3.1 Bloque psicopedagógico	38
2.3.2 Ingreso al Servicio	41
2.3.3 Terapia psicopedagógica.	42
2.3.3.1 Visión y misión	43
III. Metodología	
3.1 Investigación cualitativa: estudio de casos	44
3.2 Diseño de investigación (fase preparatoria)	49
3.2.1 Descripción de las 3 fases.	51
IV. Fase de trabajo de campo, fase analítica y fase informativa	57
4.1 Técnicas e instrumentos (entrevistas)	63
4.2 Seleccionar a los participantes informantes	65
4.3 Evaluación diagnóstica	66
4.4 Recopilación de datos	69
4.5 Planeación de actividades	100
4.6 Evaluaciones	152
4.6.1 Tablas de evaluación procesual y final	165
4.7 Interpretación del trabajo psicopedagógico	171
V. Conclusiones	179
Bibliografía	184
Glosario	188
Anexos	189

Introducción

Hablar de salud en México generalmente nos remite a la prevención y atención de las enfermedades o a las circunstancias que atentan contra la integridad física y biológica del individuo. Esto conlleva, que la gran mayoría de acciones, programas, recursos e infraestructura se encuentren encaminados a atender éste aspecto: el abordaje biológico y físico.

Es preciso entender al ser humano como un ente bio-psico-social y dejar a un lado que la salud del hombre ha sido pensada en lo relativo al aspecto puramente biológico y tomarle importancia a las cuestiones mentales.

En la actualidad uno de los fenómenos que ha preocupado a la esfera social, es el que está estrechamente relacionado con los “trastornos mentales”, que aquejan a la niñez mexicana. Estos “trastornos de salud mental” afectan el desarrollo integral del niño, así como también el ambiente familiar, social y escolar, el cual repercute en un bajo rendimiento escolar.

Considerada desde un punto de vista psicosocial, la escuela puede ser considerada como aquel sitio donde el niño y el adolescente aprenden y consolidan algunas habilidades y algunos procesos esenciales para su desarrollo. En efecto, podemos decir que la escuela, o mejor dicho la adaptación psicosocial al ambiente escolar contiene dos elementos propios que es necesario cubrir:

Uno es el elemento académico propiamente dicho, el cual está conformado por la información de cada asignatura, es decir, las exigencias de evaluación del aprendizaje escolar y por otra parte, existe también el elemento social que implica que el estudiante se apegue y adecue a las normas y reglas escolares y sociales; en una palabra que “socialice” de manera adecuada.

Por lo tanto, el rendimiento escolar, estará íntimamente correlacionado al desarrollo biológico, psicológico y social del niño. Es importante remarcar que la “salud mental” es un fenómeno complejo que incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia y los trastornos

del desarrollo de la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos años.

Desde hace 45 años el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” brinda apoyo médico-psicológico a menores que presentan un “trastorno mental”, así como también un apoyo psicopedagógico donde los trastornos de aprendizaje son atendidos.

Los trastornos mentales más sobresalientes que padecen los niños entre 6 y 12 años son los relacionados a la conducta o comportamiento (TDAH, impulsividad), a las emocionales (depresión, ansiedad) que afectan el área afectiva y cognitiva, convirtiéndose en trastornos de aprendizaje.

En este mismo sentido, Dolto, F. (s.f; 43) afirma que:

“con mucha frecuencia, el que se envíe a un niño a un Centro Médico Psicopedagógico porque su comportamiento molesta a las instituciones o a su familia, no significa que sea un ser en desorden. Más que nada tiene la necesidad de apoyo para aprender a no experimentar las proyecciones de los demás y construirse a sí mismo”.

Por lo que es importante retomar la experiencia en el trabajo realizado en Terapia Psicopedagógica y al mismo tiempo dar a conocer la labor del hospital psiquiátrico, como uno de los recursos para entender, diagnosticar y tratar a niños que presentan trastornos mentales y de aprendizaje.

La Terapia Psicopedagógica es un servicio donde se enlaza el apoyo al aprendizaje con elementos psicoterapéuticos que le permiten al paciente desarrollar y reforzar sus recursos básicos de aprendizaje como son: atención, observación, concentración, comprensión, expresión del lenguaje (oral y escrito), capacidad de abstracción, análisis y síntesis en el pensamiento lógico-matemático, basándose en la aplicación de las inteligencias múltiples.

De acuerdo a lo anterior, surge un cuestionamiento inicial: ¿Cuál es el impacto que tienen las actividades basadas en las inteligencias múltiples (verbal-lingüística, lógico matemática e interpersonal) en los niños que presentan dificultades en su aprendizaje y que asisten de manera ambulatoria al hospital psiquiátrico infantil?

Esta interrogante estará basada en el objetivo general, el cuál es; el diseño de actividades específicas, que den respuesta de apoyo a las dificultades de los menores, para que mejoren en el desarrollo de sus dispositivos básicos de aprendizaje, reconociendo sus saberes, inteligencias, habilidades, talentos, intereses y potencialidades, mediante el trabajo terapéutico y la adquisición de estrategias de rendimiento académico.

Antecedentes

Discutir sobre salud mental como problema de salud pública en México, implica en parte referirse a las omisiones del pasado, a las carencias de hoy y a lo que se hace y puede hacerse para mejorar. Por lo que es preciso mencionar lo que se ha investigado y propuesto para este tema.

El Doctor Ramón de la Fuente (1998;21) profesor titular de psiquiatría en la Facultad de Medicina junto con la colaboración de la doctora en psicología social e integrante de las academias Mexicana de Ciencia y Nacional de Medicina, María Elena Medina Mora, y el Doctor Jorge Caraveo, recopilaron los principales trabajos en el libro *Salud mental en México*. Dicha recopilación está basada en una revisión histórica sobre salud mental en el país, donde los autores señalan que los determinantes que provocan los desórdenes mentales que ocasiona que el hombre tenga una inestabilidad en su medio cultural, físico y socioeconómico están relacionados con los problemas económicos, familiares y educacionales.

Se puede decir que en libro anteriormente mencionado se pretende rescatar investigaciones que se han hecho en México al respecto, recopilando datos de las últimas décadas.

Con respecto a organismos que están relacionados con la salud mental, existe "Voz Pro Salud Mental" que es una red nacional de la sociedad civil que pretende mejorar la calidad de vida de las personas que tienen enfermedades mentales así como también el apoyo a los familiares.

Voz Pro Salud Mental (2003; 1) busca:

“Concientizar a la población sobre la importancia de la detección temprana con el fin de reducir el deterioro provocado por las crisis en pacientes que no reciben tratamiento oportuno”.

En el Programa Nacional de Salud 2000-2006, (2001; 4) se menciona que:

“Serán prioritarios los temas de la salud mental y las adicciones, al poner en marcha los Comités Consultivos Académicos que apoyarán la elaboración de los lineamientos de los programas que atiendan estos problemas de salud. Desde el punto de vista operativo, cada uno de los Comités Consultivos, estarán a cargo de un programa, para lo cual contarán con la participación de científicos, académicos y representantes de organismos públicos y privados del país, dedicados a la atención de estas problemáticas, quienes destacan por sus aportaciones científicas y contribuciones a la enseñanza, así como por su participación en actividades relacionadas a la salud mental”.

Para efectos de este trabajo sólo nos centraremos en los problemas de salud mental.

Justificación

En los últimos años se ha visto el incremento de niños con algún trastorno específico en el desarrollo que afecta su adaptación al medio escolar, familiar y social. Es por ello que hace 45 años se crea un Servicio psicopedagógico (unidad Terapéutica para niños y adolescentes) dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil, para dar atención a este tipo de niños.

Debido a la necesidad de rescatar y formalizar conocimientos y experiencia en la práctica educativa, el hospital se ha vuelto un hospital académico, que integra un programa de servicio social dirigido a aquellos estudiantes de las carreras de licenciatura en Pedagogía y Psicología que deseen complementar su formación tanto académica como práctica.

En este servicio social se adquieren conocimientos básicos sobre los trastornos más frecuentes que se presentan en los niños, así como su detección, se adquieren también las herramientas necesarias para evaluar, diagnosticar y tratar a

niños con problemas específicos en el desarrollo (trastornos mentales y de aprendizaje escolar).

Por tal motivo, el proyecto de investigación que se plantea, se centra en la experiencia en Terapia Psicopedagógica que se ha tenido a lo largo de ocho meses en el hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Gracias a la tarea constante y al trato con niños que padecen algún trastorno mental y que presentan bajo rendimiento académico, se estructura dicho trabajo, con el fin de presentar la visión, misión, características y elementos de las actividades que conforman la terapia como tal, que apoya a aquellos niños que han sido canalizados por la escuela por bajo rendimiento o mal comportamiento.

Es importante dar a conocer las actividades para que la sociedad no juzgue y malinterprete la labor que se lleva a cabo dentro de un hospital psiquiátrico y que conozca los diferentes servicios que se proporcionan aquí. Por otro lado, enfatizar y dar a conocer la labor y función del pedagogo como terapeuta dentro del hospital psiquiátrico.

En dicho trabajo se pretende aportar conocimientos vivenciales, recreando la realidad de cada niño con el que se trabajó y convivió, conociendo su historia personal y clínica, siendo un trabajo basado en la investigación cualitativa, bajo el estudio de caso como elemento más representativo.

Sirve para que despierte en los profesionales en educación, padres de familia y gente ajena a la educación a seguir conociendo sobre este tema.

El siguiente proyecto puede ser justificado de diferentes formas, pero siempre destaca uno que es el interés propio, el cual permite el proceso del mismo.

Por lo anteriormente señalado y para facilitar su comprensión, el trabajo se ha dividido en cuatro capítulos:

En el primer capítulo, se presentan los antecedentes de salud mental en México, donde se da una pequeña reseña de la historia de esta disciplina, los cambios y avances que han sufrido las terminologías, ligándolo con la creación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

En los apartados que lo integran, se describen los objetivos, funciones y actividades que ejecuta dicho hospital.

El segundo capítulo, aborda aspectos de “pedagogía hospitalaria” y “terapia psicopedagógica”, donde se mencionan las actividades y finalidades de cada una de ellas, así como las alternativas de formación como “Sigamos aprendiendo en el hospital”, cuyo propósito es apoyar a los niños que no pueden asistir a la escuela de manera regular, debido a su condición física y biológica. Por último se describen los pasos en la labor psicopedagógica dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

En el tercer y cuarto capítulo se aborda la metodología seguida en el presente trabajo, bajo la guía del enfoque cualitativo, ya que se obtendrán datos que nos proporcionarán información útil.

Uno de los autores que definen a la investigación cualitativa y el cual tomaremos como base para definir lo que se llevará a cabo es el siguiente:

Rodríguez Gómez (1999; 88) expresa que:

...el carácter continuo de la investigación cualitativa no posee un inicio y un final claramente delimitado, sino que interaccionan entre ellas, pero siempre en un camino hacia delante.

Este autor considera 4 fases fundamentales en el proceso de investigación cualitativa: preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa.

En el tercer capítulo abarca la primera de ellas, la fase preparatoria en donde se definirán todas las acciones que se desarrollarán en las siguientes 3 fases, cada una de estas fases tiene una relevancia ya que son complejas y extensas por lo que se describirán en el cuarto y último capítulo.

Hay que recordar que la característica fundamental de los estudios cualitativos es la de prestar atención en el contexto natural al cual se va a trabajar, por lo que es imprescindible mencionar el lugar y los participantes.

Escenario:

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que está ubicado en Av. San Buenaventura No.86 Col. Belisario Domínguez. Tlalpan. C.P. 14080.

Sujetos:

Pacientes ambulatorios, que cursan la primaria y que han sido canalizados al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” por presentar trastornos mentales y de aprendizaje.

I. Salud mental en México

1.1 Antecedentes de salud mental en México

A continuación, se presenta un resumen histórico, guiado bajo la estructura cronológica de los hechos más sobresalientes en el tema de salud mental en México.

Desde la época prehispánica, con los aztecas se desarrolló el quehacer terapéutico en pro de la salud mental. Más tarde en la época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los dementes, que mal alimentado y semidesnudo, deambulaban por las calles o eran albergados en las cárceles.

El primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue el de San Hipólito, fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera; posteriormente, en 1698 José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado.

En 1794 se fundó en Guadalajara el hospital de Belén y en 1860 se establecieron en esa ciudad dos asilos, uno para hombres y otro para mujeres; mientras en Monterrey, en el mismo año se fundó el hospital Civil, dentro del cual se dedicó a los enfermos mentales una sección.

En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas entre ellas el sanatorio del doctor Rafael Lavista en Tlalpan (1898) y los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes en 1905 inauguraron la Casa de Salud de San Juan de Dios para enfermos mentales, en Zapopan, Jalisco, que sigue funcionando y en junio de 1910 abrió sus puertas el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla.

En 1910 el entonces presidente de la República Mexicana, Porfirio Díaz inaugura en terrenos de la hacienda "La Castañeda", en Mixcoac, en la Ciudad de México, el Manicomio General.

Ríos (2009:113) menciona que:

El Manicomio General, que durante décadas prestó atención y tratamiento a enfermos mentales semejante al que se prestaba en otros países, también carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, irremediable del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono.

A partir de 1930 otros sanatorios privados como el del Doctor Samuel Ramírez Moreno, que cerró sus puertas en 1961 y el Sanatorio Floresta, del Doctor Alfonso Millán intentaron subsanar en cierto grado la deficiente atención de los enfermos mentales que otorgaba el Estado.

En 1949 se inauguró la Clínica San Rafael, en Tlalpan, D.F., y es hasta nuestros días uno de los centros privados más importantes del área metropolitana en lo que se refiere a la atención psiquiátrica privada.

De 1940 a 1950 se crearon hospitales del sector público relacionados con la medicina institucional y de seguridad, que generaron los primeros esquemas institucionales de atención a los problemas de salud mental en México y de práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud; en este sentido, en 1942 se creó el servicio de psiquiatría del hospital Español en la Ciudad de México con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos. En 1952 se fundó el departamento de salud mental en el hospital infantil de México de la Secretaría de Salud.

El primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales, así como para promover la salud mental, fue diseñado y desarrollado en el período de 1947-1951, coordinado por el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Por lo que Agostoni (2008; 99) añade que:

La principal función fue crear las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental, mismas que han tenido diversas orientaciones teórico-metodológicas con el transcurso de los años y con los criterios

vigentes en las distintas etapas de la administración pública. Algunas de las estrategias y líneas de acción consideradas en dicho instrumento era el ampliar los servicios, impulsar la formación de recursos humanos en el campo de la salud mental, promover la investigación y reglamentar la atención a enfermos en establecimientos especializados.

Las actividades programáticas específicas se interrumpieron entre 1952 y 1958 para restablecerlas en 1959 en la SSA, coordinadas por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, cuya conducción desplegó un conjunto de acciones que incluyeron: el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, especialmente de tipo granja, creándose seis unidades: tres en el Valle de México y otras en Sonora, Oaxaca y Tabasco.

También se realizaron actividades de promoción a la salud mental, se favoreció el entrenamiento de recursos humanos y se efectuó la investigación sobre trastornos mentales en México; durante este período, en 1964, abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde su inicio contó con un espacio con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría con buen funcionamiento y aceptación, hasta que entre 1970 y 1971 por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron.

En el período administrativo que abarca los años de 1964 a 1970, se reestructura la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina Dirección de Salud Mental, correspondiéndole como tarea sustantiva de su gestión coordinar el plan de acción conocido como “Operación Castañeda”.

Para lo que Rivera (1994; 85) explica:

Consistió en una reforma de la atención hospitalaria especializada bajo la dependencia de la SSA, por medio de la cual se cierra el manicomio de “La Castañeda” y se crean seis recintos hospitalarios especializados que tuvieron como principal objetivo mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que les permitiera desarrollar, a través de actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, diversas alternativas para su reintegración social.

En esa operación se funda en 1966 el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. También se definió un esquema de atención hospitalario especializado en esta materia, al interrelacionar a las distintas unidades creadas, con grupos de problemas y poblaciones específicas. El proceso fue culminado en 1968 y en conjunto las seis unidades dispusieron de 3,030 camas.

Durante el periodo de 1970 a 1976, la SSA mantuvo la Dirección de Salud Mental, la cual tuvo atribuciones de planeación y programación, así como de operación de servicios, dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud.

Asimismo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de Salud.

El programa desarrollado durante esa época estuvo compuesto por dos subprogramas, el de atención y prevención a la farmacodependencia y el de psiquiatría comunitaria, realizándose actividades primordialmente de asistencia y prevención.

El contenido de las siguientes administraciones que abarcan de los finales de los años setentas hasta el dos mil, fue tomada del libro “La oferta y demanda de servicios de salud en las grandes urbes en México” de Nuñez R. (2003).

Durante la administración 1976-1982, la unidad orgánica responsable fue la Dirección General de Salud Mental, que mantuvo atribuciones operativas y de programación. En esta gestión se destacan los alcances logrados en el apoyo a la ampliación de servicios especializados en psiquiatría y salud mental, integrados a servicios de salud general, tanto en centros de salud como en hospitales generales, lo que permitió elevar el número de servicios y diversificarlos. Dos áreas complementarias fueron objeto de particular impulso: la formación de recursos humanos especializados y la investigación científica en la materia, gestándose a partir de entonces la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1979, antes Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF); en éste se dio especial

énfasis en la atención a las adicciones, cada vez con más presencia, por lo cual se fortalecieron los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en ese año y se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, el 8 de Julio de 1986.

El entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INP), desarrolló modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados; uno de estos programas se puso en operación de 1980 a 1982 en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” e incluyó tratamiento intra hospitalario, participación de la familia y seguimiento extra hospitalario.

La administración del período comprendido entre 1982 a 1988 determina y ejecuta amplias y sustantivas transformaciones en la organización y funcionamiento de la SSA, a partir de entonces denominada Secretaría de Salud; se deroga el código sanitario y se expide la Ley General de Salud. Los servicios de psiquiatría y salud mental, que hasta entonces dependían operativamente de la Dirección General de Salud Mental, se transfirieron a las autoridades estatales de salud y en el nivel central sólo se mantuvieron las atribuciones de tipo normativo, disponiéndose la creación de una dirección de área con estas funciones, integrada a la dirección general de Regulación de los Servicios de Salud.

En 1987, a través de esta estructura, son expedidas cinco normas técnicas específicas para la prestación de los servicios de salud mental; los resultados de este esfuerzo fueron desiguales.

La siguiente administración 1988-1994 mantiene el mismo esquema de organización y estructura; sin embargo, se logra identificar la necesidad de apoyar los servicios a partir de iniciativas y recursos provenientes del nivel central, en virtud del limitado respaldo que se les asigna por parte de los estados. En este marco, se aportan recursos que permiten remodelar y equipar parcialmente a 20 hospitales especializados públicos y se crean dos nuevos servicios hospitalarios. En el nivel local, algunas unidades fortalecen sus programas y se sitúan en un plano de avanzada modernización de la atención, mientras que otros servicios permanecen en niveles de atención insatisfactorios, que demandarán esfuerzos considerables para incorporarlos en un proceso de mejora sustantiva.

Una acción relevante de este período fue el establecimiento, por gestión del secretario de Salud, de un cuerpo colegiado para impulsar los servicios especializados: la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental.

En el inicio de la administración federal 1994-2000, se disponía de una estructura administrativa para cumplir con los acuerdos del Consejo Nacional contra las Adicciones, de una Dirección de Normas en Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social y se integraron los Consejos Estatales contra las Adicciones, con diferente nivel de representación, pero con apoyos administrativos comunes, y obtener una mayor eficiencia y costo-beneficio.

Un acuerdo del secretario de Salud, a principios de 1995, fue la de integrar la Dirección de Normas de Salud Mental con el Consejo Nacional contra las Adicciones dependiendo de la entonces Subsecretaría de Servicios de Salud, sin embargo, la dificultad administrativa de reunir ambas áreas propició el regreso a las fórmulas iniciales.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, destaca la importancia de la salud mental como elemento fundamental que determina cada una de las actividades de los seres humanos y en consecuencia señala la necesidad de superar los prejuicios relacionados con estos problemas y servicios, para proceder a actualizarlos y adecuar su funcionamiento, contemplando para ello una mayor apertura y el compromiso de las familias, la comunidad y la sociedad en general. Su objetivo general fue promover la salud mental y reducir los efectos sociales que son producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta.

Para alcanzar estas metas, durante la primera mitad de la pasada administración, se llevaron a cabo entre otras las siguientes acciones:

- La expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, que tiene como objeto uniformar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes.

Para su elaboración se contó con una participación plural que incluyó a ciudadanos, representantes institucionales del Sector Salud, profesionales del campo de la salud mental, sociedades académicas y profesionales, legisladores, instituciones de asistencia privada y organismos no gubernamentales.

- El establecimiento y desarrollo de un subprograma para el fortalecimiento de la calidad de la atención en unidades hospitalarias especializadas, mediante el cual se asignan recursos humanos, materiales y financieros para cubrir las necesidades y posibilitar los procesos de mejora de atención a los usuarios.
- La creación de la Coordinación de Salud Mental (COORSAME), órgano desconcentrado, para conducir, organizar, vigilar y evaluar el desarrollo de las acciones en materia de estos servicios y a la que compete impulsarlos en el nivel nacional; esta coordinación se establece legalmente a partir del mes de agosto de 1997.

El 6 de Agosto de 1997, en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el diario oficial de la federación, se crea el órgano desconcentrado denominado Coordinación de Salud Mental. Entre las funciones que se le señalaban, contemplaban la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal.

El 15 de septiembre de 2000 se publica en el diario oficial de la federación, la creación del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, sustituyendo a la Coordinación de Salud Mental. De esta manera, en la actual administración se cuenta con un Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, con rango de subsecretario y una Dirección General de los Servicios de Salud Mental.

En Septiembre del 2000, se reestructura la Coordinación de Salud Mental, cambiando la denominación a la de Servicios de Salud Mental, con nivel jerárquico de Dirección General, del cual dependen tres hospitales psiquiátricos (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y tres centros comunitarios de salud mental (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuahutémoc”)

dependiendo de la entonces Subsecretaria de Coordinación Sectorial.

El 15 de agosto del 2001 y mediante el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, el Órgano administrativo desconcentrado de Servicios de Salud Mental, se adscribe al Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Comunicado de prensa (2001) El secretario de salud, doctor Julio Frenk Mora, afirmó en un comunicado de prensa:

En México 10.8 por ciento de las principales causas de pérdida de años de vida saludable, corresponden a enfermedades psiquiátricas y neurológicas, al presentar el Programa de Acción de Salud Mental como parte prioritaria del Programa Nacional de Salud 2001-2006 por ello, el programa de acción pretende consolidar los esfuerzos en materia de salud mental a través de un enfoque integral para desarrollar los mecanismos hacia un modelo de atención equitativa, de calidad homogénea y accesible, a fin de garantizar a la población mejor calidad de vida y bienestar. Añadió que los medios serán la prevención, detección temprana de los padecimientos, diagnóstico y tratamientos adecuados, rehabilitación y reintegración a la sociedad.

La estrategia concreta a seguir, será: integrar un comité de salud mental en cada entidad federativa y promover la creación de comités municipales; capacitar a responsables del programa en cada estado y al personal de las 224 jurisdicciones del país en actividades de promoción; realizar encuestas sobre prevalencia de trastornos en la población escolar; incrementar el número de valoraciones neurológicas en los recién nacidos; crear programas regionales de atención para la población indígena.

Además, ampliar en 20% la capacidad y los recursos para la atención de la salud mental; revisar y certificar 100% de los centros educativos y planes de estudio relativos a estos padecimientos; elevar la participación de México en eventos internacionales sobre el tema; impulsar la creación de dos hospitales académicos; crear una agenda de investigaciones en la materia, y diseñar la página Web para cada uno de los programas de acción.

El Programa Nacional de Salud 2000 – 2006(2001) se menciona:

Hay tres ejes fundamentales: calidad, equidad y protección financiera cuyos objetivos son combatir las desigualdades en salud, mejorar las condiciones de los mexicanos, garantizar un trato adecuado, asegurar la justicia en el financiamiento y fortalecer el sistema de salud. En las que menciona las siguientes metas:

- Atender los problemas de salud mental
- Incrementar el 20% los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales.
- Ampliar en 20% la capacidad y los recursos para la atención de salud mental 31 unidades con 5,301 camas, 808 consultorios y 1 384 psiquiatras y psicólogos.
- Mantener bajo control las tasas de suicidio consumado.

El 19 de Enero del 2004, por modificación del reglamento interior se da a conocer la estructura orgánica de este Órgano Administrativo Desconcentrado; Servicios de Atención Psiquiátrica, comunicando que se adscribe a la Subsecretaría de Innovación y Calidad (DOF 19 de Enero de 2004). En 2005 a partir de mayo el Servicio de Atención Psiquiátrica queda conformado por una Dirección General Adjunta, cuatro Direcciones de Área, quince Subdirecciones y dos Departamentos.

1.1.1 Salud mental y salud mental infantil en México

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocupan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”, pero también es sabido que tradicionalmente la salud del hombre ha sido pensada en lo relativo a aspectos biológicos, mientras que a las cuestiones mentales de personalidad o psicológicas, no se les ha dado la misma importancia, por lo que no sólo se requiere estar sano físicamente sino también mentalmente.

Es preciso mencionar e indispensable definir en este apartado las siguientes cuestiones ¿Qué es la salud mental y salud mental infantil? ¿Cómo se manejaba el sistema de salud mental en el pasado? , ¿Cuáles han sido sus avances y acciones que se han llevado a cabo en los últimos años?

Cabe mencionar que tanto el campo como el concepto de salud mental es más amplio y extenso que el de la psiquiatría clínica, por lo que este término se fue sucesivamente imponiendo como alternativo al término de psiquiatría, ya que incluye, además de las labores de ésta, la detección de los casos no diagnosticados de la población y la prevención para evitar que contraigan trastornos psicológicos.

Guimón (2004;14) menciona que los principios de las Naciones Unidas (NU) para la protección de las personas que padecen de una enfermedad mental y para la mejoría de la asistencia en salud mental definen el término:

“profesional de la salud mental” que significa un médico, un psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social u otra persona capacitada que posee “habilidades específicas útiles para los cuidados en salud mental”. Un establecimiento en salud mental es definido como “un establecimiento cualquiera o una unidad que proporciona, como función primaria, cuidados en salud mental”

Según Escandón (2000; 17), la salud mental es:

El bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuáles se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

Por lo que De la fuente (1997;32), definió las siguientes metas de la salud mental:

prevenir los desórdenes mentales, fomentar la salud mental mediante la educación y el saneamiento del medio psicosocial, organizar servicios y programas para la prevención, el

diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, así como propiciar la participación activa en la colectividad en todas estas acciones.

Con respecto a la salud mental infantil se puede decir que estudia todos los trastornos mentales que obstaculizan e impiden la adaptación espontánea del niño a su medio social: la familia, la escuela y la vida profesional.

Para Heuyer, Georges (1976,43):

La psiquiatría infantil tiene por objeto el estudio de los trastornos mentales que se comprueban en el niño desde su nacimiento a la pubertad.

La historia demuestra que la psiquiatría infantil ha sido creada por psiquiatras que de una forma secundaria, se han especializado en el estudio de los trastornos mentales del niño. La psiquiatría infantil nació de la psiquiatría del adulto, pero en seguida se hizo evidente que era imposible aplicar al niño los métodos de examen habituales para con los adultos. La enfermedad mental del adulto es un proceso, un fin: es estática. El trastorno mental en el niño es en cambio un esbozo que puede tomar una forma definitiva, pero que también puede borrarse, desaparecer, modificarse y transformarse, es esencialmente evolutivo y dinámico.

La psiquiatría infantil es una rama de la psiquiatría que a su vez es el florecimiento de la medicina. La psiquiatría consagrada a las enfermedades mentales del adulto implica, en sus aplicaciones sociales, toda una higiene mental y una medicina social preventiva destinada a la protección de la salud mental.

Respecto a cómo se manejaba años atrás las estrategias del sistema psiquiátrico tradicional en México se puede mencionar que incluían la reclusión de los enfermos a espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, uso de medicamentos para tratar de contrarrestar los efectos físicos en las persona que padecen estas enfermedades, llegándose así a un internamiento casi de por vida (dependiendo la enfermedad), en condiciones miserables de mantenimiento de estos hospitales comúnmente llamados manicomios o “casa de la risa”, por bajos presupuestos y la casi nula rehabilitación.

Posteriormente se desarrolló el término anti psiquiatría, el cual se basaba en la denuncia principalmente del ejercicio de poder con violencia y represión que se presentaba en las instituciones destinadas a resolver las necesidades de los enfermos mentales, también cuestionaba la presencia misma de una institución como *el manicomio* y denunciaba los excesos de este ejercicio de poder y los excesos que producían la pérdida de valor social del individuo recluido.

En oposición y como respuesta a estas realidades se proponen comunidades terapéuticas con diferentes sistemas de tratamiento y enfoques sociales a lo que Döring (1985; 433) menciona que:

Se modifica sustancialmente el abordaje de esta problemática de salud pública, pero aún así habrá que considerar que las comunidades terapéuticas no son el remedio y tienden a reproducir, aunque en menor escala, la problemática esencial del enfermo mental: su control, manejo e inserción social.

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales es que de acuerdo con la Secretaria de Salud (2001), se estima:

...que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padecen en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tienen epilepsia y la demencia la padecen el 10% de los mayores de 65 años. En una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.

Por lo que la Organización Mundial de la Salud OMS (2001; 25) declaró al 2001 el año de la Salud Mental.

“La salud mental, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva”.

Este fue el mensaje de 130 Ministros participantes en la Asamblea Mundial de la Salud, más de 150 países organizaron actividades que desarrollaron por su

importancia, entre ellas, proclamaciones por parte de las más altas autoridades de los países y la adopción de leyes actualizadas y programas de salud mental.

Como resultado de las actividades del 2001, en el año siguiente se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Este Programa constituye un nuevo y enérgico esfuerzo que busca implementar cuatro estrategias para lograr su propósito final de mejorar la salud mental de las poblaciones.

1. Aumentar y mejorar la información y transferir tecnologías a fin de elevar la capacidad de los países.
2. Concientizar acerca de los trastornos mentales por medio de la educación a fin de elevar el respeto por los derechos humanos.
3. Asistir a los países en la formulación de políticas y en el desarrollo de servicios integrales y efectivos.
4. Construir o fortalecer la capacidad en los países pobres para investigar en salud mental pública.

Es pertinente mencionar aspectos estadísticos sobre salud mental en México, por lo que con el apoyo del Anuario Estadístico de los Estados (AEE) del INEGI el cual integra y publica cada año información estadística relevante y reciente del ámbito estatal que han sido registrados administrativamente por instituciones que colaboran, podremos percibir aquellas cifras que ejemplifiquen de manera la situación del país.

Dicho anuario consta de 22 apartados en el que se encuentra el rubro de población en el cual se tocan temas referidos a los factores socialmente necesarios para el bienestar, desarrollo y prevalencia de la misma como: vivienda y urbanización, salud, educación, cultura, seguridad y orden público.

En el anuario estadístico del Distrito Federal INEGI (2005;142,145,158) en el rubro salud, y referente a salud mental se encuentra:

Egresos hospitalarios en las Instituciones públicas del sector salud por diagnóstico de egreso 2003

Diagnóstico de egreso	Asistencia social (SSDF)
<u>Enfermedades no transmisibles</u> Trastornos Mentales y enfermedades del sistema Nervioso.	1 493

Fuente: Anuario estadístico del Distrito Federal. Salud, edición 2005.

El total de pacientes derechohabientes así como aquellos que no poseen un seguro de salud y que han sido atendidos y diagnosticados con algún trastorno mental u enfermedad del sistema nervioso es de 11 738 de los cuáles 1493 no poseen seguro social. En general, los trastornos mentales ocupan el noveno lugar de 14 enfermedades no transmisibles mencionadas, siendo las enfermedades digestivas las que se atienden a un mayor número de pacientes, 58 598.

Defunciones hospitalarias registradas en las instituciones públicas del sector salud por causa de muerte 2003

Causa de muerte	Asistencia social (SSDF)
<u>Enfermedades no transmisibles</u>	
Trastornos Mentales y enfermedades del sistema Nervioso.	124

Fuente: Anuario estadístico del Distrito Federal. Salud, edición 2005.

Se puede mencionar que tanto en las instituciones del seguro social como las de asistencia social (SSA), hubo un total de 296 defunciones de pacientes con alguna enfermedad de tipo no transmisible como los trastornos mentales u enfermedades del sistema nervioso, los cuales 124 se llevaron a cabo en los centros de asistencia social (SSA). En general los trastornos mentales ocupan el noveno lugar de 14 enfermedades no transmisibles mencionadas, siendo las enfermedades cardiovasculares las causantes de mortalidad.

Población total del Distrito Federal por sexo según condición de discapacidad 2000

SEXO	DISCAPACIDAD MENTAL
HOMBRES	14 925
MUJERES	12 603
	TOTAL 27528

Fuente: Anuario estadístico del Distrito Federal. Salud, edición 2005

En esta tabla se puede observar que en el Distrito Federal en el año 2000, la discapacidad mental prevaleció más en hombres que en mujeres, de un total de 27528. Las otras discapacidades que se mencionan son las motrices, auditivas, de lenguaje y las visuales siendo las motrices las que afectan más a la población.

NOTA: Estas tablas han sido modificadas, ya que en las tablas originales, se especifican todas aquellas enfermedades que son catalogadas como no transmisibles como enfermedades digestivas, enfermedades respiratorias, diabetes, entre otras, así como también las enfermedades transmisibles como las infecciosas y parasitarias. Se presentan las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR) con sus respectivas cifras de personas que acuden a estas mismas y de acuerdo al tipo de enfermedad. Hemos tomado sólo al sector de asistencia social ya que el siguiente estudio se lleva a cabo en un hospital perteneciente al Sector Salud del Distrito Federal (SSDF).

Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa.

Según Medina, Mora (2005;13)

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre las necesidades del paciente y las modalidades de tratamiento, así como identificar las variables que predicen el resultado del mismo y determinar los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención y las barreras para buscar atención.

Las enfermedades mentales siguen siendo significativa y socialmente poco conocidas; demasiada gente cree que la enfermedad mental es una debilidad o una culpa de la persona que la padece y no se reconoce como una enfermedad más; lo que verdaderamente es que miles de personas viven con una enfermedad que altera sus relaciones sociales, su trabajo, su educación etc. La mayoría de las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida plena y normalizada siempre y cuando cuenten con un tratamiento y soporte social adecuado.

1.1.2 El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Parte del contenido de los siguientes apartados ha sido tomado del folleto del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro.

1.1.2.1 Antecedentes

Como ya se había mencionado, el manicomio general de México fue construido a principios del siglo pasado (1910) y albergaba en sus instalaciones a mujeres, hombres y niños, sin que existiese una diferenciación de edad ni una distinción del proceso patológico.

La Dra. Matilde Rodríguez Cabo, hace más de 40 años, inició los esfuerzos para lograr la separación de los niños y de los adultos, cuando ambos tenían que convivir en este mismo manicomio conocido con el nombre de “La Castañeda”.

Durante años estuvieron reunidos en un solo pabellón niños epilépticos, psicópatas, deficientes mentales, neuróticos, etc. y ante todos estos padecimientos se agregaba la diferencia de evolución y de edades, pues había desde lactantes de seis meses, hasta adolescentes de 18 años.

Gracias a dicha iniciativa, la Dra. Rodríguez Cabo logró crear el “Pabellón de Psiquiatría Infantil”, lo cual fue un gran paso en el progreso de la atención psiquiátrica de los niños.

El manicomio general estaba planeado para contener 600 camas, pero albergaba en 1966 a 3000 enfermos, por lo que se consideró la necesidad urgente de realizar una reforma integral de esta antigua institución con el fin de satisfacer las necesidades mínimas para la buena atención de los enfermos.

Mediante un acuerdo presidencial se estableció que la Secretaria de Salubridad y Asistencia iniciará la construcción de un sistema hospitalario moderno que vaya acorde con los conocimientos de la época, en sustitución de lo existente.

Después de estudiar varias alternativas, se tomó la decisión de construir un hospital para adultos, con 600 camas para enfermos agudos de ambos sexos; un hospital psiquiátrico infantil con 200 camas y tres granjas para rehabilitación de enfermos recuperables de 500 camas cada una, en un plazo de 10 a 12 meses.

Así, lo que fue el antiguo Pabellón de Psiquiatría Infantil del Manicomio de la Castañeda se transformó en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, fundado el 24 de octubre de 1966. Este día pasó a ser una fecha histórica para la psiquiatría infantil en México.

Los que vivieron esa época realizaron una gran labor para lograr la evolución y el progreso de la psiquiatría infantil en el país y actualmente lo más importante es la responsabilidad que el hospital tiene con la infancia y la juventud de México.

1.1.2.2 Objetivos, Visión y Misión

Objetivos

Los objetivos fundamentales del Hospital Psiquiátrico Infantil son los de impartir atención integral al enfermo mental menor de 19 años de edad, de ambos sexos, que no se encuentran protegidos por los sistemas de seguridad social, especialmente al de escasos recursos económicos y posteriormente de readaptarlo al medio familiar y social de donde proviene.

Visión

El hospital se guía bajo la perspectiva de ser un centro de vanguardia que brinda atención médica psiquiátrica a la población infantil del país, con un alto nivel de reconocimiento nacional e internacional por la eficacia en el tratamiento médico, la rehabilitación y la reinserción familiar, escolar y social de los niños con trastornos mentales; que en nuestros días sigue siendo una de las poblaciones más desprotegidas.

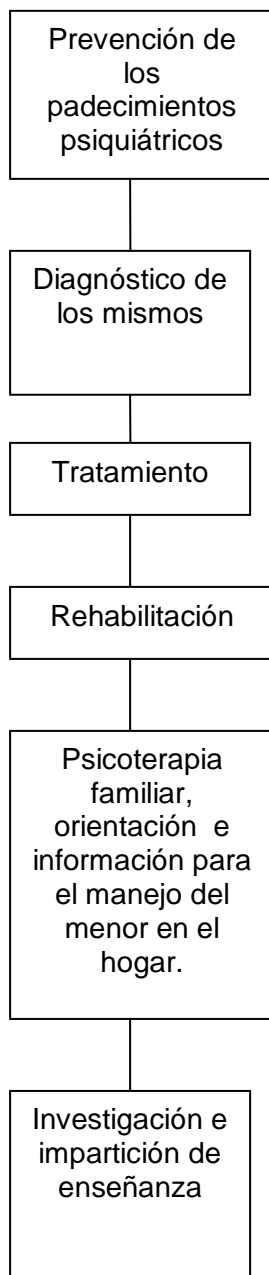
Todo ello con la realización de investigaciones en las diferentes áreas: clínica, farmacológica, epidemiológica y administrativa cuyo conocimiento es aplicable tanto a la formación del talento humano, como a la mejora de los servicios otorgados al paciente.

Misión

La misión del hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” es la de ofrecer a la población infantil con trastornos mentales, servicios de atención médico psiquiátrica especializada, con el más sentido humano en un marco de respeto y dignidad de los pacientes del país. Buscando siempre una operación eficiente orientado hacia la satisfacción de las expectativas de los compromisos contraídos con la propia población usuario de los servicios y autoridades inmediatas y superiores.

1.1.2.3 Funciones básicas del hospital

Para ejemplificar de manera más clara y concisa se presentan las funciones del hospital mediante el siguiente esquema.



Fuente: elaboración de la autora.

1.1.2.4 Actividades asistenciales

Los servicios asistenciales que ofrece el hospital son los siguientes:

- a) consulta externa.
- b) hospital de día.
- c) hospitalización.
- d) servicios de tratamiento no psiquiátrico como: oftalmología, odontología etc.
- e) servicios de laboratorio y gabinete (intra y extra hospitalario).
- f) psiquiatría comunitaria.

El hospital pretende atender de manera eficaz al mayor número posible de pacientes, independientemente de su status social y económico y no se limita a impartir sus servicios asistenciales a la población infantil y adolescente con trastornos psiquiátricos que acude a consulta, sino que también atiende a la familia y a la comunidad.

En *consulta externa* se recibe al paciente por primera vez, acompañado necesariamente por un miembro de la familia o por un representante social. El servicio que se imparte consiste en una pre consulta donde se determina si debe ser atendido en este hospital o ser referido a otra institución.

En caso de ser admitido y habiéndosele realizado el estudio socioeconómico, se adscribe al equipo correspondiente de consulta externa de acuerdo con el tipo de padecimiento. Cuando los pacientes son foráneos reciben su valoración diagnóstica y esquema de tratamiento en 72 horas.

De acuerdo con el tratamiento que amerite cada paciente y con la facilidad que tenga para poder asistir con la regularidad necesaria a recibir su tratamiento, quedará bajo el control de la consulta externa y serán admitidos a hospitalización cuando sean pacientes agudos o crónicos.

En *hospital de día* se realizan actividades asistenciales encaminadas a lograr la rehabilitación de los menores de 18 años que no ameritan hospitalización, este servicio tiene como función:

- 1) Impartir asistencia psiquiátrica a niños preescolares, escolares y adolescentes.
- 2) Rehabilitar integralmente al paciente con trastornos psiquiátricos y a su familia como unidad social.
- 3) Brindar atención psicopedagógica a niños con algún trastorno específico en su desarrollo y en su aprendizaje para proporcionarles el apoyo necesario.
- 4) Proporcionar un trabajo en equipo multidisciplinario.
- 5) Organizar cursos y seminarios para los padres de familia sobre temas relacionados a trastornos educativos, de comportamiento y conducta.

Los criterios de admisión al hospital de día son:

Edad cronológica de 4 a 18 años, el paciente es enviado de consulta externa o por la unidad de hospitalización, se atiende a niños con trastornos de aprendizaje con coeficiente intelectual mayor de 50.

El hospital cuenta con una escuela de educación especial dependiente de la dirección General de Educación Especial de la SEP, con asesoría psiquiátrica, psicológica y de trabajo social. En ella se imparte enseñanza individualizada a grupos homogéneos, iniciándose la rehabilitación desde el entrenamiento perceptivo motor, hasta el aprendizaje de la lectura y escritura con la corrección de diversos trastornos que limitan su desarrollo.

En *hospitalización* se cuenta con el servicio para pacientes crónicos y agudos donde las actividades asistenciales para los pacientes crónicos están dirigidas a lograr la conservación de la vida, ya que por medio de medidas de rehabilitación se consigue conservar o desarrollar las funciones básicas como son la alimentación, excreción, etc. También se lleva un control farmacológico y se aplican técnicas de terapia conductual.

El objetivo para la atención de pacientes agudos es un tratamiento psiquiátrico de emergencia con un promedio aproximado de 90 días de estancia y el tratamiento de farmacodependencia es una de las labores más importantes a tratar.

Otro servicio es el de *tratamiento no psiquiátrico* o también llamado *unidades auxiliares de tratamiento*, donde el paciente hospitalizado cuenta con un estudio psiquiátrico completo (médico, psicólogo y trabajador social) y recibe atención de: psicoterapia, ortolalia, terapia intensiva, fisioterapia, odontología, oftalmología y pediatría.

También está el *servicio de laboratorio y gabinete o unidades auxiliares de diagnóstico* que prestan servicios intra y extra hospitalarios y comprenden: electroencefalografía, rayos x y laboratorio clínico.

Con respecto a la *psiquiatría comunitaria* se refiere a que el hospital es un centro especializado de diagnóstico y tratamiento, pero la labor preventiva y la rehabilitación integral se llevan a cabo dentro de la comunidad por lo que se han creado equipos multidisciplinarios que operan en diversas zonas del Distrito Federal con el fin de detectar problemas psiquiátricos y difundir información sobre salud mental infantil. También se proporciona asesoría sobre problemas de psicología infantil a todo organismo público o privado que lo solicita.

Por último, es importante mencionar que el hospital cuenta con un centro de investigación donde se ha resaltado el interés por obtener información sobre los diversos aspectos psiquiátricos, teniendo como objetivo el conocer aspectos psicosociales de nuestro medio, para adecuar las medidas preventivas pertinentes en el grupo familiar y en la escuela, valorar los diferentes psicofármacos que se utilizan actualmente para lograr un conocimiento objetivo de la acción farmacodinámica que desarrollan en el infante y estudiar las características de morbilidad y de mortalidad hospitalaria.

1.1.2.5 Características físicas

Para la realización de los proyectos y la construcción de este hospital se elaboró un programa médico-arquitectónico acorde con los conocimientos para el tratamiento psiquiátrico de los niños, mismos que aconsejan limitar hasta donde sea posible el tiempo de internamiento del enfermo en el hospital, conservando los vínculos familiares en beneficio de los pacientes. Asimismo, se tuvieron en cuenta las necesidades de los pacientes que deben ser internados en forma permanente para su custodia, por no ser personas de rehabilitación sino de cuidados prolongados.

Actualmente el hospital está constituido por 10 unidades arquitectónicas perfectamente comunicadas entre sí, donde predomina la construcción de tipo horizontal, el cual está rodeado por una superficie de espacios verdes con pequeñas secciones recreativas para niños y adolescentes, que llevan a cabo actividades correspondientes a la terapia de juego.

En estas 10 unidades se encuentran las áreas de los diversos servicios que ofrece dicho hospital (anexo 1)

1.1.2.6 Actualidad

De acuerdo con el comunicado de prensa no. 164 de la Secretaría de Salud (2003), el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” mantiene un convenio con Centros de Integración Juvenil (CIJ) desde agosto del 2003; estas dos instituciones formalizaron un acuerdo de coordinación y colaboración institucional, con el fin de ofrecer un modelo de atención mucho más completo en materia de consumo de sustancias adictivas, particularmente en los niños y los adolescentes.

Ambas instituciones se fortalecen para atender uno de los problemas emergentes de la sociedad moderna como las adicciones por lo que ofrecen una red de atención que incluye acciones de prevención, detección temprana, tratamiento en la comunidad y hospitalización, en caso necesario.

El convenio destaca que ambas instituciones se proporcionarán apoyo operativo, programático y de difusión, con el fin de llevar a cabo un sistema ágil y libre

de referencia y contra referencia de pacientes, de acuerdo con los criterios establecidos por cada una de las instituciones.

El Hospital Psiquiátrico Infantil de la Secretaría de Salud reafirma el compromiso de brindar un servicio efectivo tanto de hospitalización como de consulta externa a menores con problemas de adicciones, referidos por los Centros de Integración Juvenil mediante la atención personalizada e inmediata de la Unidad de PAIDEIA.

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), implementarán programas preventivos y de atención terapéutica de las adicciones, a través de la Unidad de Paideia del Hospital, para lo cual supervisará y asesorará la operación de los programas.

Además, CIJ ofrecerá servicios de prevención y tratamiento a la población que el hospital le canalice, con información y orientación, y, en su caso, brindando el tratamiento ambulatorio a los usuarios que se reciban.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" como ya se había mencionado anteriormente, atiende a menores con trastornos mentales y del comportamiento en hospitalización y consulta externa. Anualmente brinda atención a alrededor de 4 mil niños y adolescentes en consultas de primera vez; otorga 40 mil en forma subsecuente y lleva a cabo 130 mil intervenciones terapéuticas.

Este hospital público, es el único de tercer nivel para población abierta que da una atención integral a menores con trastornos mentales y del comportamiento, al contar con servicios médicos y terapéuticos mediante un modelo de tratamiento inter y multidisciplinario.

Así mismo, este hospital ha formado al 70 por ciento de los paidopsiquiatras del país y a un gran número de éstos de Latinoamérica, por lo que tiene una amplia trascendencia en el aspecto académico, tanto a nivel nacional como internacional.

También cuenta con una división de investigación clínica y es sede de diversos cursos sobre desarrollo y psiquiatría infantil.

II. Aspectos de pedagogía hospitalaria y terapia psicopedagógica.

2.1 Antecedentes de la labor médico pedagógica - pedagogía terapéutica

Fue en el siglo XIX en Francia cuando aparece la atención a deficientes mentales bajo un tratamiento médico. Eran atendidos de forma general, no había una separación de acuerdo a su gravedad por lo que todos estaban reunidos en asilos y manicomios sin tener todavía la posibilidad de hacer un diagnóstico diferencial.

Grau (2001; 12) menciona que:

En 1801 un reconocido psiquiatra francés llamado Pinel, dio a conocer que realmente existe una diferenciación entre los enfermos y pueden establecerse dos grupos claramente diferenciados: los dementes y los idiotas, pero ni los unos ni los otros son susceptibles de educación.

Tomando como base esto y los avances sobre la comprensión de las formas clínicas que se llevaban a cabo en estos pacientes, se aprecia por primera vez la posibilidad de realizar un tratamiento médico con un tratamiento educativo. Este siglo estuvo influenciado bajo muchos trabajos sobre la labor médico pedagógica llegando a realizarse reformas en las instituciones y hospitales con el fin de introducir consultas médico pedagógicas (atención médica y educativa) e iniciándose a su vez metodologías de diagnóstico y tratamiento.

Este movimiento tuvo mayor peso y significado en el siglo XX ya que hubo diversas aportaciones que la enriquecieron, por ejemplo la labor realizada por María Montessori, quien al estar en contacto con niños de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Roma, se percató que su recuperación no sería bajo la vía médica solamente sino también bajo la vía educativa.

Es así que en la primera mitad de este siglo se da una atención bajo bases médicas, psicológicas, educativas y sociales a la infancia que en el siglo pasado eran llamados “anormales”, también aparece una nueva ciencia secundaria a la medicina, a la pedagogía y a la psicología, esta es la Pedagogía Terapéutica.

La pedagogía terapéutica se basa en la visión transpersonal, es decir, el considerar no sólo la dificultad, enfermedad o déficit del niño sino ver más allá y considerar qué es lo que le ha llevado, puede ser un posible trastorno emocional, dificultades familiares y repercusiones escolares, laborales y sociales.

El objetivo de la pedagogía terapéutica es la formación de la personalidad junto a la integración social, compensando el déficit o la enfermedad y propiciando el desarrollo de las potencialidades subyacentes.

En la década de los setentas hay una evolución en la terminología de la pedagogía terapéutica llegándose a hablar de la educación especial, que en ese entonces permanecía apartada, esta educación especial hacía referencia a la atención educativa de los niños diagnosticados como deficientes mentales y físicos, según el modelo médico.

En esta etapa se crearon y consolidaron los centros especiales de educación especial, en los que se podía contar con atención del equipo multiprofesional (médicos, pedagogo, psicólogo, asistente social) y de los servicios especializados (fisioterapia, psicomotricidad, logopedia), también se incluía el apoyo a las familias y se le daba gran importancia a la formación de los profesionales para llegar a la calidad de vida de las personas que eran atendidas.

Podemos decir que la pedagogía terapéutica es una evolución y progreso al trabajo médico pedagógico realizado en el siglo XIX.

2.2 Pedagogía hospitalaria: “Sigamos aprendiendo en el hospital”

Posteriormente en España, aparece un nuevo concepto, el de pedagogía hospitalaria, la cual se encarga de la educación de los niños con necesidades educativas especiales derivadas de problemas de salud. Es así que por primera vez se reconoció la existencia de la escuela en el hospital, por lo que también se empezó a valorar el trabajo que todo el equipo multidisciplinario estaba realizando.

La pedagogía hospitalaria de este tiempo incorporaba las bases de la pedagogía terapéutica para el niño con problemas de salud, así como el ámbito de educación especial; ya que ésta, hace referencia a las necesidades educativas especiales y la enfermedad es de algún modo una situación especial.

Respecto a esto Verdugo M. (2000; 5) menciona:

La educación especial se amplía y diversifica y hace referencia a las ayudas especiales que cualquier niño puede necesitar a lo largo de su vida bien sea debido a un déficit físico, sensorial o mental o a una situación especial como es la enfermedad.

Es así que la educación especial llega a tener un sentido más amplio, al no sólo incluir a los alumnos que presentan dificultades de aprendizaje debido a su situación física, mental u emocional sino también a los que presentan una enfermedad.

La pedagogía hospitalaria pretende que el niño enfermo se mantenga integrado en el sistema educativo ordinario siguiendo el currículo general, pero las circunstancias cambian y es necesario contemplar adaptaciones curriculares.

Las actividades dentro del hospital, se realizan gracias al personal especializado de apoyo como el pedagogo, el psicólogo, el trabajador social, el voluntariado y el personal sanitario dentro de las “aulas hospitalarias” que son infraestructuras diseñadas para hospitales (aulas, salas acondicionadas y biblioteca).

Las aulas hospitalarias pretenden llevar a cabo ciertas finalidades, las cuales benefician al niño ingresado y estas son:

- Compensar el posible retraso académico.
- Promover la independencia y confianza del niño en el medio hospitalario.
- Prestar un importante apoyo emocional a los niños y a los padres.
- Compartir las preocupaciones y los problemas de los niños, animándolos para que tengan una actitud positiva hacia la enfermedad.

Las actividades que se realizan son de tipo recreativas, trabajos manuales, expresión y comunicación, lectura, sobre educación para la salud, actividades del currículo escolar y actividades lúdicas.

Entre las funciones del pedagogo dentro del hospital, Barrueco (1997; 39) menciona que:

Se le asigna una colaboración con el resto de los profesionales y con los familiares del niño realizando, los siguientes papeles específicos:

- Intérprete de la afectividad entre los padres y los hijos para ayudar a mantener en el niño enfermo el equilibrio emocional.
- Tutor del alumno hospitalizado para apoyar su proceso de enseñanza aprendizaje sin perder el contacto con el centro ordinario.
- Negociador con el equipo médico sobre el proceso integral de la recuperación del paciente.

Los niños que padecen una enfermedad crónica, presentan una gran diversidad de dificultades que afectan de muy distintas formas a sus necesidades educativas. Estas enfermedades pueden ser permanentes, otras transitorias, pueden agravarse aumentando, disminuyendo o permanecer estacionaria por lo que hay que tomar en cuenta que afecta la energía del menor acortándose el periodo de concentración que se requiere para el aprendizaje y que a su vez, influye negativamente al aspecto afectivo y social.

La atención educativa en el hospital permite al niño con enfermedades crónicas y de larga duración recibir una atención educativa adaptada a sus necesidades para que en un futuro pueda llevar una vida adulta activa. Es imprescindible contar con un programa hospital-escuela que incluya las aulas hospitalarias para que se pueda proporcionar una atención educativa que sea parte del programa médico en el cual deben de involucrarse y llevar una labor compartida tanto por parte de la familia, los profesores y de todo el personal de asistencia del hospital.

Garanto (1995;216) menciona que la acción educativa dentro del hospital y todas aquellas actividades educativas especiales se pueden definir:

Como las ayudas especializadas que se presta a sujetos en situaciones de hospitalización, tanto desde el punto de vista académico como en relación a la familia.

Con respecto a esto, podemos darnos cuenta que el hospital debe brindar un apoyo integral al niño, hablar de los aspectos académicos es referirse a preparar al niño a superar todos los conflictos por los que va a pasar y que va a vivir, es imprescindible desarrollar sus potencialidades a nivel cognitivo, académico, afectivo y social.

En relación a la familia, se le debe brindar una formación, información, apoyo y orientación por parte de todos los profesionales de los equipos multidisciplinares para llevar una continuidad en la atención a las familias con el fin de mejorar la adaptación de las personas al problema presentado, mejorando así la calidad de vida de todos.

El éxito de la pedagogía hospitalaria depende del trabajo coordinado de todos los profesionales implicados en este ámbito.

En relación a nuestro país, se pone en marcha un programa que pretende atender las demandas educativas de niños, niñas y jóvenes hospitalizados, llamado *Sigamos aprendiendo en el hospital*, el cual está apoyado por la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA).

De acuerdo a Knaul (2006;85) el propósito que dio origen a este programa es:

Reducir el rezago de atraso escolar en niños, niñas y jóvenes que tienen que hospitalizarse a consecuencia de padecimientos que los incapacitan de forma temporal o definitiva para asistir a una escuela regular y ofrecerles la oportunidad de continuar sus estudios durante este lapso.

Este programa toma en cuenta las finalidades educativas y de salud de estos 3 sectores y clasifica en 3 grupos a la población a la que brinda atención: los niños, las niñas, los jóvenes y las personas con 15 años o más. Este último grupo está conformado por pacientes, miembros de las familias de los pacientes y de los trabajadores de los hospitales que deseen concluir la educación básica y es llevado a cabo por el INEA a través del Modelo Educativo para la Vida y el Trabajo (MEVyT).

La atención a niños y jóvenes que pasan periodos considerables de tiempo en un hospital es brindada por el programa *Sigamos*, el cual proporciona los recursos materiales, humanos y administrativos para que este grupo pueda continuar con sus estudios.

Suárez (2006; 45) menciona que:

El programa dio inicio el 9 de marzo de 2005 en cinco hospitales de la ciudad de México: Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General de México, Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y el Hospital General Dr. Gea González. Posteriormente dicho programa se extendió a otros hospitales como el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y el Hospital General Darío Fernández Fierro del ISSSTE.

El trabajo del programa es llevado en las aulas hospitalarias y deben contar con equipos de cómputo personales y de escritorio, con los programas de enciclopedia, enciclopedia de consulta Encarta, conexión a Internet y sistema de televisión educativa (EDUSAT), libros del Consejo Nacional de libros de texto gratuitos (CONALITEG) y de los libros para la vida y el trabajo del INEA.

En el boletín publicado el 20 de diciembre (2006) se menciona que el programa no sólo atiende al paciente de edad pediátrica, también da seguimiento a los pacientes adultos externos, familiares y trabajadores en la educación básica y a pacientes adultos hospitalizados y de bajo tratamiento médico ambulatorio.

Actualmente se está beneficiando aproximadamente a mil 800 niños y jóvenes en los hospitales donde ya opera *Sigamos Aprendiendo*, adicionalmente, se ha apoyado a más de 3 mil jóvenes y adultos entre pacientes y trabajadores en los hospitales a través del (INEA), incluyendo la aplicación de más de 700 exámenes, otorgando, hasta el 22 de diciembre 2005, 77 certificados de primaria y secundaria, con lo que se reconocen los conocimientos adquiridos de manera no escolarizada.

2.3 La práctica psicopedagógica en el hospital Dr. Juan N. Navarro.

En el año de 1979, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en colaboración con la Dirección General de Salud Mental y Salud Pública, iniciaron en el centro de salud

“Dr. Gustavo Roviroza Pérez” un programa denominado Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA).

El objetivo de este era el brindar atención a aquellos niños que no necesitaban de hospitalización continua y a los cuáles no era posible brindarles el tratamiento adecuado en la consulta externa, tanto por el tiempo que se requería para cada tipo de terapia, como para la utilidad de dar atención a mayor número de pacientes en grupos. El objetivo fundamental de dicho servicio era proporcionar el diagnóstico y tratamiento oportuno a niños con dificultades de aprendizaje, lenguaje y conducta.

En 1980 este programa se trasladó al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y a dos centros de salud.

En 1986 el Programa (UTN) cambia de nombre por el de Hospital de Día y sufre algunas modificaciones.

En la actualidad el área de hospital de Día se encuentran los servicios de:

*educación especial

*psicomotricidad

*orientación a padres

*terapia de lenguaje

*psicología

*terapia ambiental

*terapia psicopedagógica

Esta última asistencia “terapia psicopedagógica” se lleva a cabo en el servicio llamado Bloque Psicopedagógico Preescolares y Escolares.

2.3.1 Bloque psicopedagógico

El Bloque Psicopedagógico Escolares es un servicio que presta atención desde hace más de 40 años en el Hospital y brinda tratamiento a niños con dificultades de aprendizaje y que muestran otro tipo de dificultad como: conductual, emocional y déficit de atención.

Se desarrolla una ayuda educativa individualizada para los alumnos que más lo necesitan y aporta al diseño de la situación de intervención y a su ejecución en la práctica una serie de conocimientos específicos para lograr la solución del problema.

La finalidad de la intervención psicopedagógica desde la perspectiva vigotskiana, diríamos que esta trata de contribuir a generar zonas de desarrollo próximo, colaborando en la concreción de las ayudas educativas adaptadas a las necesidades educativas de alumnos concretos a nivel centro y a nivel aula.

La labor psicopedagógica también presta atención a las funciones y tareas de los diversos actores implicados en esta intervención, por lo que en el siguiente cuadro se presentan cada uno.

Actores	Funciones y tareas
Docentes	Aplica cotidianamente en el aula principios educativos que hacen posible la inclusión de todo alumno, crea el clima adecuado para la relación y el aprendizaje.
Pedagogo y Psicopedagogo	*Proporciona apoyo al equipo docente. *Imparte docencia en las áreas y contenidos pactados con el equipo docente. *Propone iniciativas de mejora y planes de actuación para el tratamiento de las dificultades de alumnos concretos. *Se mantiene disponible para el trato directo con el alumno y sus familiares.
Psicólogo y psiquiatra	*Diagnostica y establece planes de actuación. Prescribe tratamiento clínico y terapéutico.
Terapeuta	*Proporciona apoyo, ayuda a tomar conciencia de las dificultades, a aceptar las limitaciones y a establecer estrategias para combatir los efectos negativos
Familia	*Proporciona apoyo y seguridad emocional y material. Establece límites y estrategias de negociación y pautas de colaboración con el hijo o hija.
Compañeros de clase	*Se implican proporcionando ayuda y colaboración en las actividades de aprendizaje y lúdicas.

Fuente: elaboración de la autora.

Dichos autores están en correlación y la labor de cada uno beneficia en el avance y progreso de los menores con los que se trabaja, por lo que el contacto y la comunicación entre estos, es indispensable.

En cada una de las sesiones se atienden las necesidades educativas de todos los alumnos en las diferentes etapas y niveles de la práctica educativa de forma directa y personalizada.

Es importante diseñar actividades y valorar los resultados, sin olvidar las características individuales de los menores, ni el papel que estas pudieran tener en sus dificultades de aprendizaje.

Para este trabajo de investigación tomaremos en cuenta 2 elementos importantes como marco para comprender las dificultades de aprendizaje, los cuales se presentarán en la parte de metodología. Estos son el entorno en donde se desarrolla el menor y las actividades o tareas que el menor realiza como elemento cognitivo.

El entorno es el contexto donde el menor se desarrolla y que puede ser un factor que contribuya a una dificultad de aprendizaje. Las actividades son todas aquellas tareas en las que el niño presenta dificultad (escritura, lectura y matemáticas) en las que es necesario conocerlas y analizarlas. Una vez analizadas las actividades, es necesario valorar la ejecución del niño en relación a cada una de ellas, por medio de la observación, la cual nos proporciona orientaciones acerca de dónde reside el problema para un niño con dificultades de aprendizaje.

Hay niños que experimentan alguna dificultad temporal de aprendizaje, como también hay aquellos que presentan dificultades de aprendizaje duraderas a largo plazo o permanentes.

En nuestra sociedad, las dificultades de aprendizaje afectan a una importante cantidad de niños. Pueden ser leves o graves, generales o específicas, de corta o de larga duración, por lo que es necesario e indispensable tomar en cuenta a la evaluación y la intervención.

Para hacer una clasificación de las dificultades de aprendizaje Dockrell (1997,16) menciona que:

Los sistemas de clasificación tienen una variedad de objetivos en donde se pueden presentar 2 tipologías: la etiológica y la funcional.

La etiológica intenta clasificar a las dificultades basándose en la causa que las origina y el funcional intenta realizar la clasificación teniendo en cuenta el nivel de funcionamiento del niño el cual se puede medir de diversas formas como por ejemplo, el valorar al menor mediante un test de inteligencia.

Dockrell también distingue dentro de esta clasificación funcional a dos grupos de niños:

El primer grupo está formado por aquellos niños cuyo nivel de desarrollo intelectual está significativamente por debajo de la media y que, por consiguiente, probablemente tendrán una actuación menos buena que sus compañeros en una serie de tareas intelectuales, el segundo grupo lo forman aquellos niños cuyo nivel de desarrollo intelectual es normal, pero que presentan una dificultad específica en alguna tarea concreta, como la lectura a lo que se dice que esos niños tienen una “dificultad específica de aprendizaje”.

2.3.2 Ingreso al servicio

Para ingresar al bloque psicopedagógico escolares, los menores previamente han pasado por algunos departamentos llamados “filtros”, principalmente el de consulta externa, en donde es atendido por un psiquiatra adscrito al hospital y uno o dos residentes, los cuáles elaboran un historial clínico completo. Si el menor requiere atención es canalizado a las diferentes clínicas que le correspondan de acuerdo a su problemática. Estas clínicas pueden ser a las que atienden la conducta, las emociones, alteraciones del desarrollo, etc. o simplemente ser canalizados a otros servicios que brinda el hospital como estudios de encefalograma, laboratorio, psicología, rehabilitación, odontología y hospital de día.

Cuando se observa que el problema principal es bajo rendimiento escolar, se canaliza al menor al servicio de hospital de día - bloque psicopedagógico preescolares o escolares dependiendo la edad del menor. En este último, se

atienden a niños de entre 6 y 12 años aproximadamente, que asisten a primaria regular, los cuales están teniendo problemas para la adquisición o el manejo correcto de la lectura, escritura y cálculo matemático, ocasionándole un bajo rendimiento escolar con respecto a sus demás compañeros de la misma edad y grado.

2.3.3 Terapia psicopedagógica

Una vez que el menor se asigna al bloque psicopedagógico, se integra a un grupo conformado por un máximo de 8 niños, de similar nivel académico sin considerar el grado escolar y desarrollo emocional. Estos grupos son abiertos ya que ingresan y se dan de alta a niños continuamente por las mismas necesidades del hospital.

Los grupos son atendidos por psicólogas con alguna especialidad para tratar a este tipo de niños.

Los niños que ingresan en este bloque tienen edades entre 6 y 12 años y cursan algún grado a nivel primaria y que tienen una problemática similar.

Cada sesión de terapia psicopedagógica tiene una duración de 2 horas, de dos a tres veces a la semana, durante seis meses a un año aproximadamente, por lo que es importante pedir permiso en la escuela para asistir regularmente a la misma.

La terapia no consiste en regularizar al niño, ya que la regularización es la adquisición de conocimientos que no se han aprendido en la escuela de manera regular, es más que nada una terapia basada en el desarrollo de las inteligencias múltiples, las cuales proporcionan herramientas y estrategias que le permitan percibir sus errores y pueda corregirlos de manera positiva. Básicamente, la terapia psicopedagógica busca desarrollar las habilidades para que el niño adquiriera los conocimientos por medio de estrategias específicas.

Las actividades se plantean con base en temas que pueden estar relacionados con la escuela, la época del año, etc., tratando de desarrollar aquellas habilidades y capacidades deficientes en el desempeño del niño. La enseñanza se planea de lo fácil a lo difícil y de lo conocido a lo desconocido bajo actividades interesantes.

La evaluación de sus progresos se hace de manera continua y cuando el menor ha alcanzado un mejor desempeño escolar y sus calificaciones han mejorado se le da de alta.

2.3.3.1 Visión y misión

Visión

El servicio de atención psicopedagógica dentro del hospital deberá ser un modelo y un rector para la evaluación y tratamiento de los trastornos de aprendizaje, su investigación y formación de profesionales en este campo.

Misión

Es un servicio de apoyo que incide en los aspectos cognitivos con el objeto de mejorar la calidad de vida del paciente psiquiátrico.

III. Metodología

3.1 Investigación cualitativa: estudio de casos.

El presente trabajo por su naturaleza se encuentra respaldado bajo las características propias de investigación de tipo cualitativo, ya que posee fundamentos humanísticos que entienden la realidad social.

Por lo que desde este punto de vista, es necesario señalar a distintos autores que definen a la investigación cualitativa y que a su vez aportan sustento a dicho trabajo.

Recurriendo a lo expresado por Strauss y Corbin (1990; 17) con respecto a la intencionalidad de lo cualitativo aclaran:

Por investigación cualitativa entendemos cualquier tipo de investigación que produce resultados a los que no se ha llegado por procedimientos estadísticos u otro tipo de cuantificación. Puede referirse a investigaciones acerca de la vida de las personas, historias, comportamientos y también al funcionamiento organizativo, movimientos sociales o relaciones e interacciones.

Es así, que este tipo de investigación nos da la oportunidad de conocer acerca de lo que vive cada uno de los menores con los que se trabajó en las sesiones de terapia psicopedagógicas, tener presente sus experiencias nos ayuda a poder analizar situaciones cotidianas que enriquecen a dicha investigación.

Pérez Serrano (1994; 46) destaca la interrelación entre el desarrollo del proceso de investigación y el diseño de la misma:

La investigación cualitativa se considera como un proceso activo sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cuál se toman decisiones sobre lo investigable en tanto se está en el campo de estudio.

En donde subraya que el investigador debe enfocarse en la realización de:

Descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando la voz de los participantes, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como son expresadas por ellos mismos. (1994;46)

Esto permite presentar una perspectiva que se ha tomado en cuenta y que se ha asumido en el transcurso de la siguiente investigación, este es el papel del investigador como observador participativo.

Dichos autores presentan su definición de investigación cualitativa siendo estas diferentes, pero que tienen algo en común, que no han dejado de lado la esencia interpretativa, constructivista y naturalista que la caracteriza.

Estas características han llevado a emparejar a la investigación cualitativa con las metodologías orientadas a la comprensión de los fenómenos socioeducativos e identificarla con la etnografía o la observación participante, así como también con las metodologías orientadas al cambio y la toma de decisiones.

Por lo que Sandín. M. (2003;123) la distingue de la siguiente manera:

La investigación cualitativa es una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos.

Una característica fundamental de los estudios cualitativos es su atención al contexto; donde la experiencia humana se perfila y tiene lugar en contextos particulares, de manera que los acontecimientos y fenómenos no pueden ser comprendidos adecuadamente si son separados de aquellos. Los contextos de investigación son naturales y no son contruidos ni modificados.

Sherman y Webb (1988; 20) presentan los aspectos esenciales de la investigación cualitativa de una forma global:

Podemos resumir todas las características de la investigación cualitativa y señalar que el término cualitativa implica una preocupación directa por la experiencia tal y como es vivida, sentida o experimentada.

En los estudios cualitativos el propio investigador se constituye en el instrumento principal que a través de la interacción con la realidad recoge datos sobre esta.

Eisner, (1998; 73) menciona que:

Los investigadores deben observar lo que tienen ante sí, tomando alguna estructura de referencia y algún conjunto de intenciones. El yo es el instrumento que engarza la situación y le da sentido.

Es aquí en donde estas aportaciones encajan en el objeto de la investigación, el cual se refiere esencialmente a comprender dicha realidad, en cierto contexto en donde están inmersos aquellos actores (menores y padres de familia) que nos brindan sus vivencias y experiencias tanto en el ámbito educativo, familiar y emocional, enriqueciendo y apoyando a la misma.

Ahora bien, para investigar una realidad es necesario utilizar como ya se había mencionado la metodología cualitativa, la cual posee características peculiares. El diseño o esquema de estudio también debe ser particular.

LeCompte (1995; 246) nos dice que:

Los investigadores sociales utilizan modelos generales de investigación tales como : la etnografía, el estudio de caso, el análisis de muestra, la experimentación, la investigación observacional estandarizada, la simulación y los análisis históricos o de fuentes documentales.

Según las características descritas para cada uno de estos métodos nos orientamos por uno ampliamente conocido y planteado por varios autores, este es el estudio de casos.

Diferentes autores lo definen:

❖ Latorre (1996;204) menciona que:

El estudio de caso constituye un método de investigación para el análisis de la realidad social de gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales y humanas y representa la forma más pertinente y natural de las investigaciones orientadas desde una perspectiva cualitativa.

❖ Rodríguez Gómez (1999;62) señala que:

El estudio de casos implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de estudio.

❖ Pérez Serrano (1994;96) señala 4 rasgos esenciales, los cuales describen la esencia de los estudios de caso:

El particularista se centra en una situación, evento, programa o fenómeno particular. El caso en sí mismo es importante por lo que revela acerca del fenómeno y por lo que pueda representar. Este lo hace especialmente apto para problemas prácticos, cuestiones, situaciones o acontecimientos que surgen en la vida diaria.

El descriptivo menciona que el producto final de un estudio de casos es una descripción rica y densa del fenómeno objeto de estudio. Pueden incluir distintas variables e ilustran su interacción a lo largo de un período de tiempo, por lo que pueden ser estudios longitudinales. La descripción suele ser de tipo cualitativo.

El inductivo el cual se basa en el razonamiento inductivo. Las generalizaciones, los conceptos o las hipótesis surgen de un examen de los datos fundados en el contexto mismo. Es aquí donde el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos, más que la verificación de hipótesis predeterminadas, caracterizan a los estudios de casos cualitativos.

Y por último está el heurístico en donde los estudios de casos iluminan la comprensión del lector del fenómeno objeto de estudio. Pueden dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia del lector o confirmar lo que ya se sabe.

❖ Stake (1998;15) llega a matizar esta cuestión denominando este enfoque:

Estudio de casos naturalista o trabajo de campo de casos en educación. De un estudio de casos se espera que abarque la complejidad de un caso particular (...) es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes (...) El caso puede ser un niño, un profesor también (...) Pretendemos comprenderlos. Nos gustaría escuchar sus historias.

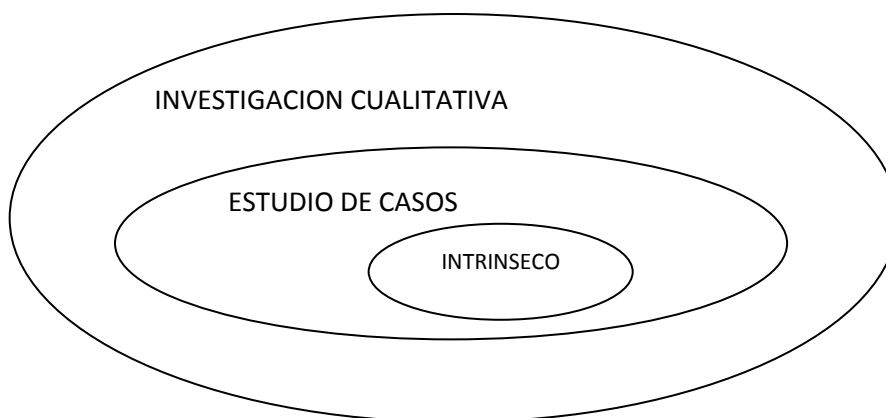
Este mismo identifica tres modalidades en función del propósito del estudio:

El estudio colectivo de casos se centra en la indagación de un fenómeno, población o condición general. El estudio no se focaliza en un caso concreto, sino en un determinado conjunto de casos. No se trata del estudio de un colectivo, sino del estudio intensivo de varios casos.

El estudio instrumental de caso, en donde el caso particular se analiza para obtener mayor comprensión sobre una temática o refinar una teoría .La finalidad no radica en la comprensión del caso en sí mismo. El estudio de caso es un instrumento para conseguir otros fines indagatorios.

Y por último se encuentra el estudio intrínseco de casos el cual se lleva a cabo porque deseamos alcanzar una mayor comprensión de cada caso en particular. No se seleccionaron los casos porque representen a otros o porque representen un rasgo o problema particular, sino porque esos 3 casos en sí mismo nos interesan, necesitamos aprender sobre ellos. Esta amplia visión, nos lleva a catalogar nuestro trabajo bajo esta última modalidad, la cual ubicamos en la siguiente figura (1).

Figura 1



Fuente: elaboración de la autora.

3.2 Diseño de investigación (fase preparatoria)

El origen de nuestra investigación es el resultado del trabajo en terapia psicopedagógica dentro del hospital psiquiátrico infantil. Esta experiencia en evaluación, diagnóstico y tratamiento con niños que padecen algún trastorno mental y un trastorno en su aprendizaje fue el punto de apoyo que determinó a querer transmitir lo vivido, haciendo aportaciones importantes de los actores principales, me refiero a los 3 menores con los que se trabajó durante 8 meses.

Teniendo como base lo anteriormente planteado es preciso mencionar a autores que definen y clasifican los pasos a tratar dentro del proceso de investigación cualitativa.

Marshall y Rossman (1989;188) lo identifican como un ...proceso emergente, flexible y no lineal, enfatizando su carácter contextual y de adaptación a la realidad y avatares de la propia investigación.

Y señalan como ejes básicos, decisiones de diseño de la misma, las cuales están identificadas como: al principio del estudio, durante el estudio y al final del estudio.

Para otro autor como es Rodríguez Gómez (1999; 88) expresa que:

...el carácter continuo de la investigación cualitativa no posee un inicio y un final claramente delimitado, sino que interaccionan entre ellas, pero siempre en un camino hacia delante.

Este autor considera 4 fases fundamentales en el proceso de investigación cualitativa: preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa. Las cuales tomaremos como base y guía para estructurar dicho trabajo. (Figura 2)

Proceso de la investigación cualitativa

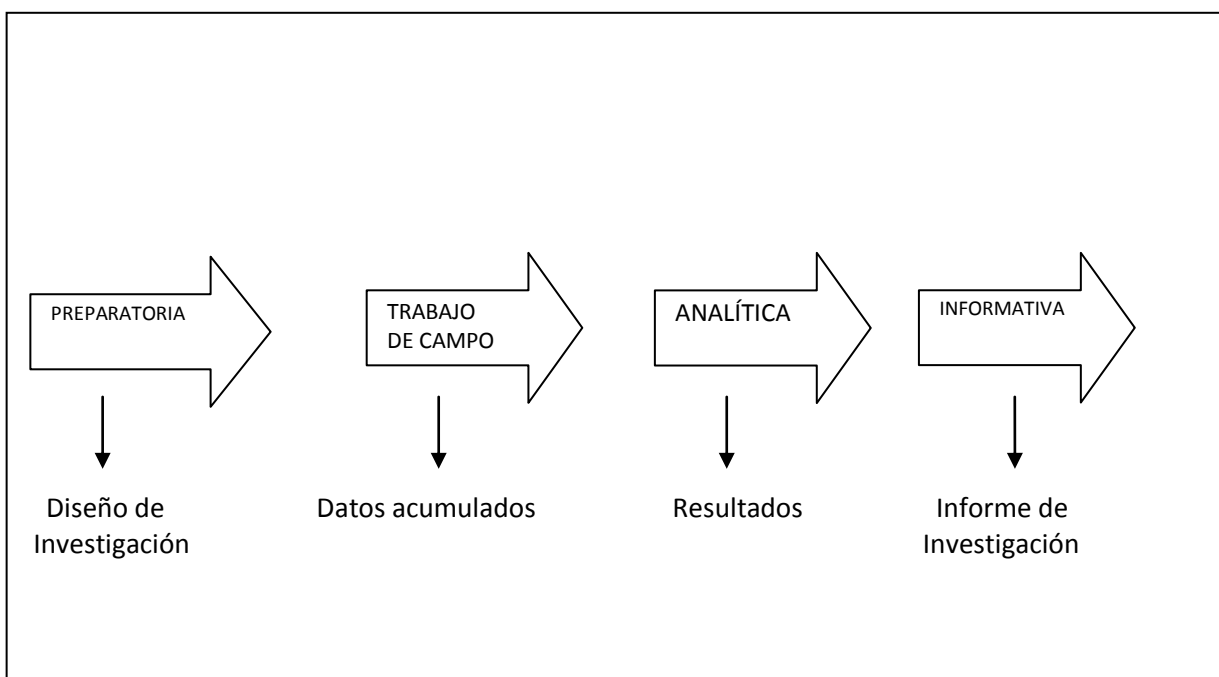


Figura 2: Proceso de investigación cualitativa (Rodríguez Gómez 1999; 89)

En cada una de las cuatro fases, se elaboran distintas acciones de las cuales se obtendrá algún tipo de producto. Cada producto dará pauta al inicio de la siguiente fase, es así que esta sucesión tiene un carácter continuo por lo que el proceso se va desarrollando de una forma más organizada. Cabe aclarar que muchos de estos productos van ligados y pueden ser retomados en fases posteriores o anteriores.

La primera fase llamada preparatoria, se refiere a la planeación y estructuración de principio a fin de todas y cada una de las actividades que se

llevarán a cabo en las siguientes tres fases (trabajo de campo, analítica e informativa), por lo que fue de suma importancia la exigencia de la toma de decisiones, de la planeación y de la organización.

De esta fase se obtiene como producto el diseño de investigación, el cual es flexible, adaptable y modificable.

A continuación se presenta el proceso de actuación de las siguientes fases, mediante el uso de cuadros descriptivos.

3.2.1 Descripción de las 3 fases.

Fase de trabajo de campo

Esta fase se refiere principalmente al acceso que se debe de tener al trabajo práctico, en el cual se obtendrá la información necesaria para llevar a cabo el estudio. Es aquí donde se debe de estar preparado para cualquier percance, ser flexible, tener la capacidad de adaptarse al medio donde se está trabajando, así como de ser paciente y esperar a que seamos aceptados por los miembros del lugar y por los participantes.

Es preciso tomar decisiones y momentos respecto a:

- 1) la selección del escenario objeto de estudio,
- 2) al acceso al campo,
- 3) a la recogida de información,
- 4) al trabajo práctico, y
- 5) al abandono del mismo.

A continuación se mencionan las características en las que se basa cada una de ellas.

Decisión	Descripción
Selección del escenario objeto de estudio.	Mencionar nombre y dirección de la institución donde se trabajará. Determinar el área (escenario) donde se llevará a cabo el estudio. Hacer una descripción física del mismo.

En la decisión 2 Acceso al campo, se da el proceso por el que se va accediendo progresivamente al campo por lo que se tomarán en cuenta diferentes momentos.

Momento	Descripción
Primer contacto	Contactar a aquella persona que sea responsable del área donde se pretende llevar a cabo el estudio.
Negociación de acceso al campo	Una vez que se ha contactado a la persona, es preciso solicitarle un permiso oficial que autorice la entrada al campo. Esta solicitud puede hacerse por escrito o de forma verbal (entrevista)
Conocimiento del contexto: <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[social y físico] --> B[Miembros] A --> C[Lugar] </pre> </div>	<ul style="list-style-type: none"> - Informarse sobre los miembros que laboran y forman parte del contexto estudiado y representarlo mediante un esquema. - Registrar y describir las características demográficas del lugar a partir de la construcción de un mapa espacial.
Negociación de reglas de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las normas y reglas de funcionamiento del área. - Asignación de actividades que se llevan a cabo en el área (independientes al estudio)

Fuente: elaboración de la autora.

La decisión 3, recogida de información, está representada por los siguientes componentes básicos: el rol o papel que se asumirá durante el trabajo y las técnicas e instrumentos que se utilizarán para obtener información. En esta decisión también se concentran 2 momentos esenciales: el primero que está relacionado con la selección de las personas (miembros y participantes) que nos proporcionarán información, y el segundo momento, que especifica el proceso de evaluación diagnóstica.

Componentes	Descripción
Papel del investigador	Indicar la función, las actividades que se ejecutarán durante la investigación.
Técnicas de recogida de información	Identificar las técnicas que mejor convengan para recolectar información. La observación y la entrevista serán los instrumentos que ayudarán a obtener información significativa para el estudio.

Momento	Descripción
Seleccionar a los miembros-informantes	Identificar a los miembros que puedan proporcionar información indispensable para el estudio.
Seleccionar a los participantes-informantes	Identificar a los participantes (menores y padres) que estén dispuestos a colaborar en las diferentes actividades así como también a proporcionar datos para el estudio.

Con respecto a este último y retomando a los menores como principales participantes del estudio, se llevarán a cabo las siguientes acciones: selección de expedientes, su revisión y el registro de los datos más significativos.

Momento	Descripción
Evaluación diagnóstica (inicial)	Establecer los criterios de evaluación diagnóstica y los elementos a valorar respecto al grado escolar de cada uno de los menores.

El proceso de análisis de datos ya comienza en esta etapa y se inicia un proceso de recogida de aquellos datos que realmente interesan al desarrollo de la investigación de tal forma que se evite la recogida de información innecesaria.

El cuarto punto, se refiere al trabajo práctico, que está representada por dos momentos esenciales: el primero se refiere al establecimiento del modelo de atención y estructura operativa, para la planeación de las actividades y su ejecución en tiempo y espacio. El segundo momento lo constituye la evaluación y autoevaluación de las actividades.

Momento	
A C T I V I D A D E S T E R A P É U T I C A S	
Organización de fechas de trabajo	Establecer fechas semanales de actividades con los menores.
Plan de cada sesión	<p>Es el proyecto de actividades convenientemente estructuradas y distribuidas, que deben desarrollarse en un determinado tiempo y en función de objetivos, son guiadas por la psicóloga adscrita.</p> <p>El planear dichas actividades nos ayuda a controlar y tener claro lo que se pretende hacer, evitando desviaciones e improvisaciones, propiciando la conducción de las mismas con seguridad y facilitando la distribución de los contenidos.</p> <p>Realización de actividades guiadas bajo la propuesta de inteligencias múltiples.</p> <p>Realización de actividades recreativas que apoyan los aspectos de socialización y autoestima del menor.</p>
Fuente: elaboración de la autora	

Momento	Descripción
Evaluación procesual	Representar los elementos que se evaluarán durante el proceso y desarrollo de las actividades, ésta la realizará el propio co-terapeuta.
Autoevaluación	Representar los mismos elementos que se evaluaron durante el proceso de las actividades, pero los agentes evaluadores serán los propios menores.

Por último, el abandono del escenario, se refiere al momento en que se parte del mismo y se presenta cuándo se han cumplido el tiempo estipulado de trabajo.

Momento	Descripción
Cierre de actividades terapéuticas	Concluir con las actividades terapéuticas

Fase analítica

En esta fase se establecen una serie de tareas que constituyen el proceso analítico básico. Estas tareas son:

Momento	Descripción
Reducción de datos	Resumir información, adquiriendo datos significativos, precisos y necesarios para el estudio. Se agrupan datos de acuerdo a sus características.
Disposición y transformación de datos	Organizar la información, cambio al propio lenguaje del investigador para expresarlos y adquirir mejor comprensión
Obtención de resultados y verificación de conclusiones	Tomar en cuenta los objetivos específicos de la metodología. Conjuntar todos los elementos del análisis y reconstruir un todo estructurado y significativo.

	Confirmar que los resultados correspondan a lo dicho por los participantes.
--	---

Fase informativa

Momento	Descripción
Presentación y difusión de resultados	<p>Presentar los datos sistemáticamente que apoyen el estudio y refutar las explicaciones alternativas. Hacer un resumen general de los principales hallazgos (informe final)</p> <p>Mencionar lo que el investigador ha aprendido al realizar dicho estudio.</p>

La metodología está basada en un procedimiento no lineal pero estructurado, mediante actividades flexibles al cambio, durante la ejecución de los mismos, ya que las tres últimas fases se desarrollarán en el capítulo siguiente porque presentan cierta complejidad y necesitan que se aborden con una mayor atención.

Con respecto al uso que le podemos dar a dicho proceso de investigación nos basaremos en las ideas de Rossman y Rallis (1998; 136) en donde mencionan:

Los resultados de estudios cualitativos puede ser utilizados de diversas maneras, por lo que sugieren 4 perspectivas: instrumental, simbólico, emancipatorio e ilustrativo siendo este último el más significativo, ya que se refiere principalmente y como lo dice la palabra, sirve para ilustrar y dar a conocer sobre el tema a todas aquellas personas interesadas ampliando así su comprensión de la realidad.

IV. Fase de trabajo de campo, fase analítica y fase informativa

Fase de Trabajo de Campo

En esta fase, el investigador obtiene la información necesaria para producir un buen estudio cualitativo, por lo que las habilidades de comunicación deben estar presentes.

1) Selección del escenario objeto de estudio

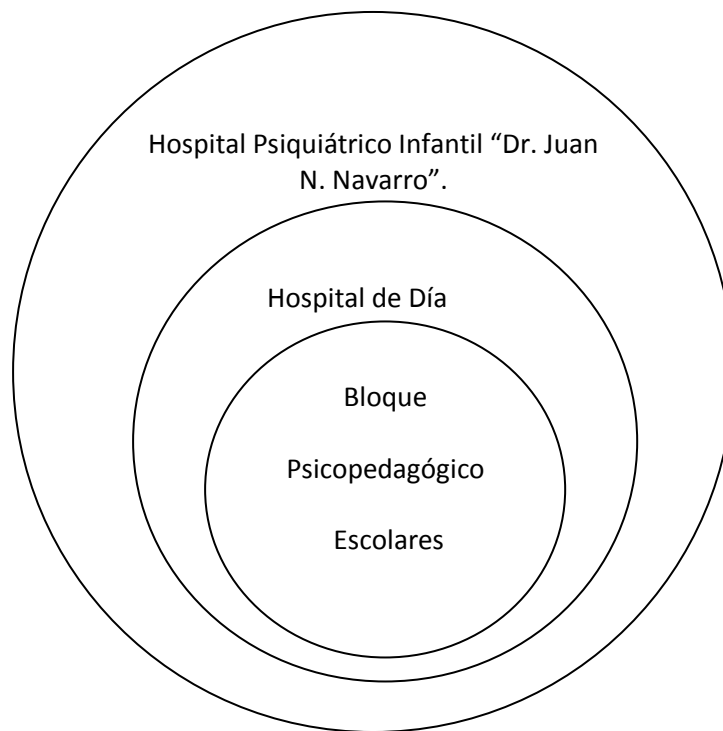
Como punto inicial se selecciona la institución en la cual se trabajará, este es el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que está ubicado en Av. San Buenaventura No.86, Col. Belisario Domínguez. Tlalpan.

Este hospital es de tercer nivel ya que ofrece servicios de consulta externa especializada, ambulatoria, urgencias y hospitalización. El personal que lo integra son: director, subdirector de servicios ambulatorios, subdirector de hospitalización, subdirector de enseñanza y capacitación y subdirector administrativo.

La zona en que se encuentra ubicado el hospital se considera urbana ya que cuenta con todos los servicios: agua, luz y drenaje. Dicho fraccionamiento está rodeado por la zona de hospitales de Tlalpan, los más cercanos es el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino y el Instituto de Cancerología.

Dicho hospital se encuentra dividido en 10 unidades; en una de estas unidades se encuentra el Hospital de día donde se halla el departamento de Bloque Psicopedagógico (escenario) en el que se brindan las terapias psicopedagógicas a menores de nivel primaria y en el cual se llevará a cabo el estudio.

Contexto



Fuente: elaboración de la autora

1) Descripción de áreas físicas:

La construcción del hospital es de tipo horizontal y todas sus unidades están rodeadas por una superficie de espacios verdes con pequeñas secciones recreativas para niños y adolescentes, lo cual ayuda a que se lleven a cabo actividades correspondientes a las terapias ocupacionales y de juego.

El Hospital de día está constituido por un pasillo con 10 salones, los primeros cuatro están asignados al bloque psicopedagógico, 2 de ellos son cubículos donde se llevan a cabo entrevistas y sesiones individuales y los otros 2 son salones amplios para las sesiones grupales. El resto de los salones están fijados a los servicios de educación especial, terapia ambiental, terapia de lenguaje, psicología, orientación a padres y jefatura de hospital de día.

2) Acceso al campo

Esta etapa se divide en cuatro momentos:

- Primer contacto

Contactamos a la coordinadora responsable del Bloque Psicopedagógico Escolares, la psicóloga adscrita Juana Bravo.

La psicóloga tiene 25 años laborando en este hospital y hace 22 años tiene a su cargo la coordinación de esta área. Tiene gran experiencia y conocimiento del funcionamiento y trabajo del hospital.

- Negociación de acceso al campo:

Se llevó a cabo una entrevista informal con la coordinadora para exponer la finalidad y los objetivos del trabajo, así como también se le solicitó un permiso para entrar a las sesiones y poder trabajar con los menores.

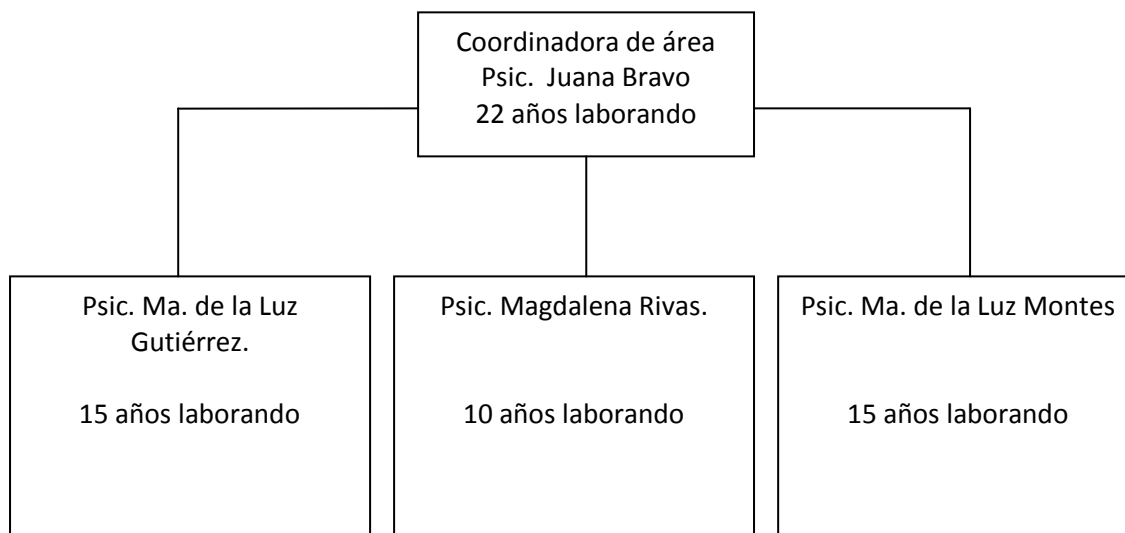
Una vez otorgado el permiso, se establecieron los días y horarios de trabajo y se llegó a un acuerdo con la psicóloga para presentarle el plan de trabajo previo a la sesión, así como autorizaciones para realizar actividades ajenas a las sesiones.

- Conocimiento del contexto social y físico

Es importante conocer el contexto social, esto es, que es necesario conocer a los miembros que laboran en esta área.

Por medio de una conversación informal se recabaron datos como edad, experiencia laboral dentro del hospital, función y tareas a realizar de cada una de las psicólogas. Son 4 psicólogas adscritas, las cuales ya tienen una trayectoria y experiencia considerable de trabajo con menores que presentan dificultades de aprendizaje. A continuación se muestra un mapa que representa el ordenamiento jerárquico.

Ordenamiento jerárquico



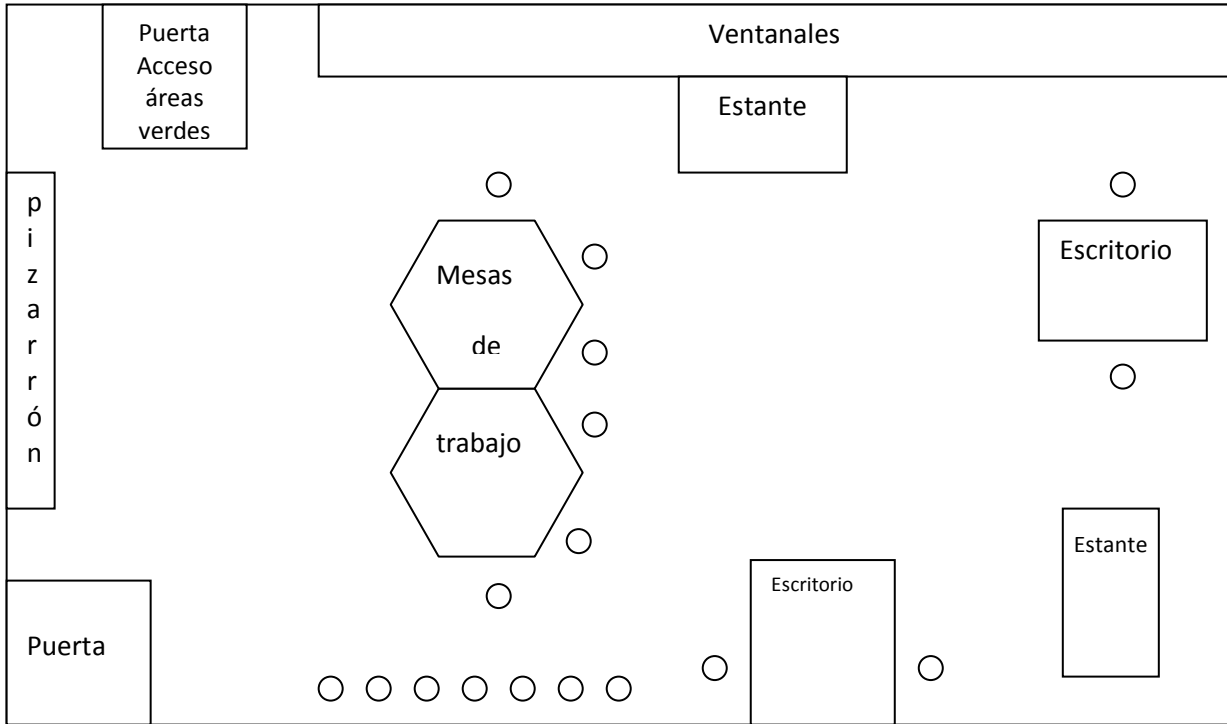
La función de cada una de las psicólogas brindar terapias psicopedagógicas a los menores que han sido canalizados, valorados y finalmente aceptados en este servicio. Tienen a su cargo 6 sesiones 2 de manera individual y 4 de forma grupal, así como 2 valoraciones a la semana.

Su horario de trabajo es de 9 a 2 de la tarde.

- Contexto áreas físicas (salones)

Los salones donde se llevan a cabo las sesiones, son salones que presentan una infraestructura apropiada, cuentan con el espacio conveniente para colocar mesas y sillas pequeñas, su ventilación es adecuada con buena iluminación. Con respecto a los recursos materiales, cuenta con pizarrón blanco (donde se utilizan marcadores), sillas y mesas, bote de basura, estantes donde se guarda material didáctico.

A continuación se presenta el mapa espacial (plano del salón), el cual nos permite obtener una visión de cómo se encuentra organizada y distribuida. Así como una fotografía para representar a las personas en una perspectiva físico-espacial.



Fuente: elaboración de la autora



Fotografía: elaboración de la autora

- Negociación de reglas de trabajo

Las reglas de trabajo se acordaron y manifestaron antes de entrar al salón, las cuales son:

- Cumplir con la asistencia y puntualidad.
- Asistir en buenas condiciones de higiene y aliño personal.
- Portar la credencial de identificación
- Realizar las actividades de tipo administrativos como son: dar cita a los padres que lo soliciten, pedir al archivo los expedientes que se utilizarán, llevar el control estadístico en las que se involucra el recoger los recibos de los pacientes y llenar los formatos de estadística oficial. Los de tipo recreativo que consisten en realizar juegos didácticos que se efectúan dentro del salón o juegos al aire libre. Y las terapéuticas en las que se elaboran y desarrollan actividades específicas para cada menor.
- Establecer una respetuosa relación y comunicación con los menores y padres de familia así como con todo el personal del hospital.

3) Recogida de información

Para obtener información dentro del trabajo (sesiones terapéuticas) con los menores necesitamos indicar la actitud y las actividades que se ejecutarán como investigador así como especificar las técnicas e instrumentos que mejor convengan para recolectar información.

- Papel del investigador

La actitud que se tomará es la de observador participante, esto quiere decir, que no solo se observará y anotará lo visto sino que habrá una interacción, una implicación y participación en los acontecimientos y actividades que cada uno de los menores seleccionados realizan. La finalidad es tener más acercamiento con las personas del contexto estudiado ya que esto permitirá obtener percepciones de su realidad y de sus experiencias en tiempo real.

4.1 Técnicas e instrumentos

- Técnicas de recogida de información

La observación y la entrevista serán los instrumentos que se emplearán para obtener información significativa para el estudio. A continuación se describe cada uno de ellos:

Técnica	Descripción	Instrumentos
Observación no estructurada	<p>Es una observación abierta ya que se registra todo lo necesario para el estudio sin tener previamente registros definitorios. Es la forma en que percibimos e interpretamos la realidad.</p> <p>La finalidad es conservar con detalle toda la información. Esta técnica es utilizada en cada una de las sesiones.</p>	<p>Durante este tipo de observación se utilizarán:</p> <p>Las notas de campo.- Son apuntes que nos ayudan a recordar lo observado.</p> <p>Se toman notas breves que son palabras claves, frases entrecortadas, dibujos, esquemas.</p> <p>Para hacer el registro usamos las notas ampliadas en donde se hace un pequeño resumen de lo más significativo, las cuales están explícitas nuestras reflexiones, comentarios e ideas. Deben contener la fecha (día, mes y año)</p>
Observación estructurada	<p>Es una observación cerrada ya que es necesario saber qué es lo que vamos a observar, tener algo concreto ayuda a centrar nuestra atención</p>	<p>Se utilizan: Una guía o lista de control y las notas de campo ampliadas.</p> <p>Se representa en las Evaluaciones Psicopedagógicas.</p>

	<p>a ciertos fenómenos ya determinados y no desviarnos. Es necesario especificar la duración de la observación.</p> <p>Esta técnica es utilizada en las Evaluaciones psicopedagógicas.</p>	
Entrevista	<p>Con esta técnica solicitamos datos e información a una persona (padre) sobre alguien en específico (menor). Nos ayuda a conocer la perspectiva que tienen los padres del caso cuestión o problema. Interpretamos lo que ellos piensan.</p>	<p>Nos apoyaremos con la guía de preguntas abiertas en las notas de campo breves, Grabaciones de audio y transcripciones de entrevistas.</p>

Fuente: elaboración de la autora.

Con la utilización de la técnica de observación estructurada así como de la no estructurada podemos obtener información más precisa, ya que no solo nos quedamos con lo que leemos (expedientes) o con lo que personas ajenas nos dicen, sino que también es un medio que nos ayuda a acercarnos a aquellas personas que se les dificulta expresarse y darnos información. Es así que dicha información la obtenemos tal y como se produce un fenómeno o acontecimiento, lo vemos con nuestros propios ojos por lo que podemos verificar y comprobar hechos.

Las entrevistas realizadas fueron del tipo no estructurada o en profundidad, es decir informales, se consideró que así se podía generar un ambiente de confianza entre entrevistado y entrevistador. Este tipo de entrevista que en más de las ocasiones fue una plática con los actores, por su carácter informal en el cual no se siente la presión de un cuestionario rígido.

El uso de una grabadora en este tipo de entrevista permite constatar la información y tenerla presente para aclaraciones posteriores, se optó por hacer uso de esta herramienta con la autorización de los entrevistados, ya que puede ser que este aparato afecte el comportamiento del entrevistado y pudiera crear una situación de nerviosismo, lo cual provocaría que se cambiaran las intenciones de las respuestas. A continuación se presentan las entrevistas iniciales.

- Seleccionar a los miembros informantes

En este rubro entran las psicólogas adscritas como coordinadoras de grupo, los padres de familia y profesionales como médicos y psiquiatras.

4.2 Seleccionar a los participantes informantes (expedientes)

Los 3 menores con los que se trabajó (pacientes ambulatorios), que cursan la primaria y que han sido canalizados al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” por presentar trastornos mentales y de aprendizaje.

Estos pacientes fueron seleccionados después de haber leído expedientes, por lo que se escogió a estos tres menores, debido a que el motivo de consulta era bajo rendimiento y que presentan algún trastorno mental secundario como TDAH, impulsividad, ansiedad, depresión etc.

Dos de ellos son de sexo femenino, una de ellas cursa 4to. grado y cuenta con 10 años de edad; la otra menor de 11 años también cursa 4to. grado y el último de sexo masculino, de 10 años de edad que también cursa 4to de primaria.

Es imprescindible describir a los 3 menores, mencionando datos relevantes durante la estancia en el hospital y que se han ido registrando en el expediente clínico. Es aquí en donde se describirán detalladamente.

PARTICIPANTES

Momento	Objetivo	Finalidad
Selección de Expedientes.	Seleccionar expedientes actuales de pacientes (menores entre 6 y 11 años) que asisten al hospital de forma ambulatoria y que han sido diagnosticados con algún o algunos trastornos mental (comorbilidad)* y alguna dificultad de aprendizaje	Delimitar de la población de pacientes que asisten a Tx. Psicopedagógica a aquellos que presentan trastornos mentales como los relacionados a la conducta, al comportamiento y a las emociones y que a su vez presenten dificultades en el aprendizaje como tx. de lectura, escritura..
Revisión de los 3 expedientes seleccionados.	Conocer el contenido tanto de resúmenes clínicos, registros de entrevistas, pruebas psicológicas y de todos los aspectos relevantes de atención y evolución del paciente.	Tener un conocimiento previo al trabajo y trato con el menor para poder realizar un esquema de actividades adecuadas a sus dificultades y necesidades particulares.
Registro de datos importantes	Reconocer aquellos datos que apoyen al estudio particular del menor.	Resumir los datos del expediente, seleccionando aquellos que sean significativos y relevantes.

Fuente: elaboración de la autora

*Comorbilidad se refiere a la coexistencia temporal de 2 o más trastornos psiquiátricos o de varias enfermedades simultáneamente en el paciente.

4.3 Evaluación diagnóstica

Una vez seleccionado a los menores, se inicia con la evaluación diagnóstica, la cual servirá como una herramienta de apoyo para conocer los antecedentes académicos y reconocer las habilidades y conocimientos que han adquirido a lo largo de su vida escolar.

Aquí la evaluación diagnóstica, tiene como función, orientarnos para poder adecuar el diseño de las actividades que se llevarán a cabo con los menores.

Uno de los aspectos más importantes durante el transcurso de la evaluación, es la observación, por medio la cual, podemos dar una impresión diagnóstica lo más claramente posible del caso y ayudar a corroborar o descartar un problema de aprendizaje.

La evaluación diagnóstica, se realiza con pruebas psicopedagógicas, sin un tiempo límite para llevarse a cabo. Empieza pidiéndole al menor que realice el dibujo de una persona del sexo que el prefiera (valoración de Kopitz de la figura humana), posteriormente se contemplan aspectos académicos correspondientes al grado escolar cursado por el menor como:

*Lectura (oral y comprensión).- se evalúa el tono de voz, el ritmo, el nivel de aproximación (silábico, alfabético, pre silábico), rastreo visual y recuperación de la información.

*Escritura (copia, dictado, escritura de texto libre).- se evalúa el tiempo, rastreo visual, atención auditiva, ortografía, ubicación espacial, estructuración de ideas (expresión escrita), y recuperación de la información.

*Cálculo.- operaciones básicas, sistema numérico decimal (SND), dictado de cantidades, antecesor y sucesor, figuras geométricas, problemas aritméticos, se evalúa conocimientos y procedimientos de operaciones básicas, razonamiento lógico, seriación, desarrollo y ejecución de operaciones.

Una vez terminada, se realiza una pequeña entrevista informal con el padre o tutor, para conocer aspectos de historia de vida del menor respecto a sucesos importantes de su escolaridad, familiar y de salud aunado al comportamiento y conducta del mismo.

Posterior a esto, se proporciona una impresión diagnóstica que junto con la psicóloga adscrita se toma la decisión de ingresar o canalizar a otra área de acuerdo a la conclusión diagnóstica tomada, después se le informa tanto al familiar como al menor sobre la decisión tomada.

Toda evaluación hecha al menor es y debe ser reportada mediante un escrito de evaluación psicopedagógica, el cual debe ser claro y preciso ya que se colocará en el expediente clínico del mismo, con el fin de llevar un seguimiento de evolución y dar conocimiento de lo realizado. A continuación se mencionaran las partes que componen y estructuran dicho reporte:

Evaluación psicopedagógica

I.- Ficha de identificación	Aquí se mencionan los datos personales del menor, como son: nombre completo, edad, grado, fecha de nacimiento y número de expediente.
II.- Motivo de consulta	Es el material referido dicho por el padre o responsable del menor
III.- Actitud observada	Son todas aquellas anotaciones significativas de observaciones, de comportamiento y actitudes que el evaluador percato del menor.
IV.- Habilidades académicas	Son los resultados de cómo se conduce el menor hasta como resuelve cada una de las actividades académicas; estos son explicados detalladamente.
V.- Entrevista	Datos relevantes del menor, proporcionados por el padre o tutor.
VI.- Impresión diagnóstica	Se mencionan todas las impresiones y dificultades que se observaron en el menor.
VII.- Sugerencias	Se expone al responsable sobre las opciones de tratamiento que deben llevarse para el mejoramiento del menor.

Fuente: elaboración de la autora

Los objetivos de este apartado son:

- ✓ Revisar documentos (expedientes) de cada menor.
- ✓ Realizar una evaluación diagnóstica.
- ✓ Realizar entrevistas iniciales, a los padres de familia.

4.4 Recopilación de datos.

En este apartado se recopilan todos los datos significativos, obtenidos del expediente, la evaluación diagnóstica y entrevistas realizadas a los padres de familia.

CASO 1

Expediente clínico

DATOS PERSONALES

Nombre: L. L. G.

Edad: 11 años

Fecha de nacimiento: 04 Marzo 1995

Expediente no. xxxxx

Fecha de ingreso 18 Enero 2000

I.-Motivo de consulta:

“no trabaja en la escuela, no mas anda parada, no pronuncia bien la r y la s”.(Sic) Madre.

II.- Resumen de interrogatorio, examen mental y exploración física

Inicia padecimiento actual hace unos 2 meses, a decir de la madre cuando acuden psicólogos a la escuela a valorar a los niños, envían y observan a la paciente por presentar inquietud, distractibilidad, problemas para terminar sus trabajos, además de que los realiza de manera incompleta, se muestra hiperactiva. A la madre no le habían reportado ninguno de estos problemas hasta que la valora el personal de salud, es difícil que se siente por espacios largos.

Además, refiere la madre dificultad de lenguaje expresivo, omite y sustituye la r y la s, sin embargo la madre refiere que los abuelos paternos presentan tx. Expresivo del lenguaje además también los tíos paternos. Esto ha sido reportado en la escuela. Refiere que tiene ya estructurado su lenguaje salvo con estos defectos.

En casa se muestra inquieta, tiende a irritarse, tiene un hermano de 8 años con secuelas de meningitis con el que pelea constantemente. Defectos expresivos, sustituye la r por la l, omite la s intermedia y al final.

La hoja de referencia escolar confirma los datos, tanto conductuales como de lenguaje.

Antecedentes: Parto de término obtenido vía cesárea. Cesárea previa sin problemas perinatales, deambulación 1 a 3 m.; primeras palabras 12 m.; primeras frases 2 años, lenguaje estructurado 3 a 7 m.

Impresión diagnóstica (Dx) Ts. Hiperactivo no especificado

Ts. Expresión del lenguaje.

Referencia Interna: Clínica de la Conducta.

III.- Padecimiento actual

“La madre proporciona información en forma desorganizada”

Desde el año de edad, notó que Lizbeth mostraba inquietud, no podía permanecer quieta.

A los 2 años es impulsiva, temeraria, tiene fijación por tijeras, cuchillos, le atrae el fuego y más a los 3 años.

Se muestra irritable, con baja tolerancia a la frustración haciendo berrinches ante negativas de complacencia.

Problemas de lenguaje, no pronuncia la *r*, *s* y *t* y hasta los sustituye por otros fonemas. Aquí cabe hacer la aclaración que la madre considera que esto era un problema de índole hereditario puesto que su abuelo paterno y otros tíos tienen problemas similares en pronunciación.

Ingresó al jardín a los 4 años, se reporta como niña inquieta, poco sociable, se distrae con facilidad.

Acudieron psicólogas a realizar evaluaciones y encontraron que la niña tiene problemas de hiperactividad, de atención y de lenguaje, recomendando su trabajo aquí.

IV.- Examen mental

Femenino de edad aparente igual a la referida como cronológica, de talla promedio. Entra acompañada de su madre, no detectó problemas en marcha. Sabe su nombre y responde a este. La observo inquieta pues se mueve continuamente en la silla, pide siempre la aprobación de la madre con cierta inseguridad. Tímida, inhibida, responde pobremente a las preguntas, percibo alteraciones en el habla con omisiones y sustitución por ejemplo dice que su padre se llama dodolpo (Rodolfo), esuela por escuela, r por l.

No conoce números y letras , confunde colores, lo mismo que derecha e izquierda, irritable, coopera poco, se distrae con facilidad.

V.- Intervenciones, diagnóstico, tratamientos previos.

Se inició con Medilfenidato. La madre menciona que ha disminuido en alguna medida la distracción y la hiperactividad.

VI.- Diagnósticos sintomáticos.

Aumento de actividad motora, distractibilidad, inatención. Timidez, impulsividad, agresividad. Ts. Expresión del Lenguaje.

Ts. De la atención y de la actividad.

VII.- Notas de Evolución

11/Julio/00

Terapia de lenguaje

Se orienta a la madre para trabajar con articulación con los fonemas s y r, no ingresa ya que recibe apoyo de CAPEP.

25/Mayo/01

Nivel fonológico- articulación en fonemas o/s/r y algunos grupos homosilábicos.

22/Enero/02 6 años

Clínica Conducta

En el pensamiento se encuentra en la fase operacional concreta según las etapas de Piaget.

15/Abril/ 02

Bloque Psicopedagógico Preescolares.

Dificultades en comprensión, cálculo matemático y en los procesos de abstracción como lo son: el análisis y síntesis

Se recomienda desarrollar actividades de comprensión, fortalecimiento de desarrollo del proceso de lecto-escritura y socialización

02/Agosto/02

Reporte de Evaluación Semestral. Bloque Preescolar

Se observó importantes problemas de percepción auditiva y visual, incoordinación vasomotora, de atención y concentración, así como en los procesos de pensamiento como abstracción, razonamiento, estructuración del mismo.

06/Diciembre/02 (7 años 9 meses)

Apunta tareas, sí las hace. Buena conducta en casa y en la escuela. La madre menciona que a veces ella le dice algo y ella entiende otra cosa. Ya fue a valoración auditiva y salió bien (audiometría). Tal vez sea un problema de comprensión y no de audición.

29/Julio/03

Clínica Conducta (8 años)

Reporte de maestros con ocasionales olvidos, intranquila, torpeza, utiliza lentes desde hace 1años.

Suspendió Terapia Psicopedagógica por problemas económicos.

En general la madre y el maestro reportan mejoría importante del cuadro de déficit de atención e hiperactividad. Continúa tímida pero socializa más.

C.I. 89 subnormal

15/Marzo/04 (9 años)

Es más responsable, hace la tarea sola. Se envía a psicomotricidad por su torpeza.

28/Junio/04

Evaluación Psicopedagógica Bloque Escolares.

Períodos de atención cortos.

Distráctil.

Copia- mal uso del espacio gráfico, tiene buena direccionalidad, hace mal cierre de letras - a-.

Dictado- confusión en fonemas, hay contaminaciones, sustituciones, omisión en palabras trabadas, sustituciones d x b.

Lectura- es silábica, sustituye hijo x hija, invierte la x al , reintegraciones.
Recuperación de información con apoyo, periodos cortos de atención que le impiden retener información.

Informe Escolar

Avance pero no cubre los propósitos del grado escolar completos, se le ha evaluado por parte de la inspección y USAER donde se coincide que no toma dictado correctamente y su lectura no es completa.

Su atención es muy dispersa, no logra mantener interés sobre todo en asambleas y narraciones, por lo cual a veces se rehúsa a efectuar alguna intervención verbal.

23/Septiembre/04

No se presentó.

30/Mayo/05 9 años

Nota de urgencias

Se trata de L.L.B. de 9 años, con diagnóstico de TDAH y Ts. Lenguaje, sin tratamiento farmacológico.

Acude acompañada de la madre quien comenta no haber traído a la paciente durante 1 año por enfermedad del padre y por su embarazo.

Continúa confundiendo las consonantes d/p/b presenta impulsividad ya sin hiperactividad.

Se integra nuevamente a Clínica de Conducta.

Debe asistir y dar medicamento.

25/Enero/06

Evaluación psicopedagógica realizadas por la psicóloga Juana Bravo y Erika Ruiz.

Evaluación diagnóstica

Ficha de identificación

Nombre: L.L.G

Edad: 11 años

Grado: 4to.

Fecha de nacimiento: 4 marzo 95

No. Expediente xxxxx

Motivo de consulta:

“... no trabaja en la escuela, no más anda parada, le falla la r y s (Sic) Madre.

Actitud observada

Se presenta puntual a la cita acompañada de su madre y su hermano menor en buenas condiciones de aliño y aseo personal, viste ropa acorde a su edad y sexo.

Cuando se le pregunta que cómo es su rendimiento en la escuela menciona “reprobé geografía e historia, no me gusta la historia, escribo mal, pongo b x d y no le entiendo cuando leo (sic.) L.L.G.

La menor conoce datos básicos como el nombre de sus padres y sus ocupaciones. Sobre datos específicos menciona el nombre de su escuela e incompleto su domicilio.

Menciona los días de la semana, enumera los meses del año, conoce lateralidad (izquierda y derecha) con dificultad hacia otra persona; identifica aspectos espaciales donde menciona objetos presentes y buena ubicación corporal.

Durante la sesión se observa tranquila, atenta, con buena comunicación con la terapeuta, con buena tolerancia a la fátiga, adecuada cooperación y disposición ante las actividades.

Dibujo de la figura humana.

El dibujo cuenta con 12 de los 13 indicadores esperados para su edad. Aparecen indicadores emocionales como el dibujar una figura grande, ojos desviados, con

dientes, esto puede indicar una necesidad de llamar la atención, cierta hostilidad y agresividad.

Habilidades Académicas.

*Escritura

Es diestra, la posición de la pinza es adecuada, coloca la hoja de forma inclinada, con buena postura. El tamaño de la letra es grande, legible, con trazo en ocasiones fuerte, el nivel de aproximación es alfabético.

En la escritura libre, su texto describe a la persona, cómo es, qué es lo que hace, presenta errores ortográficos como invertir d x b, omitir la h, poner c x s y y x ll.

En el dictado lo realiza con buen tiempo y ritmo, presenta desorganización en su trabajo con errores específicos como rotación d x b, omite letras r, n; separa silábicamente palabras, también presenta dificultad en discriminación de sonidos, ya que puso profunda por fortuna y errores ortográficos z x s, c x s, j x g, y omitir la h, la recuperación de la información se da por medio de preguntas específicas.

Con respecto a la copia tarda en realizarlo, copia palabra por palabra, su escritura y organización mejoró, presenta solo una confusión que puede ser de tipo auditivo al poner también x también.

*Lectura

Es disprosódica, con volumen normal, ritmo lento, presenta sustitución planta x plata, se apoya guiándose con el dedo y la recuperación de la información es inadecuada.

*Cálculo

Conoce el concepto de suma y resta, con buen conocimiento en el procedimiento de suma sin presentar errores de conteo, en las restas presenta dificultad en las transformaciones, presenta mal manejo en la posición y colocación de las cantidades en las operaciones, se puede percibir la falta de memorización de las tablas de multiplicar. En el dictado de cantidades logra escribir hasta unidades de millar, con buen manejo en antecesor y sucesor de estos mismos, presenta dificultad al

mencionar valor y posición en el SNB, Tiene buen razonamiento lógico al resolver con éxito el problema aritmético.

Entrevista

“Lleva malas calificaciones en la escuela, en español y matemáticas lleva cinco, no entrega tareas porque dice que no le dejan” (Sic.) Madre.

También menciona la madre que en la escuela van dos veces que cambian a la maestra y la madre creé que esto ha desfavorecido a la menor en su aprovechamiento. Actualmente no recibe ningún apoyo de USAER.

Impresión diagnóstica

Menor de 10 años que actualmente cursa 4to. grado, habiendo reprobado 1er. Grado. Impresiona un C.I. por abajo del promedio por lo que no corresponde al nivel escolar, se detectó que presenta mayor dificultad en el área de lecto escritura, ya que presenta errores específicos significativos, llegándose a detectar una posible dificultad auditiva, también presenta dificultad en la organización de su escritura y en el espacio, así como aspectos de lectura de comprensión.

Sugerencias

Ingresar a terapia psicopedagógica grupal los días lunes a las 9:00 a partir del 13 de febrero 06 con la psicóloga Juana Bravo.

Ficha de Identificación

Paciente identificado: L. L. G.

Edad: 11 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 04 marzo 1995

Grado escolar: 4to año. Reprobó 1er. Año.

Materias con bajo rendimiento: Español y Matemáticas

Nombre de los padres

Madre: Gloria García León

Ocupación: Ama de casa

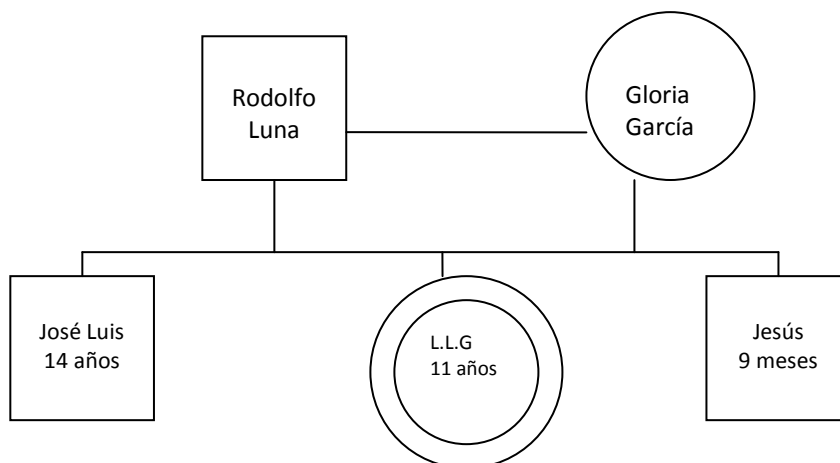
Padre: Rodolfo Luna Rocha

Ocupación: Albañil

Lugar de la entrevista: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Nombre de la entrevistadora: Ruiz Sánchez Erika Joana.

Familiograma



La siguiente entrevista consta de 16 preguntas abiertas las cuáles se dividen en 3 vertientes:

el ambiente familiar, el escolar y con respecto a la terapia psicopedagógica. Siendo las contestaciones del material referido por la madre.

*Familiar

1.- ¿Cuántos miembros son en la familia?

Somos 5 mi esposo, mis tres hijos y yo, vivimos con mi suegra y mi cuñada, ellas viven en la misma casa pero abajo.

2.- ¿Cuál es la relación con su esposo?

Yo con mi esposo me llevo bien, pero se crean conflictos por que mi suegra y mi cuñada inventa chismes que se lo comentan a mis hijos y a mi esposo. No me llevo con la familia de mi esposo y he tratado de sobre llevarlo pero no puedo, y le he dicho a mi esposo que por que no nos cambiamos de casa pero el no quiere y siempre me dice que primero esta su mamá.

3.-¿Cuál es la relación entre hermanos?

La relación con su hermano mayor casi siempre es de pelea y al bebé le pega mucho, si lo quiere mucho pero a veces le pega y le pregunto que por que lo maltrata y me dice “es que me cae gordo tu hijo”, siento que le afectó mucho que naciera su hermanito.

4.- ¿Cuál es la relación entre todos los miembros de la familia?

La relación y comunicación con su papá es poca ya que se desespera por la misma situación de que Lizbeth no deja que la ayuden además de que ella no lo quería, pero la psicóloga de conducta me dijo que tenía que relacionarse con él y ahora ya lo quiere y cuando mi esposo viene a la ciudad lo busca mucho, igual mis otros hijos.

Yo platico mucho con ella y le pregunto por que ella no me cuenta nada pero siento que la falta del papá influye mucho a que Lizbeth sea así.

5.- ¿Cuál es el comportamiento que tiene la menor en casa?

En casa me ayuda mucho, en el quehacer, cuida a su hermanito. Lizbeth es cooperativa y nos llevamos muy bien aunque a veces nos peleamos.

6.-¿Padece su hija algún problema de salud?

No.

7.- ¿Cuál fue el motivo por el que trajo a su hija al hospital?

La traje porque ella era muy egoísta, quería todo para ella, estuvo en socialización pero se enfermó mi marido y ya no la traje, después la volví a traer pero con otro psicólogo y le ayudó mucho ya que ella negaba a su hermano mayor, ahora ya no lo niega y se lleva mejor con él, en esta terapia estuvo como medio año.

8.- Al ser atendida ¿Qué diagnóstico le dieron?

Me dijeron que tenía Trastorno de déficit de atención e hiperactividad y también me dijeron que es poco sociable.

9.-¿Toma algún tipo de medicamento?

Se toma media pastilla de Ritalin antes de ir a la escuela y se tomaba 1 entera en la tarde como a la 1 o 2 de la tarde para hacer la tarea y se concentrara. Hace 2 meses que está tomando medicamento para los nervios, se llama Talpramin y toma media pastilla por las noches, el doctor me ha dicho que es muy nerviosa y no sé que le causa nervios, he notado que quiere hacer todo al momento y cuando no puede se pone muy nerviosa, quiere todo rápido.

Ella sabe para qué sirve el medicamento y le pregunto cómo se siente con la pastilla y me dice que bien “me siento tranquila” y sí, yo veo que ha mejorado.

10.- ¿A qué otra terapia asiste?

Iba a Clínica de la conducta al paidopsiquiatra y a terapia de socialización, ahorita nada más viene aquí con ustedes.

*ESCOLAR

11.- ¿Cuál es su rendimiento escolar?

Ha mejorado sus calificaciones, ha salido bien, en su último examen le fue bien, era de español, en el de matemáticas salió mal y en las otras materias va bien.

12.- ¿Qué dificultad ha visto usted respecto a su aprendizaje?

Desde que iba en 2do. grado me di cuenta que cambiaba la b y la d, pero ahora veo que presenta más dificultad en matemáticas porque es el grado en el que se va complicando, le cuesta mucho trabajo cuando es de llevar de transformar en las restas, no le entiende, yo le ayudo pero ella se molesta y se desespera, lo hace pero a su modo y por eso peleo mucho con ella y ya no sé en qué forma me la puedo sobrellevar.

Le están enseñando las divisiones y le ayudo a mi modo, pero ella no acepta mi forma, me pone trabas, no me hace caso y lo hace ella sola a su modo.

13.- ¿Qué le han dicho en la escuela?

En la escuela apenas se dieron cuenta que cambiaba la b y la d y yo ya les había dicho a las maestras pero no me hicieron caso, entonces la maestra me dijo que la llevara otra vez al doctor y fue cuando me trajeron aquí con ustedes

14.- ¿Qué ha hecho la escuela al respecto?

En la escuela recibe apoyo de USAER y la maestra me comenta que cuando ella tiene algún error en sus trabajos y tareas no acepta que se haya equivocado, yo a veces le digo que está mal, que lo corrija pero tapa su cuaderno y se enoja, ahora ya se presta un poquito por que antes no dejaba que la ayude pero yo ya opté en dejarla. El 17 de mayo vine aquí al hospital a solicitar un resumen porque la escuela quiere saber qué le han hecho.

15.- ¿Cuál es su comportamiento en el salón de clases?

Tiene pocas amigas, muchas veces se enoja con ellas y se aleja.

Chilla por que le quitan el lugar o porque no gana en los concursos o actividades que hace la maestra.

Dice la maestra que en los trabajos le gusta hacerlos sola, y le cuesta pedir ayuda cuando no puede y cuando se equivoca no acepta su error.

16.- ¿La menor acude a alguna actividad recreativa?

Quiero meterla alguna actividad como a dibujo pero no quiere, en cambio su hermano sí, juega básquetbol y hace ejercicio.

CASO 2

Expediente clínico

DATOS PERSONALES

Nombre: R.E.O.V.

Edad: 11 años

Fecha de Nacimiento: 05 Junio 1995

Expediente no. *****

Fecha de ingreso 15 Octubre 2003

I.- Motivo de consulta:

“La traemos por que no aprende, no sabe dictado, no sabe sumas, no sabe nada, repitió segundo, todavía no empiezan a hacer exámenes pero cuando se entere, se va a dar cuenta que no sabe nada” (sic.) Madre.

II.- Resumen interrogatorio, examen mental, exploración física.

La madre refiere que ella pensaba que era una niña normal, sin embargo al ingresar a la primaria inicia con problemas. “Ella no se graba las palabras, no se sabía el abecedario, ni las tablas, los números nada más se sabe hasta el 20, pero no los sabía escribir, también estaba muy distraída, no se concentra” (sic.) Madre

Presentando problemas para el aprendizaje, periodos cortos de atención, distractibilidad, baja tolerancia a la frustración e impulsividad. Con dificultad para la copia, la maestra la pasó de año, continuando y agudizándose los problemas en segundo, continuando con la misma sintomatología, con dificultad para el aprendizaje, no identifica letras.

Fue llevada al IMSS en donde la diagnosticaron con trastorno (Ts.) de lenguaje y lecto- escritura.

Llanto fácil, pobre concentración, presenta dificultad para pronunciar los diptongos r, rr. No sabe leer, no sabe escribir y presenta errores graves para operaciones sencillas.

Antecedentes personales patológicos.

Portadora de asma bronquial desde los 5 años de edad.

Amenaza de parto prematuro a los 5 meses, fue atendida por cesárea, se encuentra retraso en el área de lenguaje.

Desarrollo escolar.- kinder 2 años sin problemas, primaria- inicia 6 años con dificultad de aprendizaje y lecto-escritura, pasó con dificultades 1er. año, recurso 2do. Continúa con problemas, no sabe leer y escribir, presenta angustia de desempeño.

III.- Examen mental

Femenino, edad aparente mayor a la referida, cooperador, participa, es pueril, concreta, orientada, atención y comprensión disminuida, discurso emitido en tono, volumen y velocidad disminuida. Lenguaje coherente y congruente, parco y simplista.

IV.- Impresión diagnóstica

Trastorno Ts. de aprendizaje

Trastorno Ts. de lenguaje

Probable Pb. deprivación social

Probable Pb. alteración de atención.

IV.- Plan terapéutico y comentarios.

Paciente que no ha logrado un desarrollo adecuado a lo largo del tiempo para su edad, presenta inatención, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, impresiona Cl. bajo aunque cuenta con pruebas realizadas en el IMSS, se desconoce confiabilidad.

V.- Notas de Evolución

16/junio/04 Desarrollo

Acude a escuela regular, cursa 2do. Sin apoyo de USAER, no sabe leer ni escribir (lo hace silábicamente), se distrae, es inquieta.

Medicamento CB2, fluoxetina

Llora, autoestima baja. Discurso simple, tono y volumen disminuidos.

23/Julio/04 Pediatría

Farmacológico cb2 Carbamacepina, Fluoxetina (antidrepresivo) y Haldol.

Cursa con Hiporexia selectiva de larga evolución. Controlada de asma bronquial.

Septiembre/04 estudio psicológico

Medio poro estimulante y baja motivación hacia el logro, tiende a renunciar fácilmente a la tareas intelectuales o que requieran de un esfuerzo de pensamiento, poca expresión verbal.

Distracción generada por ansiedad. Percibe un ambiente demasiado exigente que generan en ella sentimientos de inadecuación.

Devaluación, pobre imagen de si misma, estados depresivos. Dificultades en el aprendizaje que se combina con otros problemas como el lenguaje, aparatos de piernas por lo que su estructura de personalidad tiende a estados depresivos con dificultad para el manejo de eventos cotidianos estresantes.

03/Noviembre/ 04 Desarrollo 9 años

“...no ha tenido avances, va como los cangrejos hacia atrás, desde que toma los medicamentos está más irritable, inquieta, pelea con hermanos antes no era así” (sic) Madre

A la niña se le ve tranquila, cooperadora, con llanto fácil. “...es que me siento mal, le contesto a mi hermana y antes no, estaba mejor antes que no tomaba los medicamentos” (sic) Paciente.

La mayoría de las situaciones de la mamá las repite la niña.

07/enero/05 Valoración psicopedagógica

Escritura.- Etapa precaligráfica, alfabético, escritura en dos tiempos con buena direccionalidad, errores específicos, transposiciones, sustituciones y omisiones.

Lectura.- Silábica con reintegración, dificultad en la decodificación de palabras con sílabas trabadas. Comprensión baja con recuperación a base de preguntas

25/febrero/05 Desarrollo

Inquieta, distraída, no socializa. Cl. normal con autoestima baja. Lenta para escribir, se sugiere enviarla a USAER.

14/septiembre/05 Psicopedagógico escolares

No se presentó, por lo que se refiere nuevamente para el 20 de septiembre 05.

10/Enero/06 Clínica de la Conducta

No tiene amigos, se burlan por que no entiende bien. Se recomienda intervención terapéutica para proporcionar estrategias de incremento de periodos de atención.

Evaluación diagnóstica

Ficha de identificación

Nombre: R.E.O.V

Edad: 11 años

Grado: 3er. Año

Fecha de Nacimiento: 05 Junio 1995

No. expediente: xxxxx

Motivo de consulta

“La traemos porque no aprende, no sabe dictado, no sabe sumas, no sabe nada, repitió segundo, todavía no empiezan a hacer exámenes pero cuando se entere se va a dar cuenta que no sabe nada” sic. Madre.

Actitud observada

La menor se presenta puntual a la cita acompañada de su madre en buenas condiciones de aliño y aseo personal, viste ropa acorde a su edad y sexo.

Durante la sesión se observa inquieta, constantemente juega con el material, se sienta en la orilla de la silla recostándose sobre la mesa, se le dificulta un poco entender instrucciones e indicaciones de las actividades.

Cuando se le pregunta sobre datos específicos contesta con precisión, acerca de sus padres, desconociendo su dirección.

Menciona en orden los días de la semana, los meses del año los dice en desorden e incompletos, no sabe qué día es hoy y se apoya viendo el calendario.

Conoce adecuadamente lateralidad (izquierda-derecha) pero con confusión hacia otra persona, identifica aspectos espaciales como arriba, abajo, frente, detrás, mencionando objetos presentes y esquema corporal.

Se comunica poco y con voz baja. Sobre las actividades mostró cooperación, con buena tolerancia a la fatiga y adecuada disposición.

*Dibujo de la Figura Humana

El dibujo está desproporcionado, se puede observar cierta dificultad en la coordinación viso motriz, cuenta con todos los indicadores esperados para su edad, Aparecen indicadores emocionales como el de dibujar una figura pequeña que indica cierta inseguridad.

Habilidades académicas

*Escritura

Es diestra, la posición de la pinza es adecuada, coloca la hoja de forma recta sosteniéndola con la otra mano, su postura es recostada por lo que la distancia a la hoja es muy cercana. El tamaño de la letra es grande, legible con trazo fuerte. El nivel de aproximación es pre- silábico con correspondencias sonoro-gráficas.

Con respecto a la copia presenta dificultad en rastreo visual por lo que se va guiando con el dedo, es lenta, su nivel de escritura está por debajo, va copiando sílaba por sílaba y en ocasiones palabra por palabra, no separa palabras y mezcla mayúsculas con minúsculas, la recuperación de la información es parcialmente buena, pero ésta mejora cuando se le hacen preguntas específicas.

En el dictado de palabras el nivel de aproximación es pre-silábico con correspondencia, por lo que persisten omisiones de letras.

*Lectura

En la lectura de palabras presenta un nivel de aproximación silábico, aun va reconociendo y decodificando las palabras, su volumen es bajo y su ritmo lento.

*Cálculo

Reconoce algunas figuras geométricas. Conoce el concepto de + y – realizándolas con dificultad las de 3 dígitos, presentando así una mala consolidación en el procedimiento cuando estas son de transformación. Tanto en la + como en la – las realiza apoyándose por medio de conteo de sus dedos o representaciones gráficas como palitos.

En el dictado de cantidades logra escribir hasta millares, se le brinda apoyo para el manejo de antecesor y sucesor de cifras numéricas, presenta inversiones gráficas de

los números 4, 5,7,9. En la resolución de problemas falla el razonamiento lógico por lo que es necesario brindarle ayuda para que pueda resolverlo.

Entrevista

La menor asiste a un grupo de 9-11 ya que su nivel es bajo, en donde cursa 2do. Y 3er grado de primaria, las clases duran 2 hrs. Y hasta ahora se va a ingresar a 3º en el sistema escolar regular. Tiene apoyo de USAER. La menor necesita lentes pero estos aún no han sido comprados.

Impresión diagnóstica

Menor de 11 años que actualmente cursa 3º. Impresiona un C.I. limítrofe. Su nivel de aprendizaje está por debajo a lo esperado y se considera que no corresponde a su edad y grado escolar, esto se puede deber al poco apoyo en casa y a las limitaciones para recibir escolarización regular. Se puede mencionar que puede haber un probable retraso en el lenguaje.

Sugerencias

-Ingresar a grupo de nivel 1 bajo observación durante un lapso de 12 sesiones y posteriormente revaloraremos.

-Entrevista-

Ficha de identificación

Paciente identificado: R.E.O.V.

Fecha de nacimiento: 05 junio 95

Edad: 11 años

Sexo: Femenino

Grado escolar: 3er. Año.

Cursos o materias con bajo rendimiento: Español, matemáticas e Historia

Nombre de los padres o tutores:

Madre: Martha Isabel Vidal Torres

Ocupación: Ama de casa.

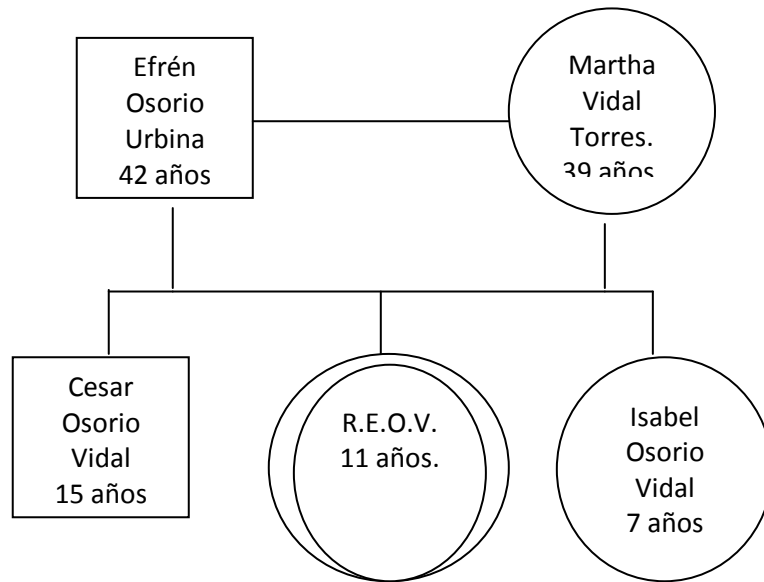
Padre: Efrén Osorio Urbina

Ocupación: Vocero.

Lugar de entrevista: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Nombre de la entrevistadora: Erika Joana Ruiz Sánchez.

Familiograma



La siguiente entrevista consta de 17 preguntas abiertas las cuáles se dividen en 3 vertientes:

el ambiente familiar, el escolar y con respecto a la terapia psicopedagógica. Siendo las contestaciones del material referido por la madre.

*Familiar

1.- ¿Cuántos miembros son en la familia?

Somos 5, pero vivimos junto con mi suegra y mis dos cuñados que están solteros pero en el piso de arriba.

2.- ¿Cuál es la relación de usted con su esposo?

Pues ahora ya nos llevamos bien, porque antes yo era muy sumisa y cuando nos peleábamos yo lloraba, pero ahora ya no, ya no me dejo y le contesto y como ve que le contesto ya no me dice nada y ha cambiado su forma de ser conmigo y nos llevamos bien. A mi me gusta platicar con él, y le digo que tiene que cambiar su forma de tratar a los hijos porque siento que es muy duro además de que yo veo que le cuesta trabajo expresar lo que siente.

Nos ayudó mucho asistir a terapia de pareja.

3.- ¿Cuál es la relación entre hermanos?

Siento que ya han mejorado por que antes se peleaban mucho mi hijo el mayor con Rosario, se molestaban, mi hijo siempre la regañaba; con la chiquita casi no se mete mi hijo, pero ella sí porque dice que no le hace caso.

4.- En general ¿cuál es la relación entre todos los miembros de la familia?

Normal como cualquier familia, no somos perfectos.

5.- ¿Han asistido a alguna terapia familiar?

Si, primero vino Rosario a terapia individual, después solo mi esposo y yo a terapia de pareja y al último todos a terapia familiar

6.- ¿Cuál es el comportamiento que tiene en casa?

Pues a veces me ayuda con el quehacer de la casa, es cooperativa, cuando estamos todos en la casa busca mucho a su papá, lo quiere mucho, se preocupa por él y más cuando sale a trabajar y no llega temprano se angustia y ya le está hablando por teléfono.

7.- ¿Padece su hija algún tipo de problema de salud?

Tiene asma, ya está controlada, en una ocasión se me puso muy mal porque se metió a un río y el agua estaba helada y en la noche le dio una crisis.

8.- ¿Toma algún tipo de medicamento?

Para el asma toma salbutamol, antes tomaba carbamacepina para que se concentrara pero ya no.

9.- ¿Cuál fue el motivo por el cual la trajo al hospital?

La traje por que no sabía leer ni escribir y ya tenía 9 años, solo escribía su nombre pero mal, ponía "Osari Sairoso Esere" entonces a mí se me hacía raro, pero una amiga que trabaja aquí me recomendó que viniera.

10.- ¿Qué diagnóstico le dieron?

Pues solo me han dicho que es de lento aprendizaje, la escuela no me ha pedido ningún resumen de aquí.

11.- ¿A qué otra terapia asiste?

Lleva como 7 meses en lenguaje y cuando la den de alta aquí con ustedes se va a terapia conductual.

12.- ¿Por qué asistirá a terapia conductual?

Porque es poco participativa, le da pena, es poco sociable.

*ESCOLAR

13.- ¿Cuál es su rendimiento escolar?

Pues va mal en historia, no le gusta, le aburre, en español y en matemáticas más o menos.

14.- ¿Cuál es su comportamiento en la escuela?

Participa poco, obedece a la maestra

15.- ¿Recibe apoyo del equipo de USAER?

No, no hay, bueno el director me dijo que iba a llegar una maestra que los iba a apoyar y que es de USAER pero no ha llegado.

16.- ¿Qué dificultad ha visto usted respecto a su aprendizaje?

Pues yo lo ví desde que entró a segundo, porque no sabía leer ni escribir y repitió segundo pero porque yo le dije a la maestra que no la pasara, pero le volvió a tocar la misma maestra y mejoró un poquito pero yo siento que no iba bien, hasta llegué a sentir de que la consentían y por eso la pasaban de año.

Fue hasta que iba en tercero cuando ya sabía leer pero no tan bien como sus compañeros.

En este año en los exámenes anteriores a los finales, bajó mucho de calificaciones y fue porque se dejó de hablar con su única amiga y hasta la llegué a ver muy deprimida.

17.- ¿Qué ha hecho la escuela?

Pues solo nos han apoyado a las faltas que tiene para venir aquí, pero de ahí en fuera no ha hecho nada, yo creo que la maestra no es buena y ojalá no le toque el siguiente año, porque esta es la tercera vez que le toca y a de ser por eso de que no avanza.

CASO 3

Expediente clínico

DATOS PERSONALES

Nombre: N.U.S.R.

Edad: 11 años

Fecha de Nacimiento: 09 Febrero 1996

Expediente no. *****

Fecha de ingreso 03 Noviembre 04

I.- Motivo de Consulta

“No ha podido aprender a leer, es muy distraído, es muy inquieto, le pega a sus hermanos, está muy irritable, hace muchos berrinches, roba dinero.” (sic.) Madre.

II.- Resumen interrogatorio, examen mental, exploración física.

Originario de Guadalajara, radica en el D.F. hace 2 años, proviene de familia desintegrada x separación de los padres. El padre es farmacodependiente, agresivo verbal y físicamente, la madre se separa de él trayendo consigo a sus 4 hijos de 9,8,5 y 4 años al D.F.

A los 2 años presenta espasmo de sollozo y lenguaje hablado. Desde la infancia se nota inquieto, impulsivo, no media el peligro, berrinchudo, en el kinder golpeaba a sus compañeros, distraído, no termina sus trabajos, a partir de la separación se torna más agresivo (más con la madre) con golpes e insultos, robos en la escuela, desobediencia, en una ocasión notan que fumaba cigarrillo con un compañero, miente con frecuencia evadiendo responsabilidades, olvida útiles.

Lo notan ansioso, hiperorexia, conductas compulsivas. Por otro lado, notan que no logra aprender el alfabeto, no sabe leer ni escribir más allá de algunos bisílabos, su rendimiento escolar en general es bajo. De la escuela es canalizado al DIF y de ahí a este hospital.

Antecedentes personales no patológicos.- familia desintegrada por separación de los padres hace 2 años, radicaba en Guadalajara, actualmente en el D.F. Se refiere que el padre es controlador, maltrataba física y verbalmente a la madre y a los hijos. Noel mostraba especial apego al padre, refiere la madre que era “El favorito de su padre”. Desde la separación no ven al padre. Viven en casa de tía materna. Hay mal manejo de límites.

III.- Impresión Diagnóstica

Trastorno Ts. específico de la lectura

Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos.

Trastorno Ts. Depresivo leve.

Tratorno Ts. hipercinético disocial

TDAH

Tratamiento.- Se difiere tratamiento farmacológico. Se canaliza a psicodiagnóstico y C. Conducta.

IV.- Historia del desarrollo

Desarrollo escolar

Acude al kinder donde hay constantes quejas de su impulsividad de golpear a sus compañeros, de no hacer la tarea, actualmente en 2do. de primaria de escuela regular, persisten alteraciones conductuales, se quejan constantemente de inatención, de impulsividad, baja calificaciones, no logra aprender a leer y a escribir.

V.- Plan terapéutico y comentarios.

Se canaliza a psicodiagnóstico para valoración de procesos cognoscitivos en clínica de la conducta.

VI.- Notas de evolución

08/noviembre/04 Clínica de la Conducta

Se entregan cuestionario y recomendación para maestros, plática de información y curso de orientación. Envió a escuela de padres (21 sep. 05).

03/febrero/05 Evaluación psicopedagógica

Es un niño egocéntrico, inseguro, con baja autoestima, se observa poca estimulación de su medio, cuando se le apoya puede dar más.

Escritura.- Soporte múltiple, trazo invertido, nivel caligráfico silábico-alfabético. No ha adquirido la lecto-escritura del todo.

Ingresa al Bloque Psicopedagógico Escolares en febrero 05

20/mayo/05

Ya asiste a Tx, Psicopedagógica, empieza a trabajar en la escuela, ya apunta tareas y las hace sin que le digan y con gusto.

11/agosto/ 05

Pasó a 3er grado con promedio de 6.1. Refiere la madre que continúa irritable, opositorista y en ocasiones desafiante, particularmente con ella. En la escuela mejoró significativamente con el apoyo psicopedagógico por lo que pasó de año, pero aun es deficiente.

14/octubre/05 Bloque Psicopedagógico Escolares

En un principio era un niño poco expresivo, casi no habla y requiere supervisión para realizar tareas. Actualmente es un chico más contento y seguro, ya es espontáneo. Se ha visto evolución lenta pero buena. Ya escribe enunciados sencillos, nivel alfabético no consolidado, mejoró su lectura, es más fluida. Se observa sobrepeso mayor.

07/Febrero/06 B.P.E.

En la revaloración de enero se observa todavía fallas en la escritura no ha sido consolidado del todo, problemas con la discriminación auditiva fonética, inversión d x b y omisiones. Su lectura es más fluida pero lenta. Hay mejor socialización y confianza en sí mismo.

Evaluación diagnóstica

Ficha de identificación

Nombre: N.U.R.S.

Edad: 11 años

Grado: 6to.

Fecha de Nacimiento: 09 febrero 1996

No. de expediente: xxxxx

Motivo de consulta

Lo trae su madre por recomendación de un psicólogo, ya que en la escuela lo reportan por inatención y distraerse fácilmente y por problemas de aprendizaje.

Actitud observada

Se presenta puntual a la cita acompañado de su madre en buenas condiciones de aliño y aseo personal, viste ropa acorde a su edad y sexo.

Cuando se le pregunta que si sabe el motivo por el cual asiste al hospital, menciona “Me cuestan las matemáticas, se me olvidan las tablas de multiplicar” (sic) N.U.R.S. Conoce datos de sus padres, su mamá es ama de casa y su papá trabaja como albañil. Sobre datos específicos menciona su domicilio completo y el nombre de su escuela.

Menciona que le gusta el fútbol y juega en un equipo, tiene 9 amigos y Allan es su mejor amigo.

Enumera los días de la semana y meses del año correctamente, conoce adecuadamente lateralidad (izquierda- derecha) y hacia otra persona. Identifica aspectos espaciales donde menciona objetos presentes y buena ubicación en esquema corporal.

Durante la sesión se observa tranquilo pero en ocasiones desatento, con poca comunicación con la terapeuta, con poca tolerancia a la fatiga pero a pesar de eso tiene adecuada cooperación y disposición ante las actividades.

Dibujo de la Figura Humana

El dibujo cuenta con todos los elementos esperados para su edad. Aparecen indicadores emocionales como el dibujar una figura grande, con brazos cortos y piernas juntas, lo cual puede indicar y estar asociada con falta de límites, dificultad en control de impulsos y dificultad para conectarse con los demás.

Habilidades académicas

*Escritura

Es diestro, la posición de la pinza es adecuada, coloca la hoja de forma recta, su postura es recostada sobre la mesa, se acerca mucho a la hoja, usa lentes pero no los llevó a la sesión. El tamaño de la letra es mediana, legible con trazo en ocasiones fuerte, el nivel de aproximación es alfabético.

En la escritura libre, su texto describe a la persona que dibujó y solo presenta errores ortográficos como el poner y x i, s x c y v x b.

El dictado, lo realiza con buen ritmo, presenta errores ortográficos como el poner y x ll, s x x, v x b y omitir constantemente la h, con mal manejo de minúsculas y mayúsculas, tiene la capacidad de auto corregirse subrayando las palabras mal escritas, pero aun así las escribe mal, la recuperación de la información se da por medio de preguntas específicas, lo menciona contestando en primera persona.

Con respecto a la copia presenta buen rastreo visual, tarda en realizarlo se le nota cansado y toma mucho tiempo para realizarlo, copia palabra por palabra, se apoya en ocasiones guiándose con el dedo; su copia presenta errores ortográficos como el poner v x b y omitir la h.

En general en su escritura junta las palabras, a simple vista no se nota la separación entre cada una.

*Lectura

Presenta un nivel de aproximación silábico, con volumen y ritmo lento, el nivel de recuperación de la información es buena cuando se le apoya con preguntas específicas.

*Cálculo

Conoce el concepto y procedimiento de +, - y x llegando a realizarlas sin presentar errores de conteo, solo presenta un mal manejo en la posición y colocación cuando se le dictan las operaciones, se pudo percibir la falta de memorización en las tablas de multiplicar y la falta de consolidación del procedimiento en las divisiones. En el dictado de cantidades logra escribirlas hasta unidades de millar, pero presentando dificultad en el manejo de ceros; se le brinda apoyo para realizar antecesor y sucesor de cifras numéricas, así como también en el valor y posición en el S.N.D. Presenta dificultad en la resolución de problemas de razonamiento lógico.

Entrevista

Es desobediente en casa, a veces me ignora cuando le hablo, además siempre quiere todo a cambio de nada” sic Madre.

La relación con su padre es mala, por lo que el menor presenta enuresis desde que era pequeño. Es independiente en muchas cosas, cuando tiene hambre se hace de comer (sic) Madre.

Impresión diagnóstica

Menor de 11 años, actualmente cursa 4to año,. Impresiona con un C.I. por abajo del promedio, se detecta que presenta mayor dificultad en el área de cálculo, por no tener consolidado aspectos matemáticos a comparación del área de lecto-escritura, en donde sólo presenta dificultad en aspectos de organización y algunos errores de regla.

Sus dispositivos básicos de atención, memoria y motivación no están funcionando adecuadamente por lo que es necesario el apoyo en casa.

Sugerencias

-Regularización

-Ingresar a terapia de grupo los días martes a partir del 10 de enero, con la Psic. Juana Bravo Delgado durante 24 sesiones para concluir el ciclo escolar.

-Entrevista-

Ficha de identificación

Paciente identificado: N.U.S.R

Fecha de nacimiento: 09 febrero 1996

Edad: 10 años

Sexo: masculino

Grado escolar: 3er. Año.

Cursos o materias con bajo rendimiento: Español y matemáticas

Nombre de los padres o tutores:

Madre: Esther Sánchez

Ocupación: ama de casa.

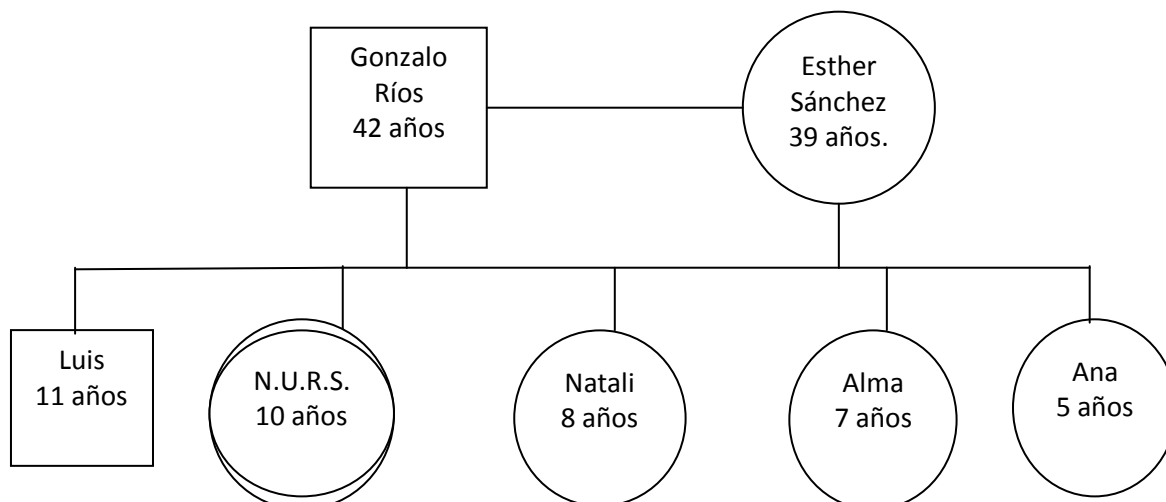
Padre: Gonzalo Ríos

Ocupación: albañil

Lugar de entrevista: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Nombre de la entrevistadora: Erika Joana Ruiz Sánchez.

FAMILIOGRAMA



La siguiente entrevista consta de 17 preguntas abiertas las cuáles se dividen en 3 vertientes:

el ambiente familiar, el escolar y con respecto a la terapia psicopedagógica. Siendo las contestaciones del material referido por la madre.

FAMILIAR

1.- ¿Cuántos miembros son en la familia?

Somos 6, ya no vivimos con el papá, tuvimos problemas allá en Guadalajara y me escapé, me vine hace 3 años.

2.- ¿Cuál es la relación de usted con su esposo?

Nunca nos llevamos bien, el tiene un carácter muy fuerte y difícil, peleábamos mucho. Todo el tiempo estábamos enojados.

3.- ¿Cuál es la relación entre hermanos?

Pelean mucho, pero siempre se buscan, siempre quieren estar juntos, se extrañan.

4.- En general ¿cuál es la relación entre todos los miembros de la familia?

Ahora que ya no ven a su papá, nos unimos mucho, todos colaboramos en la casa.

5.- ¿Han asistido a alguna terapia familiar?

Sí, pero por poco tiempo, ahorita solo vengo a terapia grupal.

6.- ¿Cuál es el comportamiento que tiene en casa?

Es geniuado, reniega pero hace las cosas, es corajudo, antes hacía gruñidos y varios sonidos cuando se enojaba, ahora ya le ha bajado mucho a su carácter, ya no es tan agresivo, porque antes hasta me pegaba.

7.- ¿Padece su hija algún tipo de problema de salud?

No, ninguno.

8.- ¿Toma algún tipo de medicamento?

Pues la doctora le receto Tradea, pero no le he dado la dosis que me decía, eran varias pastillas al día y solo le daba la mitad y ya después le daba una entera. También toma Concerta y a veces se lo doy, es caro y ahorita tengo problemas económicos.

9.- ¿Cuál fue el motivo por lo cual lo trajo al hospital?

Pues desde chiquito era muy agresivo, su papá lo consentía mucho y dejaba que hiciera lo que quisiera, se hacía del baño, no se podía controlar. Lo traje hasta ahorita porque su papá no era partidario de que lo atendieran, para él no era necesario y que eso no era de gente normal.

10.- ¿Qué diagnóstico le dieron?

Me dijeron que tiene TDAH y problemas de aprendizaje.

11.- ¿A qué otra terapia asiste?

Solamente aquí con ustedes, me dijeron que después iba a entrar a terapia conductual, pero todavía no me dan cita.

12.-¿Por qué asistirá a terapia conductual?

Porque es agresivo y no habla, no socializa.

*ESCOLAR

13.- ¿Cuál es su rendimiento escolar?

Le cuesta mucho las matemáticas y por lo mismo no hace las tareas y español porque no le gusta escribir, antes tenía letra bonita y ahorita no, todas las letras las hace grandes y feas y porque no lee bien.

14.- ¿Cuál es su comportamiento en la escuela?

No habla con nadie, no convive con sus compañeros, no hace tareas, se distrae mucho y no termina los ejercicios que le deja la maestra. Sus calificaciones son malas.

15.-¿Recibe apoyo del equipo de USAER?

No, en esta escuela no hay ese apoyo.

16.-¿Qué dificultad ha visto usted respecto a su aprendizaje?

No termina las tareas y ejercicios, le cuesta mucho las restas. No lee bien, es muy lento y cuando le pregunto qué leyó, no se acuerda de nada.

17.- ¿Qué ha hecho la escuela?

Nos apoya mucho con las faltas que tiene por asistir aquí. La maestra nos pregunta de los avances en la terapia y lo ayuda mucho. Dice que ha mejorado y que no lo saquemos del hospital.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto que tienen las actividades basadas en las inteligencias múltiples (verbal-lingüística, lógico matemática e interpersonal) en los niños que presentan dificultades en su aprendizaje y que asisten de manera ambulatoria al hospital psiquiátrico infantil?

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar el desarrollo de las actividades basadas en las inteligencias múltiples (verbal-lingüística, lógico matemática e interpersonal), que se realizan en las sesiones psicopedagógicas, en niños que asisten de manera ambulatoria al hospital psiquiátrico infantil.

Objetivos específicos:

- Elaborar y desarrollar una propuesta de actividades, basadas en las inteligencias múltiples, tomando en cuenta las necesidades de los menores.
- Llevar a cabo la propuesta de actividades.
- Realizar registros de evaluaciones durante y al finalizar las actividades.
- Otorgar un informe final correspondiente a cada menor.
- Aplicar una entrevista a los padres de familia al término de las sesiones.

4.5 Planeación de actividades

La estructura operativa, está basada en el Programa Pedagógico para el Desarrollo de las Inteligencias Múltiples, el cual contribuye en el desarrollo de habilidades de auto-formación y auto-transformación, como agentes de cambio, propiciando una visión esperanzadora y ética de sí mismos y de su interacción con la sociedad.

El propósito de dicho programa es, promover de manera flexible y creativa, el desarrollo integral de los menores, a través de la formación y fortalecimiento de valores, habilidades, conocimientos, hábitos y actitudes por medio del ejercicio de las inteligencias múltiples.

Se promoverá el reconocimiento, desarrollo y aplicación simultánea de las ocho inteligencias: Verbal-Lingüística, Lógico-matemática, Físico Cinestésica, Visual-Espacial, Musical, Intrapersonal, interpersonal y Naturalista.

Estas inteligencias, fueron consideradas por el psicólogo Howard Gardner (1983;26,27,28) quien desarrolló la teoría de las inteligencias múltiples, basándose en la creencia de que las personas aprenden de diferentes maneras, de acuerdo a sus habilidades.

Estableció ocho categorías en las que dividió la inteligencia, con estas clasificaciones, se demuestra que la inteligencia no es una sola y que las personas pueden ser inteligentes de distintas maneras.

Gardner (1983; 26,27) las describe

- Verbal lingüística.- Es la capacidad de utilizar palabras de manera efectiva ya sea de manera oral (historiador, orador o político) o escrita (poeta, escritor, editor o periodista).
- Lógico Matemática.- Es la capacidad de usar números de manera efectiva (matemáticos, contadores o estadísticos) y de razonar bien (como los científicos, programadores o Ingenieros).
- Físico cinestésica.- Es la habilidad de usar todo nuestro cuerpo para expresar ideas y emociones (como un actor, un mimo, un atleta o un bailarín) y la facilidad de usar

las manos para producir o transformar objetos (artesano, escultor, mecánico o cirujano)

- Visual espacial.- Capacidad para visualizar, representar gráficamente o espacialmente ideas o para orientarse adecuadamente en una matriz espacial, (como un decorador de interiores, un arquitecto, un artista o un inventor)
- Intrapersonal.- Es el conocimiento de uno mismo y la habilidad para actuar adaptándonos al mundo, con base en ese conocimiento.
- Musical.- Sensibilidad al ritmo, melodía y timbre o tono (color) de una pieza musical. Podemos tener un entendimiento global, analítico o técnico de la música
- Interpersonal.- Nos permite comprender a los demás y comunicarnos con ellos teniendo en cuenta sus diferentes estados de ánimo, temperamento, motivaciones y habilidades.
- Naturalista.- Es la capacidad que tenemos de distinguir, clasificar y utilizar elementos del medio ambiente, como pueden ser objetos, animales o plantas.

A su vez, se manejan una serie de indicadores, las cuales consideramos como aquellas manifestaciones observables en las actitudes y conductas de los menores, que muestran un indicio de evolución favorable en la formación de su carácter.

A continuación, se presenta el siguiente esquema, que ejemplifica dichas actividades.



Con respecto a la planeación de las actividades, se estructuró a partir de los datos arrojados por la evaluación diagnóstica, tomándose en cuenta las necesidades de los niños. Tiene la característica de ser flexible, ya que no cuenta con un seguimiento rígido de actividades, sino por el contrario, presenta un menú de actividades, el cual incluye una sugerencia de temas para adaptarse a las características de los menores con los que se trabajó.

Se pretende trabajar con las ocho inteligencias, pero se pondrá mayor énfasis en la inteligencia verbal- lingüística, lógico matemática e interpersonal, las cuales estarán enfocadas en el desarrollo de dinámicas de ejecución individual y de grupo.

El registro de las actividades se elaboró mediante el uso del cuaderno de planeaciones, el cual está integrada por la planeación mensual de actividades, que describe los siguientes rubros: temas a tratar, actividades que se llevarán a cabo, las estrategias para realizarlas, así como la evaluación basada en el énfasis de la inteligencia y de los indicadores. Y las dinámicas de desarrollo y aplicación de las inteligencias, donde se puntualizan el o los temas, que se desarrollarán en dicha sesión, así como todas aquellas actividades a emprender.

Posteriormente se habló con cada una de las psicólogas que están a cargo de los 3 diferentes grupos para establecer horarios, así como establecer reglas de trabajo.

Los horarios fueron de lunes a viernes de 9:00 am a 11:00 am.

A continuación se presentan las planeaciones, las cuales contienen: mes, el nombre del co-terapeuta y los objetivos esperados.

PLANEACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES

Mes: ABRIL

Co- terapeuta: ERIKA RUIZ

Objetivos:

- Desarrollar la concentración y atención en la ejecución de indicaciones.
- Fortalecer la práctica en la solución de operaciones básicas, con diversos significados de suma (agregar, unir, igualar), resta (quitar, buscar un faltante), multiplicación (suma iterada) y división (reparto)
- Desarrollar la imaginación espacial, a través del análisis del espacio físico de los objetos y figuras del entorno y su representación en el plano.
- Que los niños conozcan y utilicen estrategias para organizar, redactar, revisar y corregir textos de distinto tipo y complejidad.
- Saber expresar de forma oral sus sentimientos.

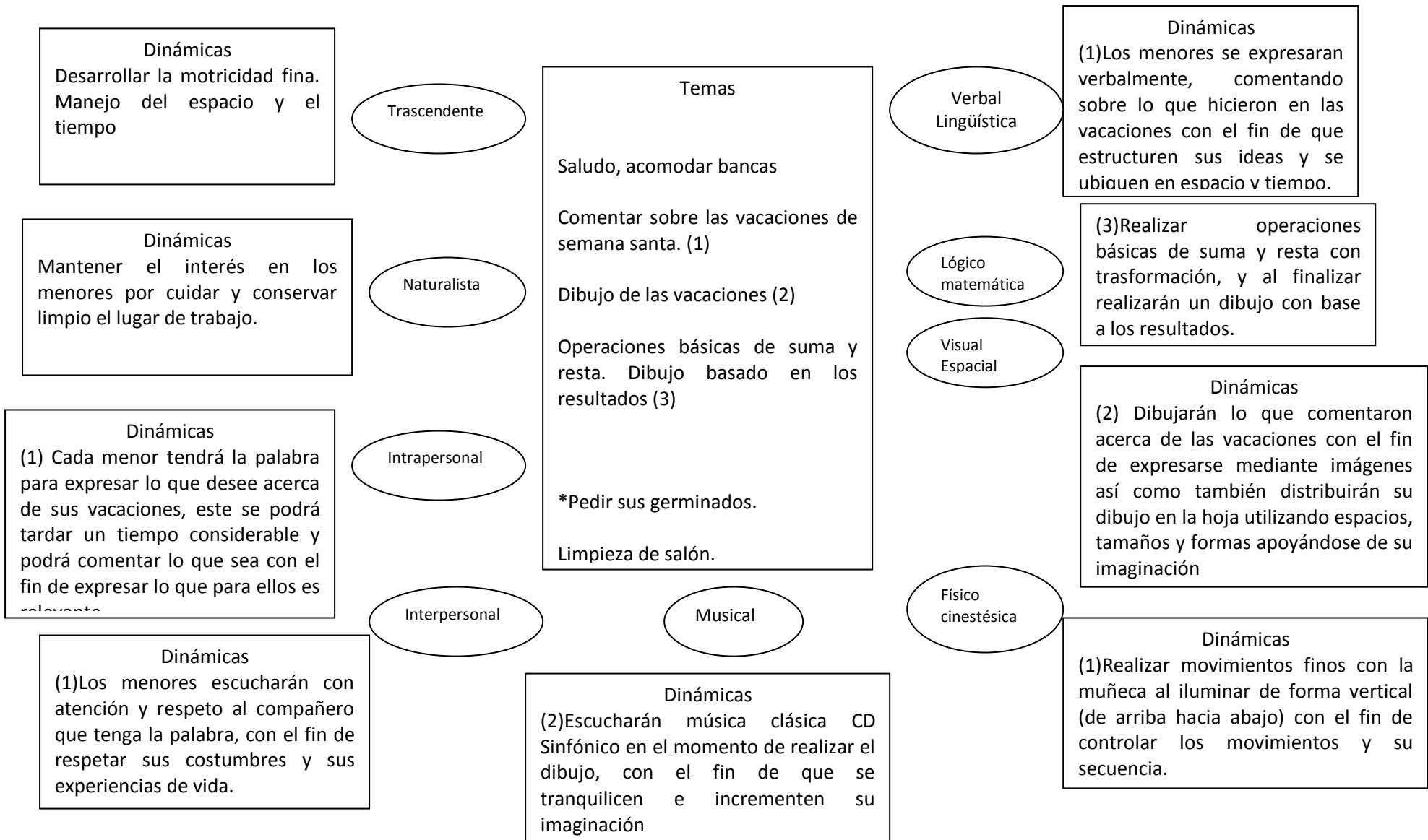
EVALUACIÓN

TEMA	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	ÉNFASIS EN INTELIGENCIAS	ÉNFASIS EN INDICADORES
Germinados	Observar el cuidado que le dieron a sus germinados así como su desarrollo.	Los menores cuidarán durante las vacaciones el desarrollo de su germinado. Se les dará instrucciones como: observarlo y tocarlo para saber el grado de humedad, y si es necesario ponerle agua y luz.	Naturalista Intrapersonal	Cuidado del medio ambiente.
Vacaciones de semana santa.	Comentar sobre las vacaciones.	De manera individual, cada menor mencionará qué es lo que hizo durante las vacaciones. Los menores tendrán que manejar tiempos y espacios.	Verbal /lingüística, visual espacial	Honestidad

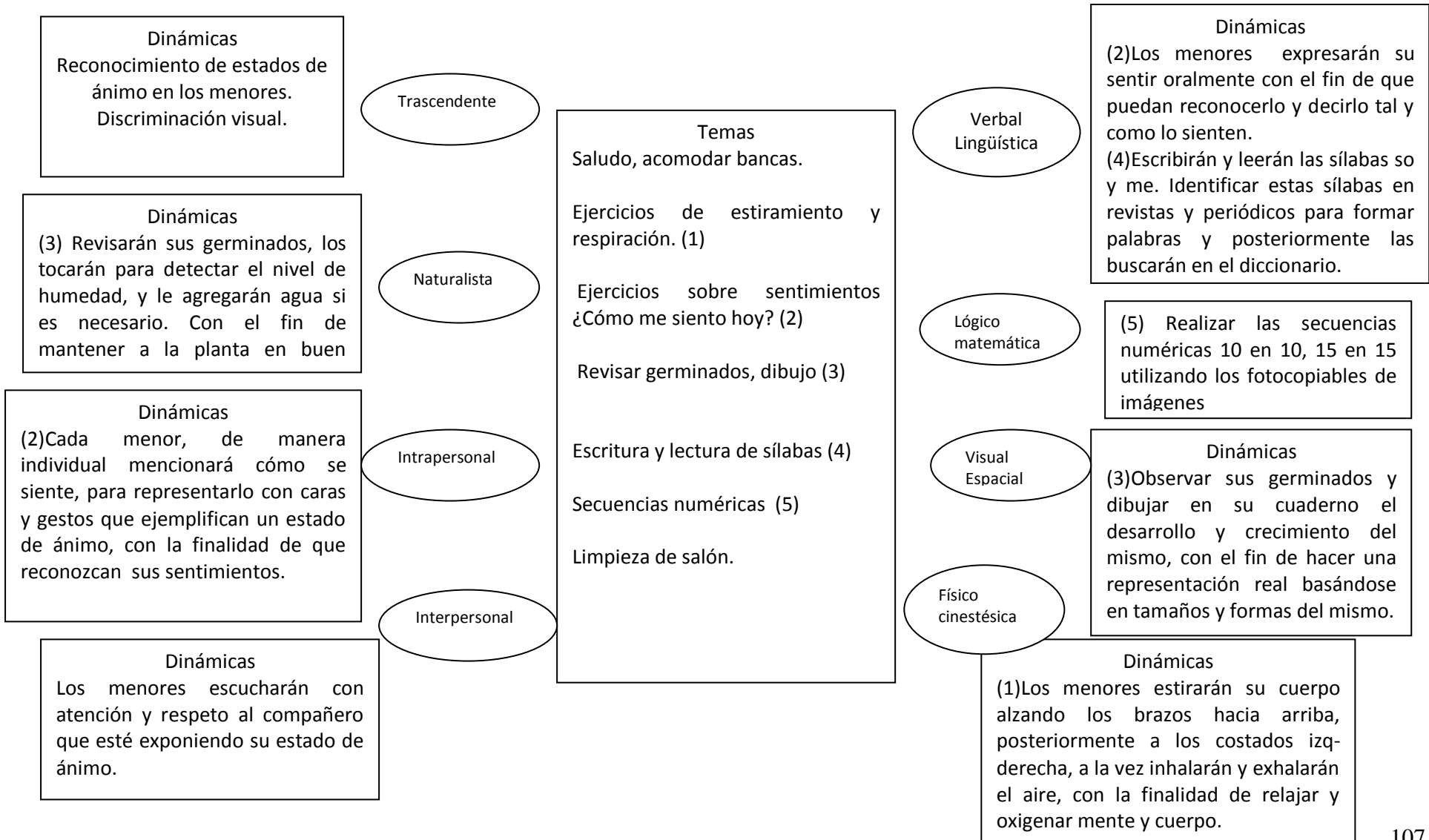
Ejercicio ¿Cómo me siento hoy?	De manera individual, los menores mencionarán en voz alta, cómo se sienten para que reconozcan sus sentimientos y lo sepan expresar	Se tomará un rango de medición, esto es mediante caritas de fomy que representan un estado de ánimo: alegría, tristeza, enojo, preocupación, la cuál escogerán y colocarán diariamente en una tabla.	Verbal /lingüística.	Autoestima Honestidad
Operaciones básicas de suma y resta.	Realizar operaciones de + y – de 2 y 3 dígitos	Asignación numérica a figuras geométricas que a su vez forman operaciones.	Lógico matemática	Desempeño escolar
Ejercicios de caligrafía	Ejercitar los movimientos finos de la muñeca	Realizar movimientos finos para mejorar su escritura. Te presento a memo que consiste en realizar óvalos unidos formándose una cara.	Visual espacial	Desempeño escolar
Gimnasia cerebral	Ejercicios de coordinación motora	Movimientos finos de la muñeca y dedos, coordinación en la ejecución de movimientos	Físico cinestésica	Desempeño escolar

Reforzamiento de lateralidad izq.- derecha	Ejercicios de coordinación motora	Manejarán la direccionalidad (izq-der) para formar el dibujo Movimientos finos de la muñeca y dedos, coordinación en la ejecución de movimientos.	Físico cinestésica	Desempeño escolar
Líneas y figuras geométricas, flechas	Reconocimiento de las mismas en forma y tamaños. Direccionalidad (derecha, izquierda, arriba, abajo)	Dibujar las figuras y líneas, distinguirlas y buscarlas dentro de una imagen	Visual espacial	Desempeño escolar
Convivencia	Convivencia grupal “Día del niño” Juegos grupales	Convivencia entre los miembros del grupo así como con todo el instituto. Juegos de competencia y destreza en donde interactúen y socialicen	Interpersonal e Intrapersonal.	Red de amigos, solución de conflictos, honestidad y generosidad.
Limpieza de salón	Mantener el interés en los menores por cuidar y conservar limpio el área de trabajo.	Separar en dos diferentes botes la basura orgánica de la inorgánica. Conservar limpio el salón.	Naturalista e interpersonal.	Cuidado del medio ambiente.

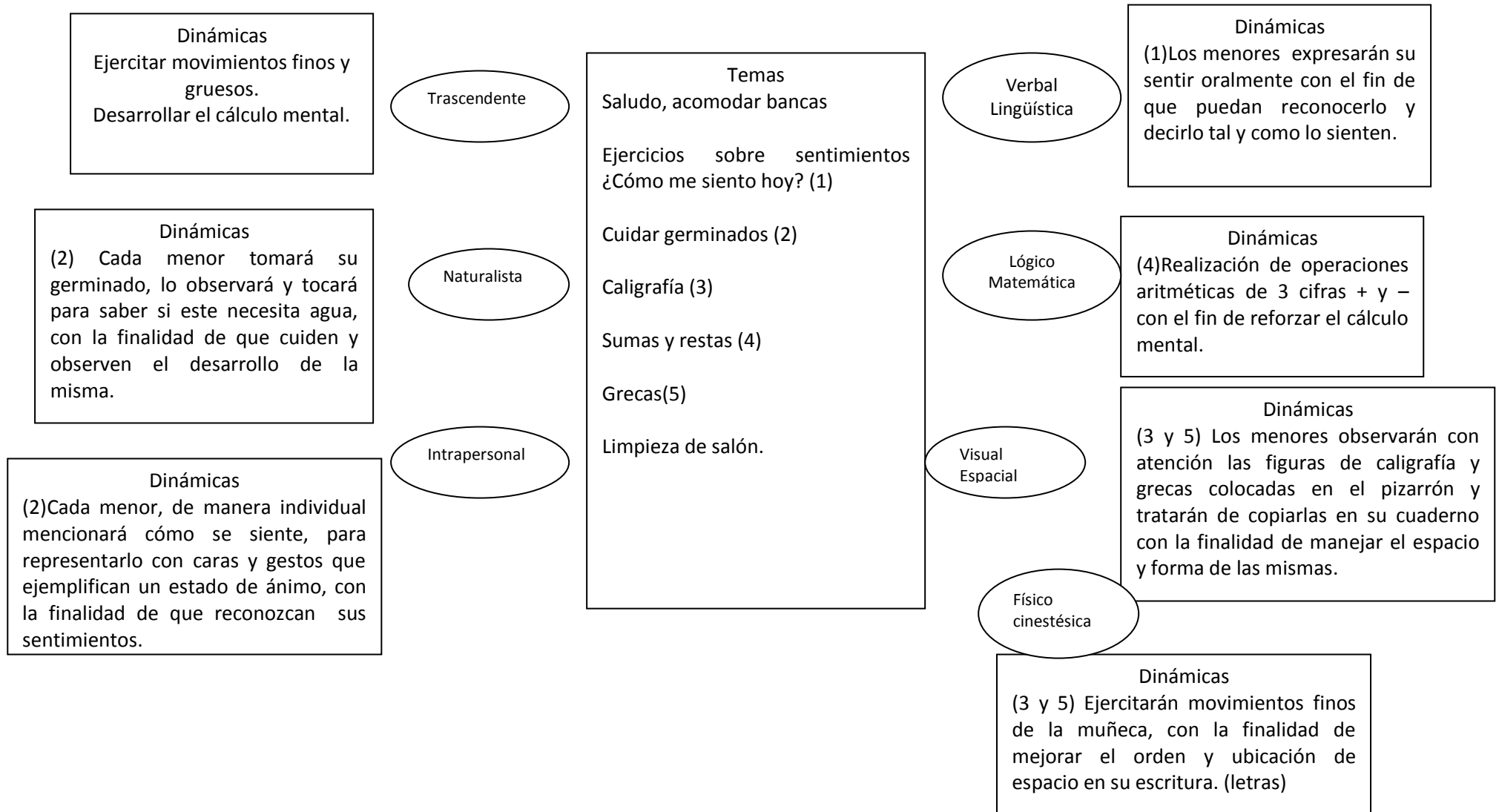
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



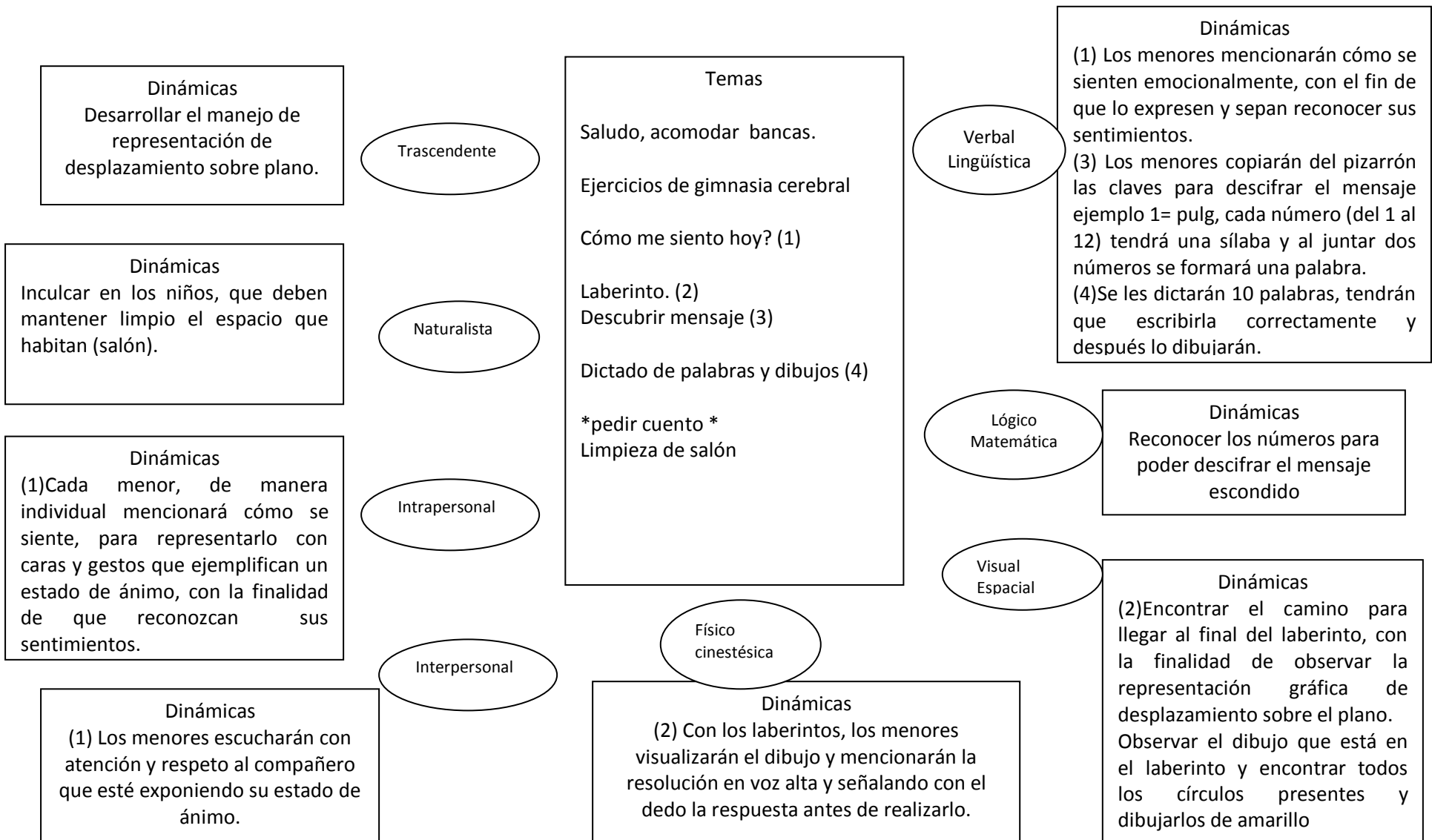
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



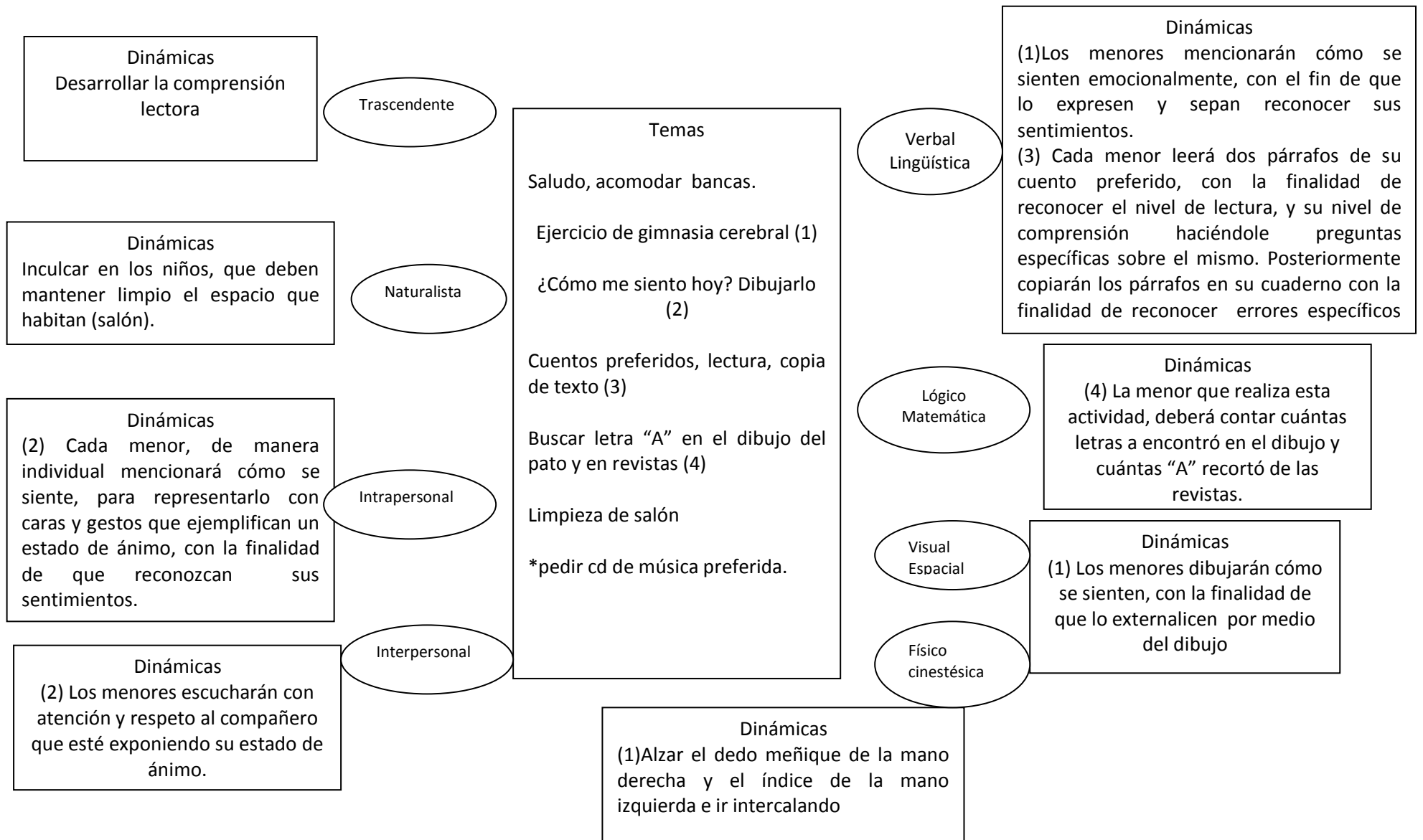
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



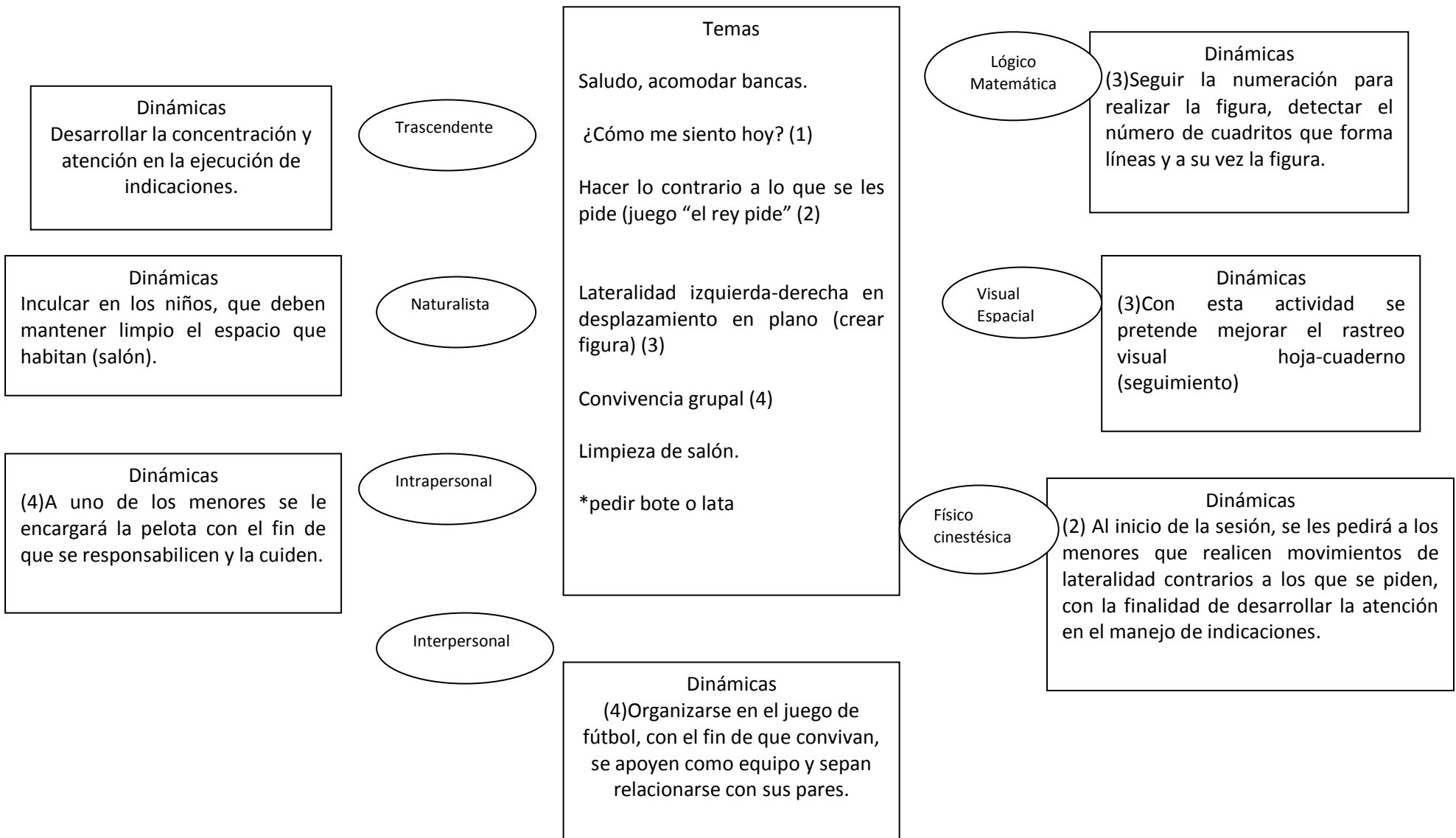
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



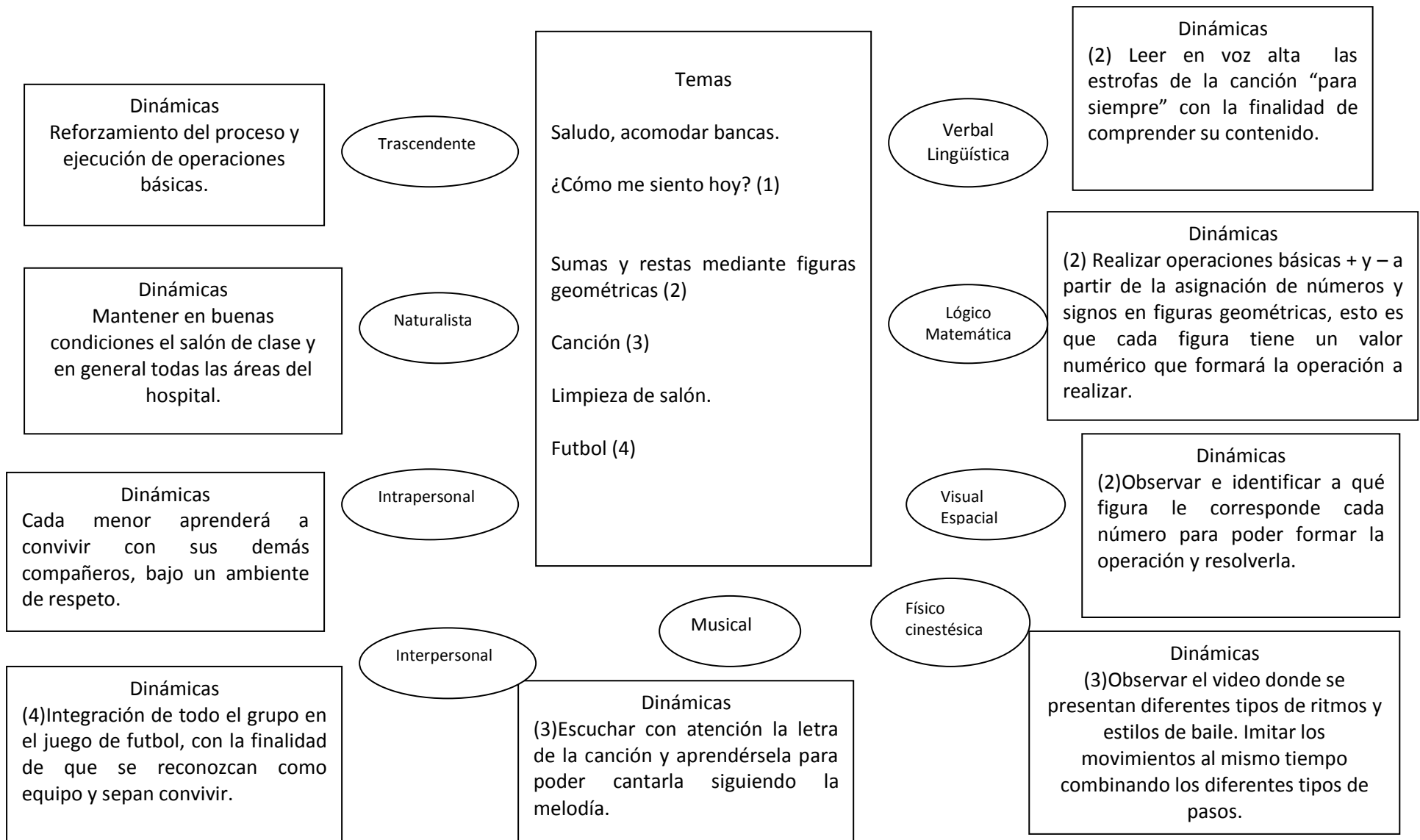
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



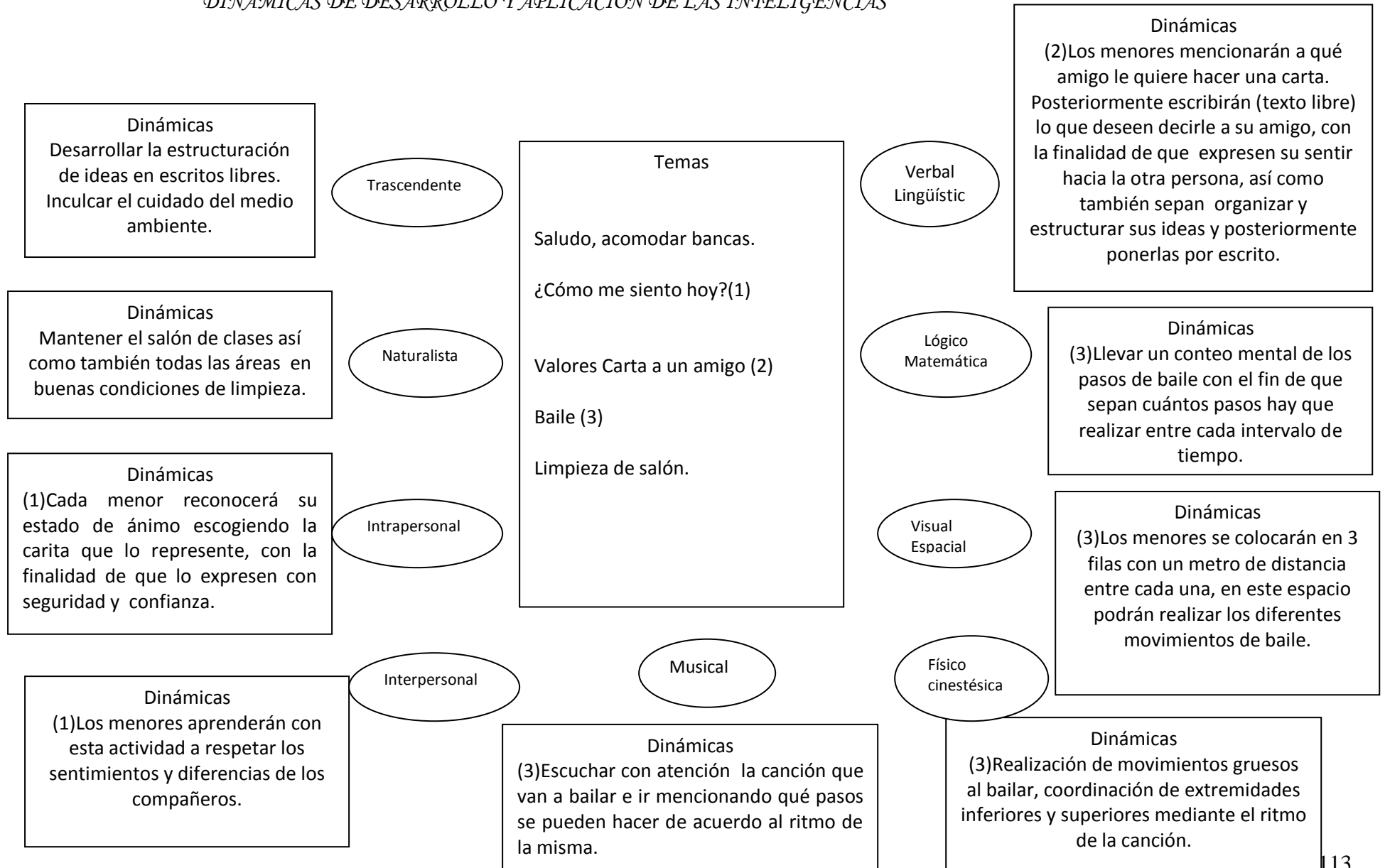
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



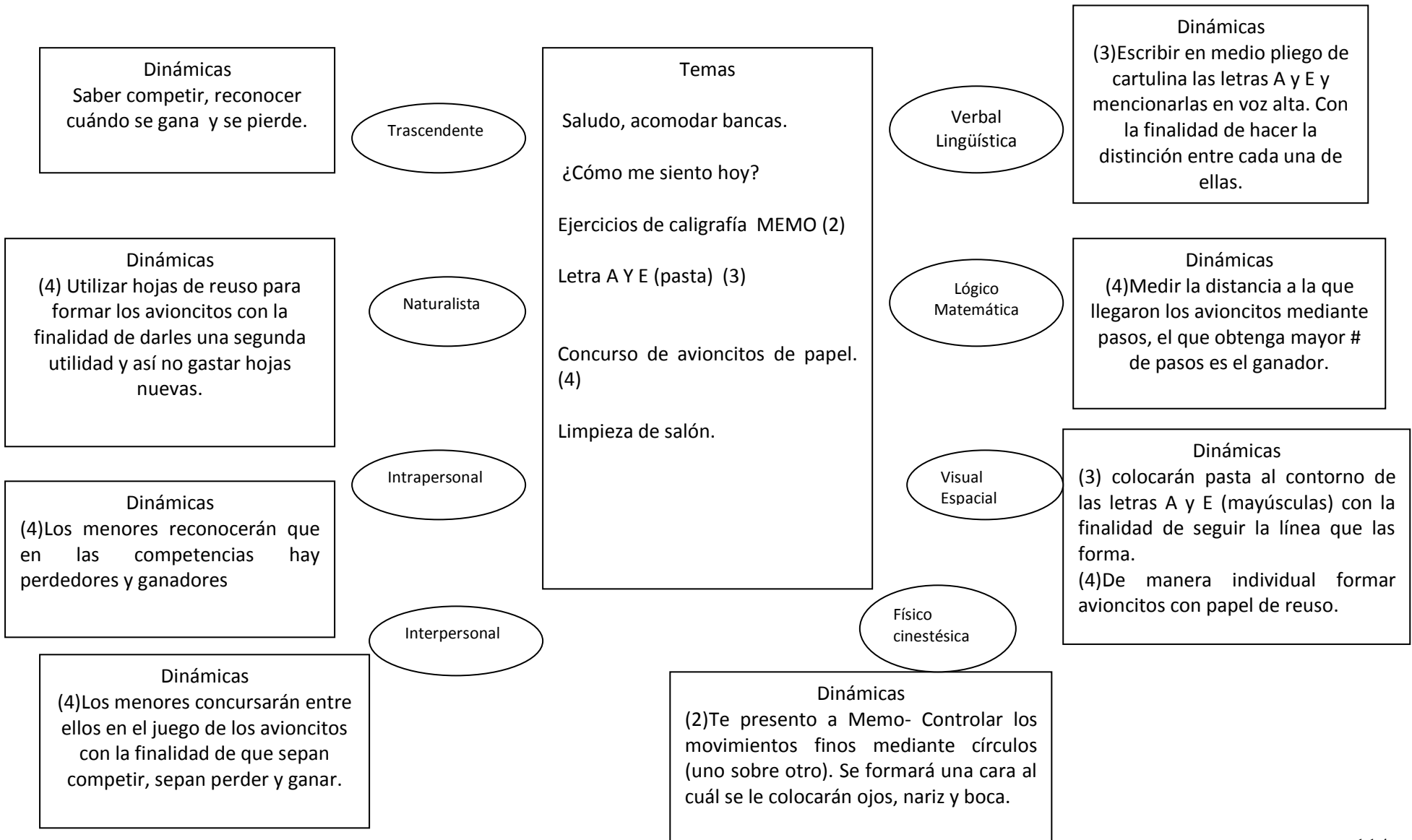
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



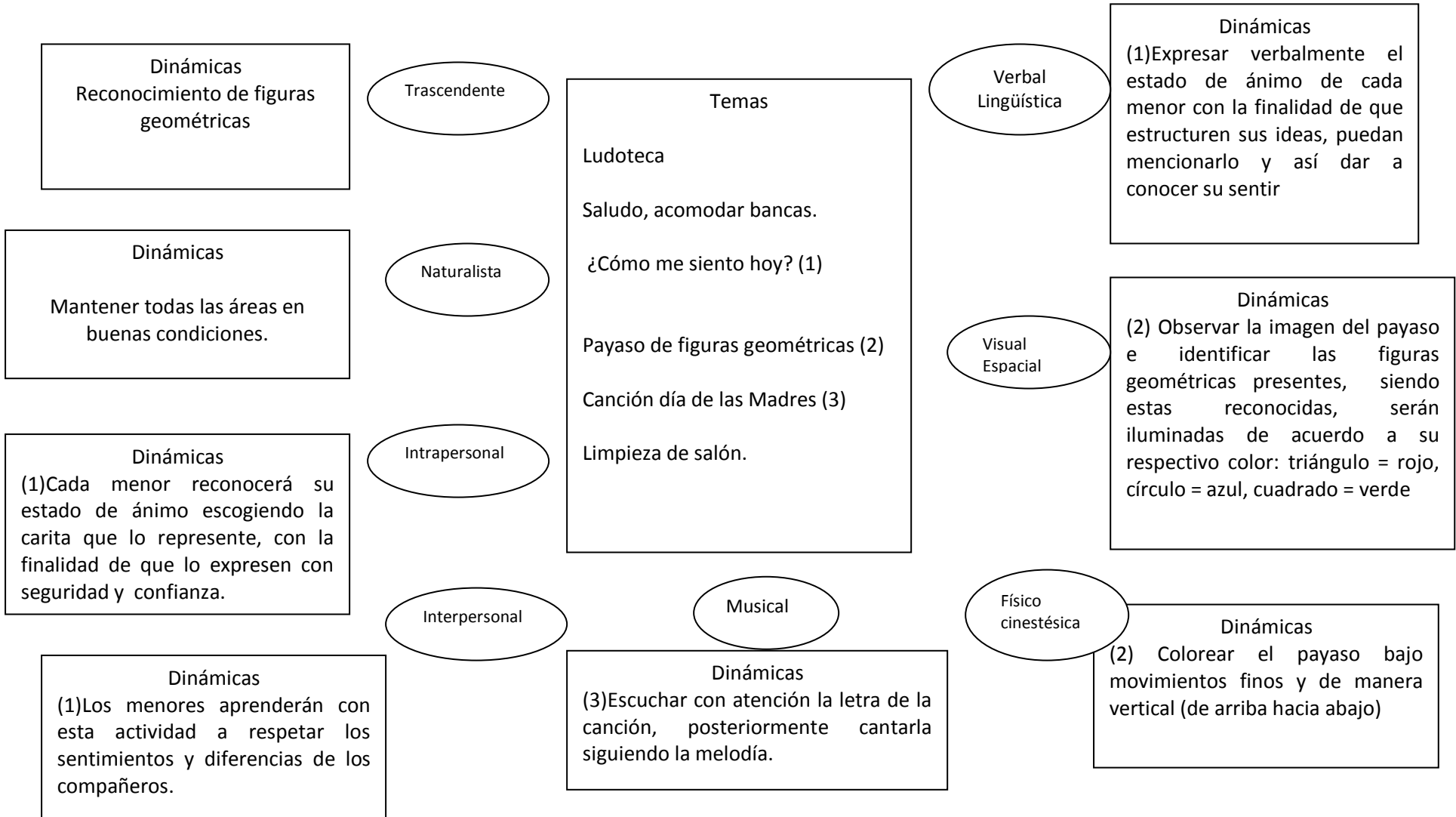
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



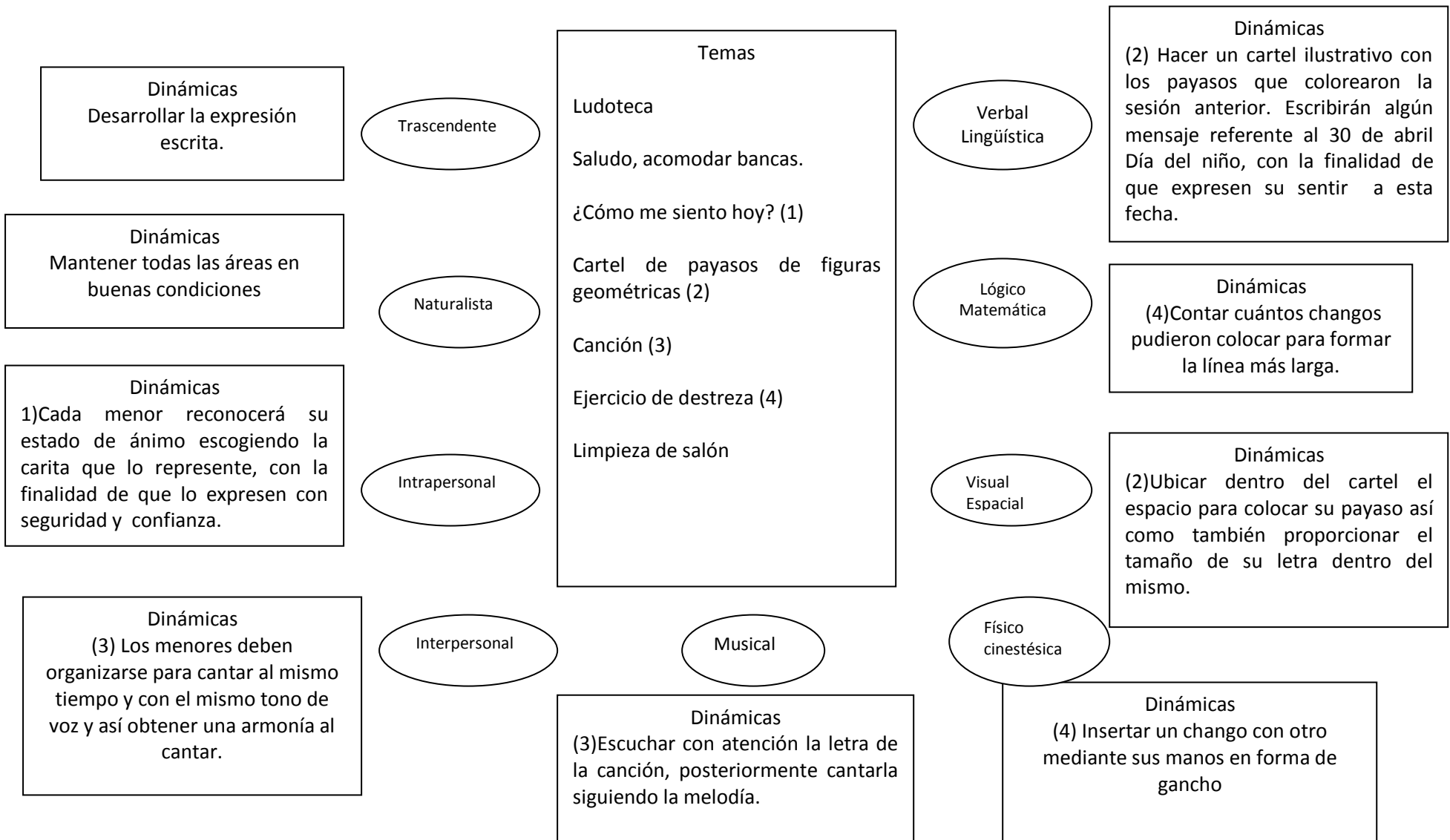
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



PLANEACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES

MES: MAYO

Co-terapeuta: ERIKA RUIZ

Objetivos:

- Que utilicen los distintos tipos de letra manuscrita (sript) en la producción de textos, y que diferencien a la escritura de otras formas de comunicación gráfica.
- Que los alumnos escuchen y comprendan la lectura de textos.
- Desarrollar la habilidad para leer, escribir, ordenar números.
- Que los alumnos utilicen las expresiones media hora y un cuarto de hora, que estimen la duración de sucesos cotidianos y comprueben sus estimaciones utilizando el reloj.

EVALUACIÓN

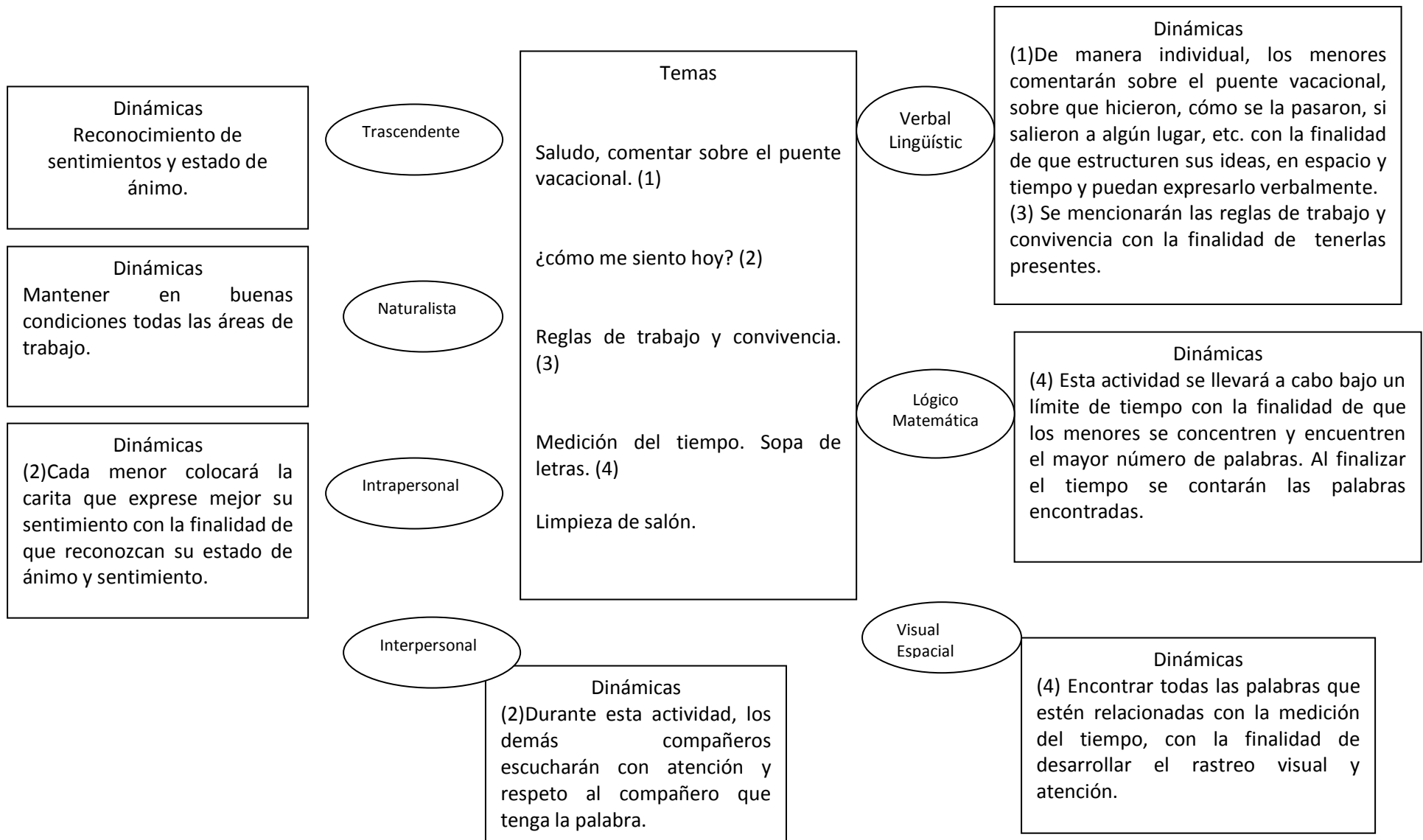
TEMA	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	ÉNFASIS EN INTELIGENCIAS	ÉNFASIS EN INDICADORES
Representación convencional de las letras	Manejo de letra sript de las letras p,l,s,m,d,t	Escritura correcta de las letras, en su cuaderno cuadriculado a cada letra se le asigna un espacio.	Verbal /lingüística, visual espacial	Desempeño escolar
Recreaciones literarias	Atención y seguimiento en la audición de textos	Lectura de Pisotón "Mony aprende a bañarse solita" Lectura en escucha con imágenes que representan a los personajes y la situación	Verbal /lingüística. visual espacial	Desempeño escolar
Situaciones	Adivinanzas	Se colocarán 3	Verbal /lingüístico	Desempeño escolar

Comunicativas		adivanzas en el pizarrón ,ellos las copiarán e intentaran descifrarlas. Las respuestas son referentes a animales.		
Los números- Introducción a los números ordinales.	Los números ordinales	Identificar los números cardinales y ordinales. Clasificación y discriminación de los mismos.	Lógico matemática	Desempeño escolar
Uso de términos cotidianos.	Uso de los términos: antes, después, ayer, hoy, mañana, tarde y noche en platicas sobre el fin de semana (temas libres)	Utilizar los términos de tiempo en todas las actividades relacionadas a la vida cotidiana. Estructurar ideas en la mente organizándolas con el tiempo y el espacio	Verba/ lingüístico	Desempeño escolar
Medición del tiempo	Uso del calendario (meses ,semanas y días) y el reloj	Reconocimiento de instrumentos de medición, Saber utilizar el reloj, conociendo la función de las manecillas del mismo. Se harán ejercicios relacionados al tiempo	Verbal/ lingüística, visual espacial	Desempeño escolar

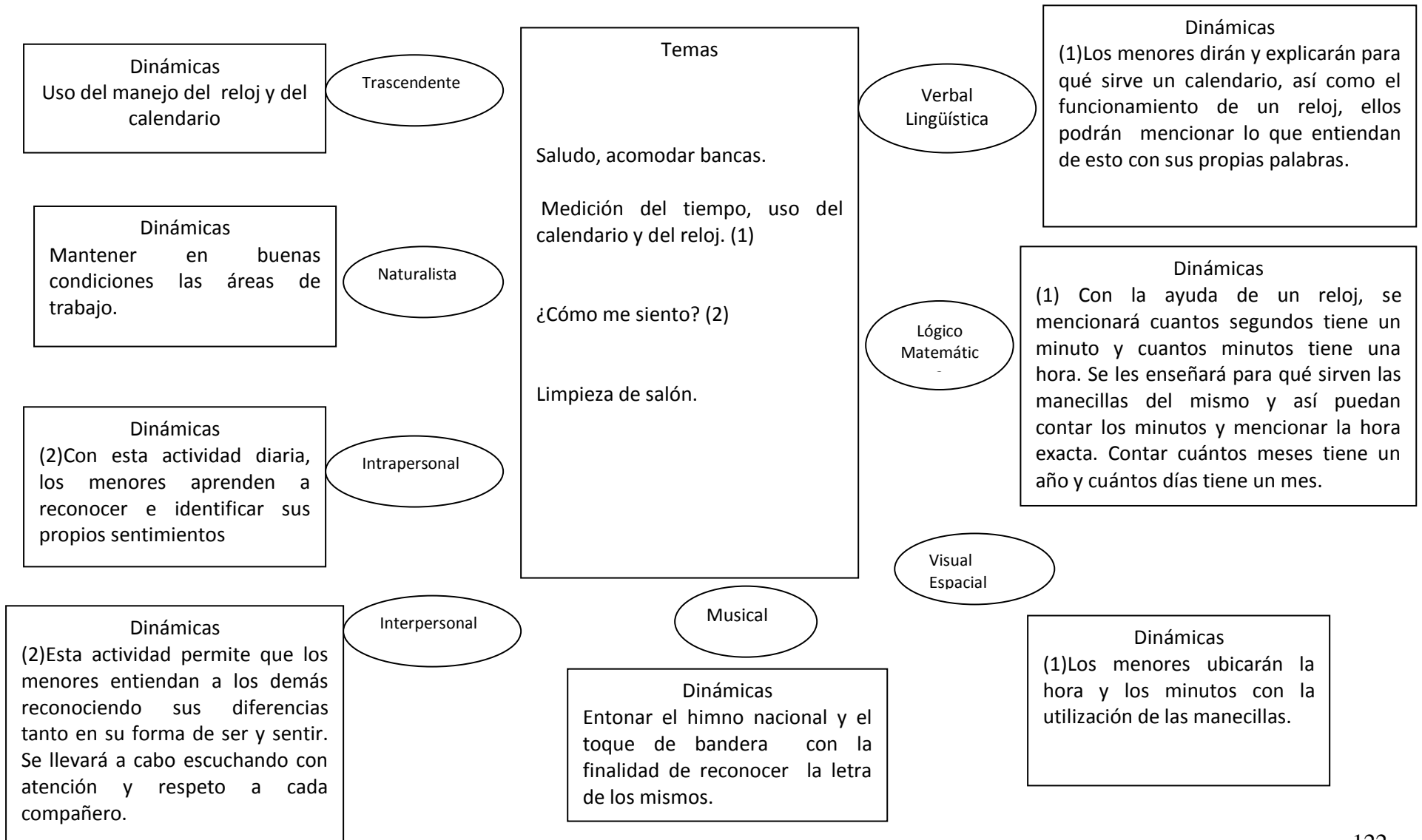
		como sopa de letras, utilización del calendario, reconocimiento de su función.		
Participación en juegos	“El mundo al revés” “Cambio de árbol”	Realizar estos dos juegos mencionando las instrucciones enfatizando la comprensión y transmisión de las mismas. Se mencionaran las reglas y la finalidad del mismo. Se utilizaran aros.	Físico cinestésica Interpersonal Intrapersonal.	e Red de amigos, solución de conflictos, honestidad y generosidad.
Gimnasia cerebral	Ejercicios de coordinación motora	Movimientos finos de la muñeca y dedos, coordinación en la ejecución de movimientos	Físico cinestésica	Desempeño escolar
Convivencia	Organización del festival del día de las Madres.	Organización del bailable, la canción y el poema dedicado a las madres. Baile: Spanish Girl Canción: Para siempre	Interpersonal Intrapersonal.	e Red de amigos, solución de conflictos, honestidad y generosidad.

Limpieza de salón	<p>Juegos grupales</p> <p>Mantener el interés en los menores por cuidar y mantener limpio el área de trabajo.</p>	<p>Poema: Mamita</p> <p>Convivencia entre los miembros del grupo, así como con todo el instituto.</p> <p>Separar en dos diferentes botes la basura orgánica de la inorgánica.</p> <p>Conservar limpio el salón, lavar bancas y sillas.</p>	Naturalista interpersonal.	e Cuidado del medio ambiente.
-------------------	---	--	----------------------------	-------------------------------

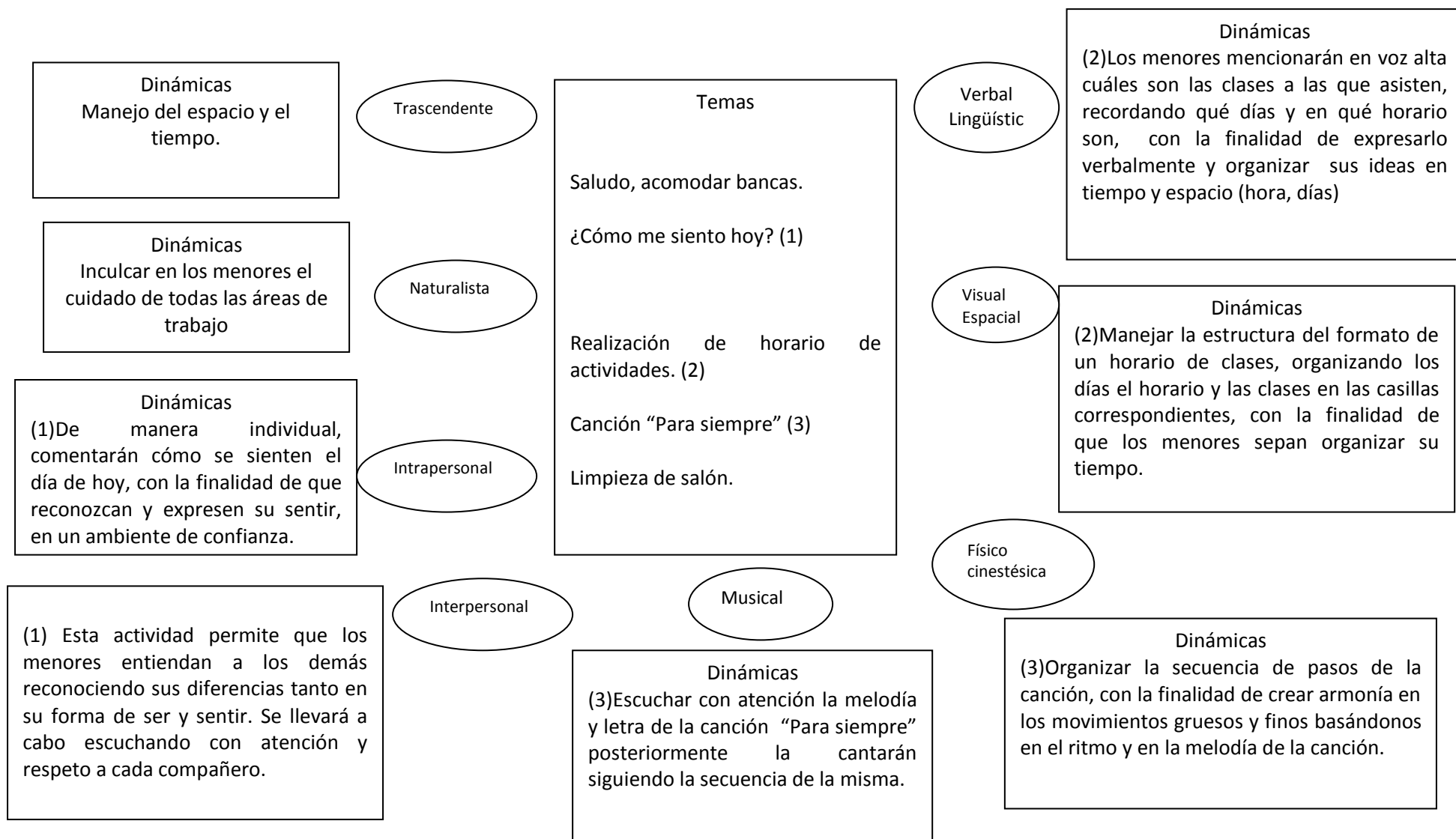
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



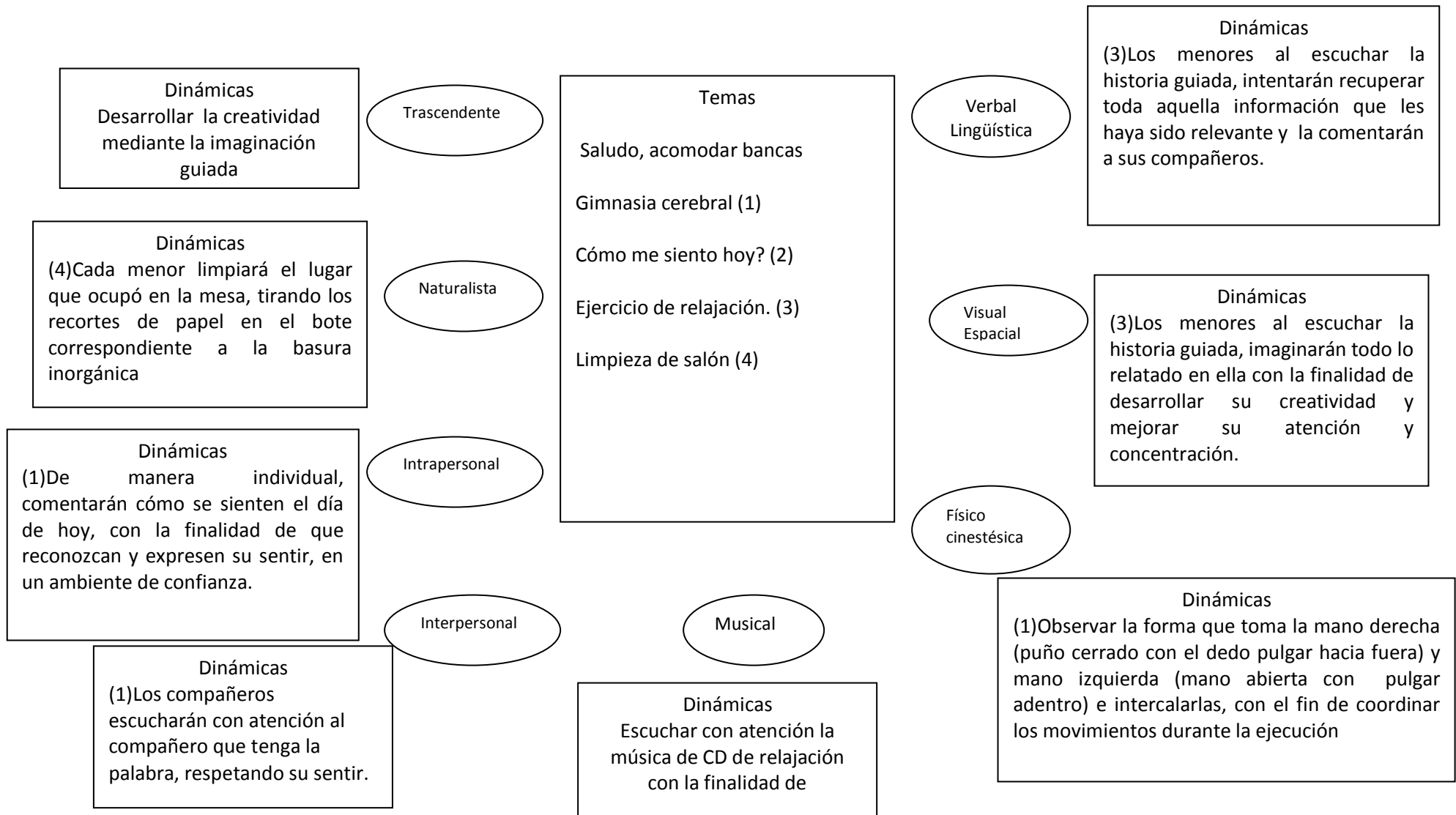
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



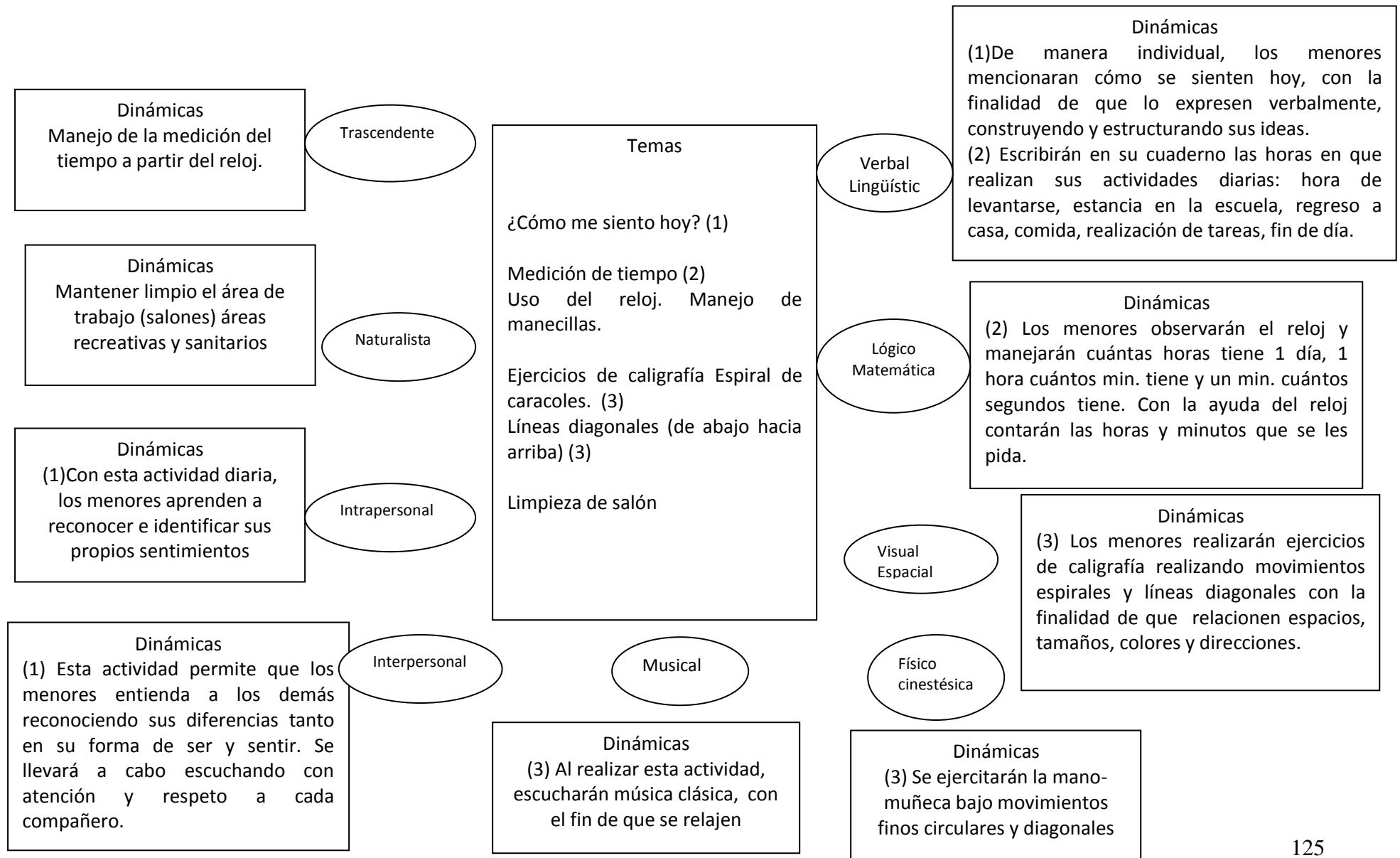
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



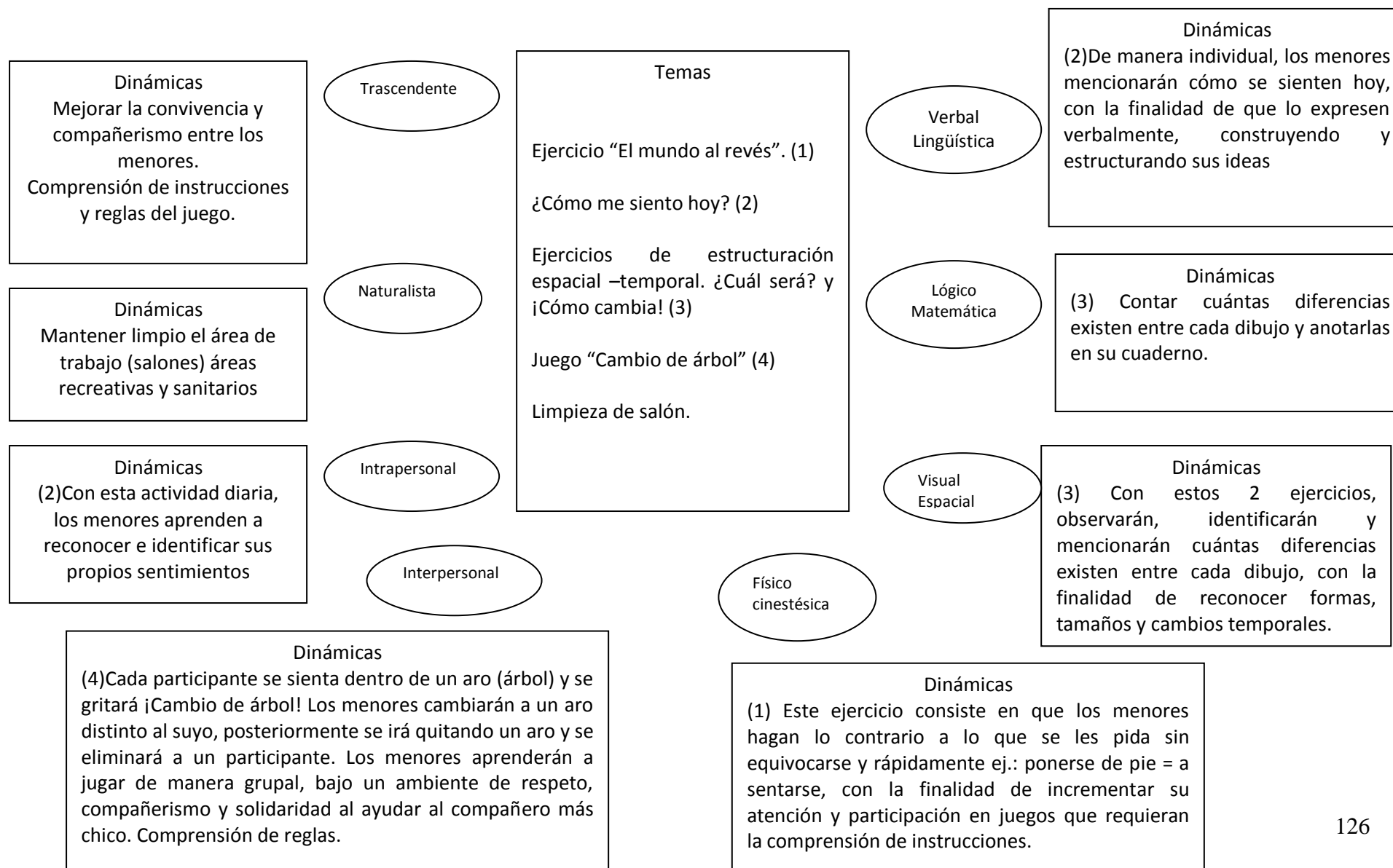
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



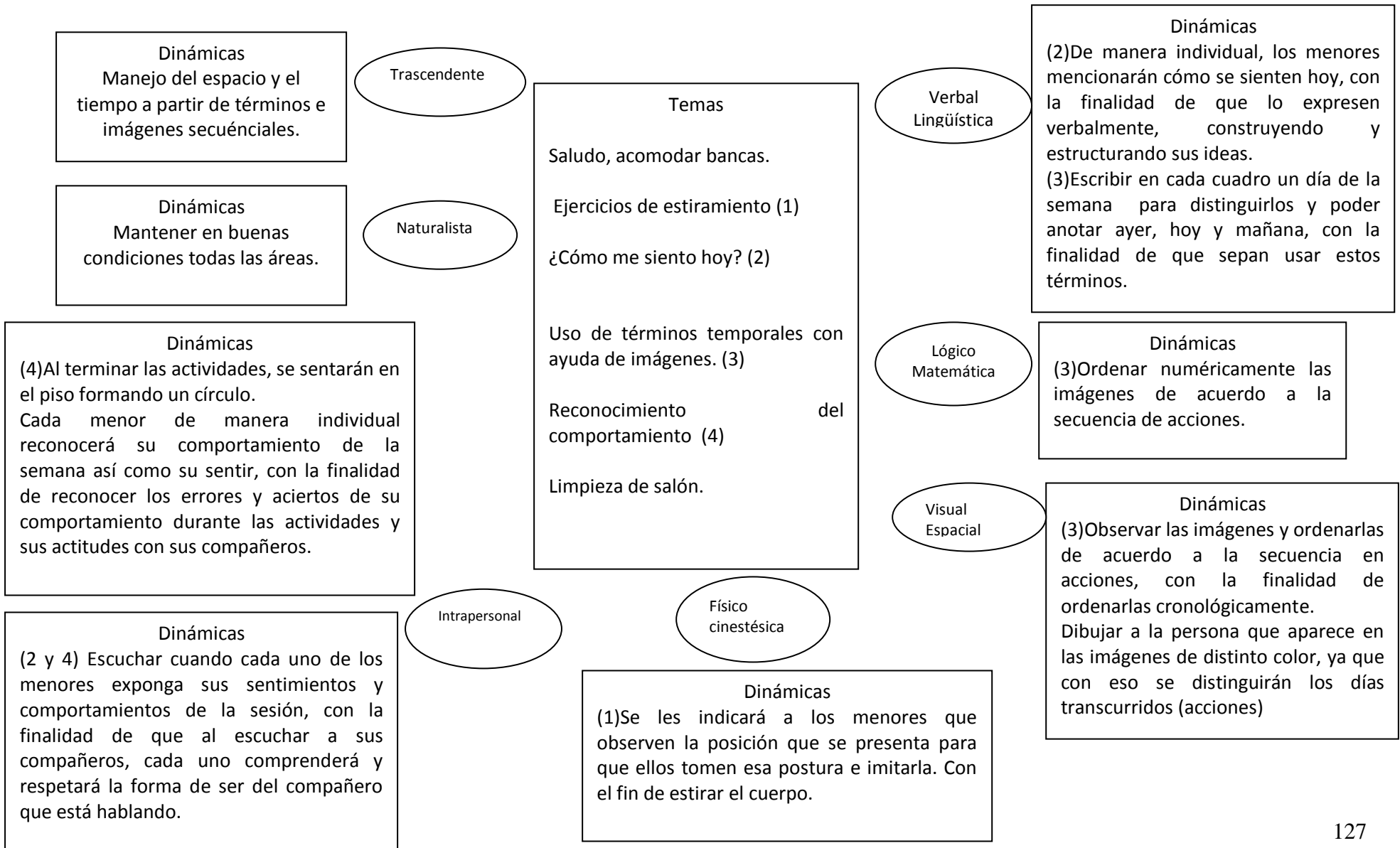
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



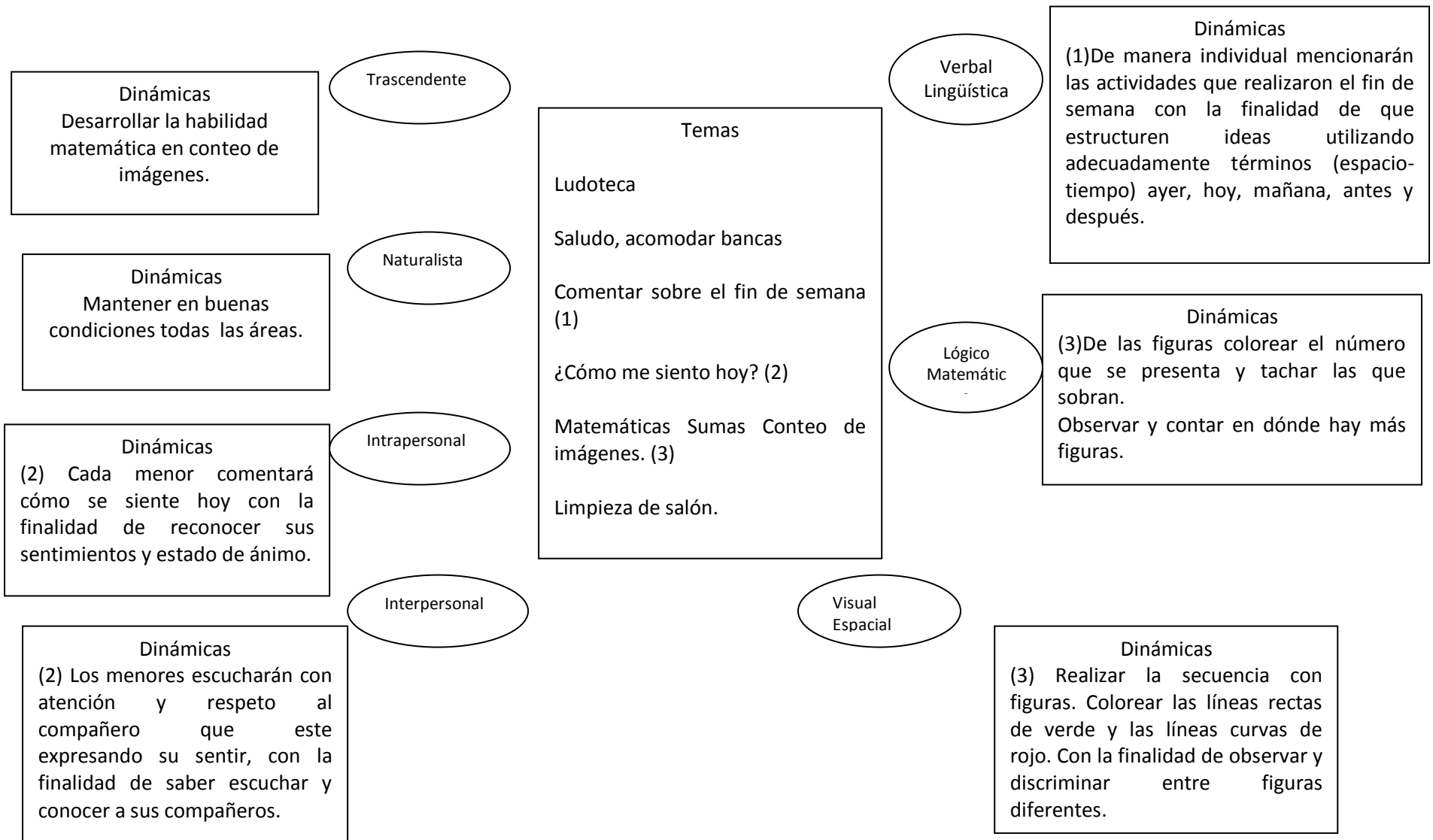
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



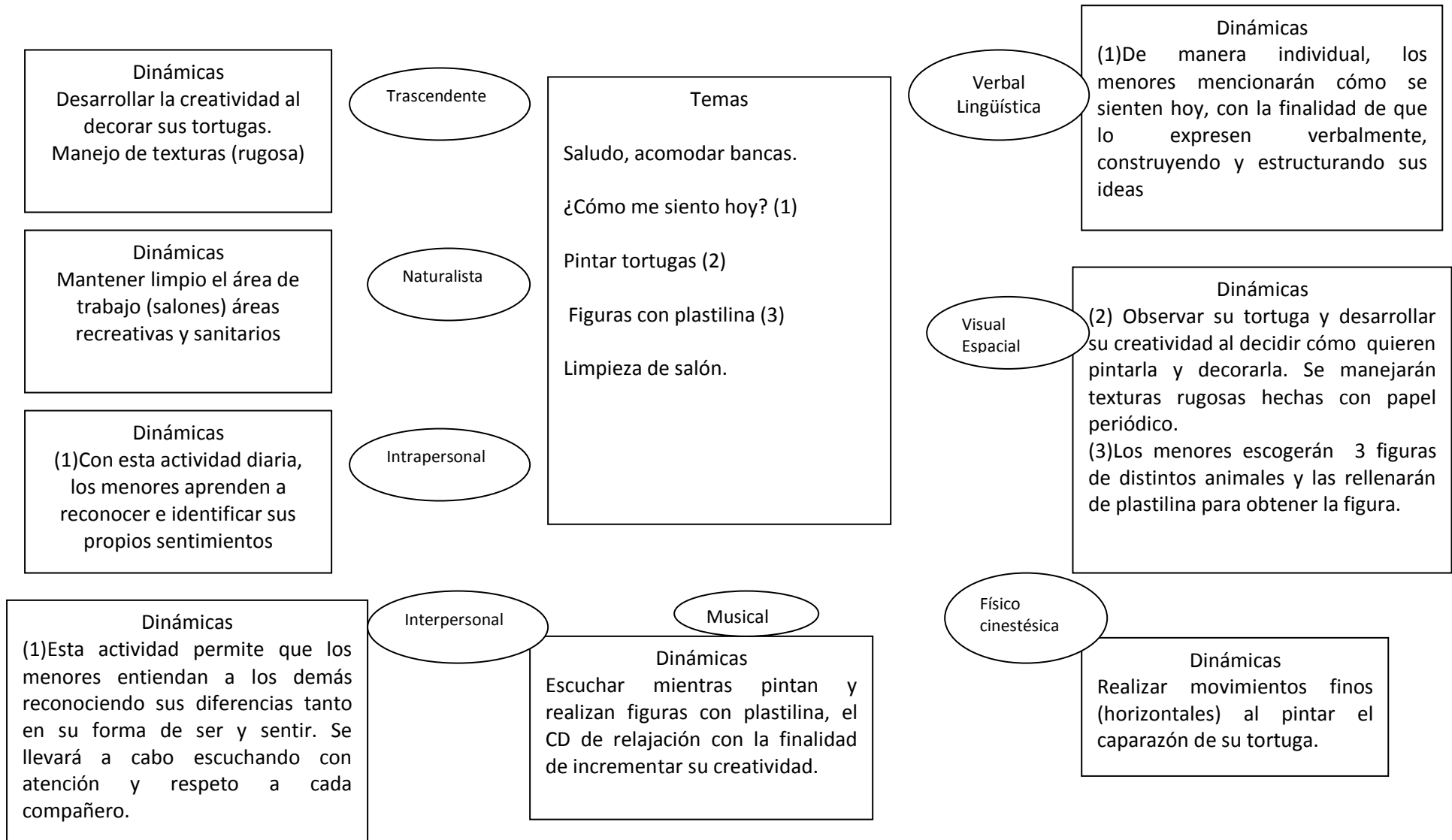
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



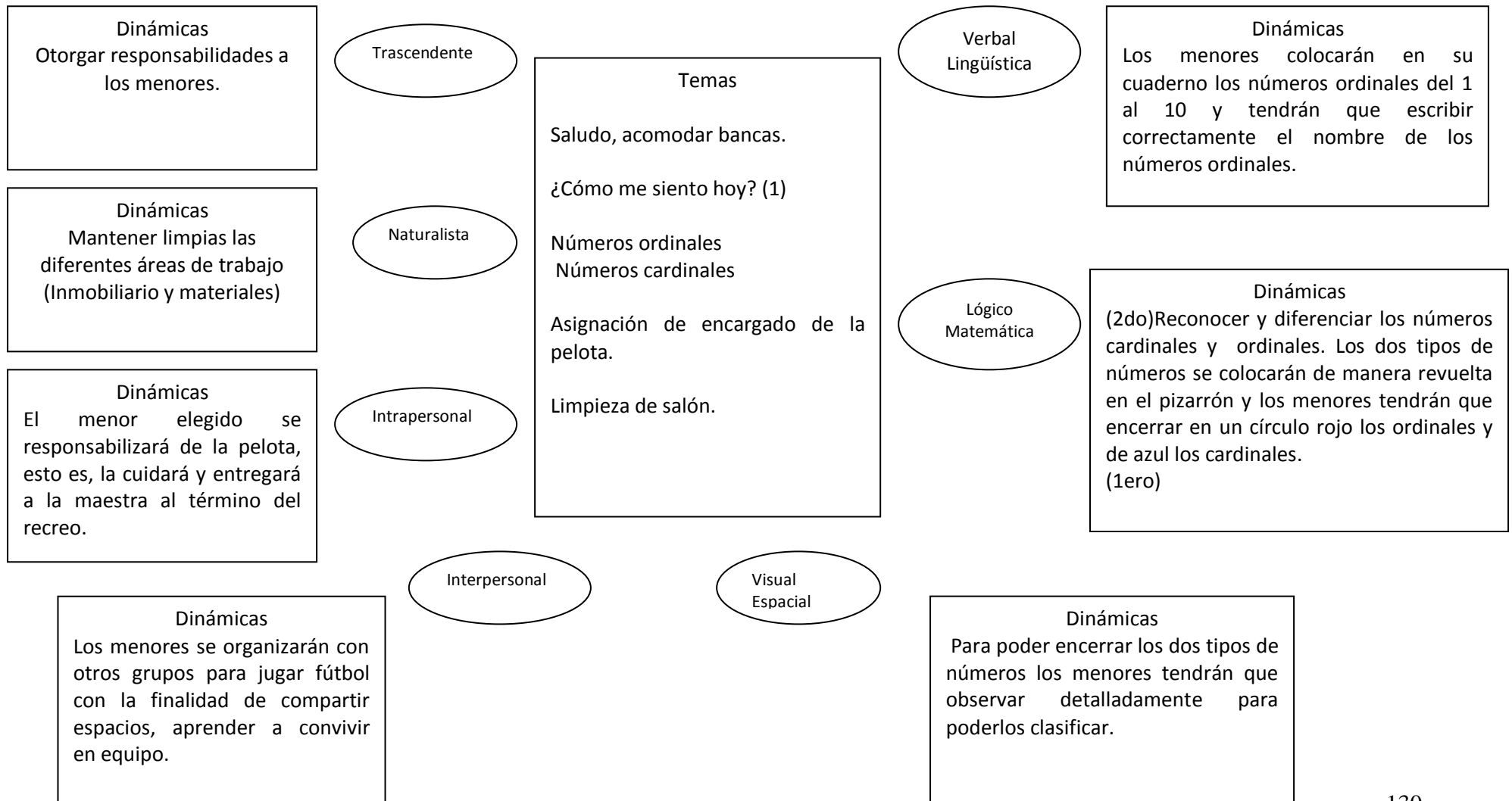
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



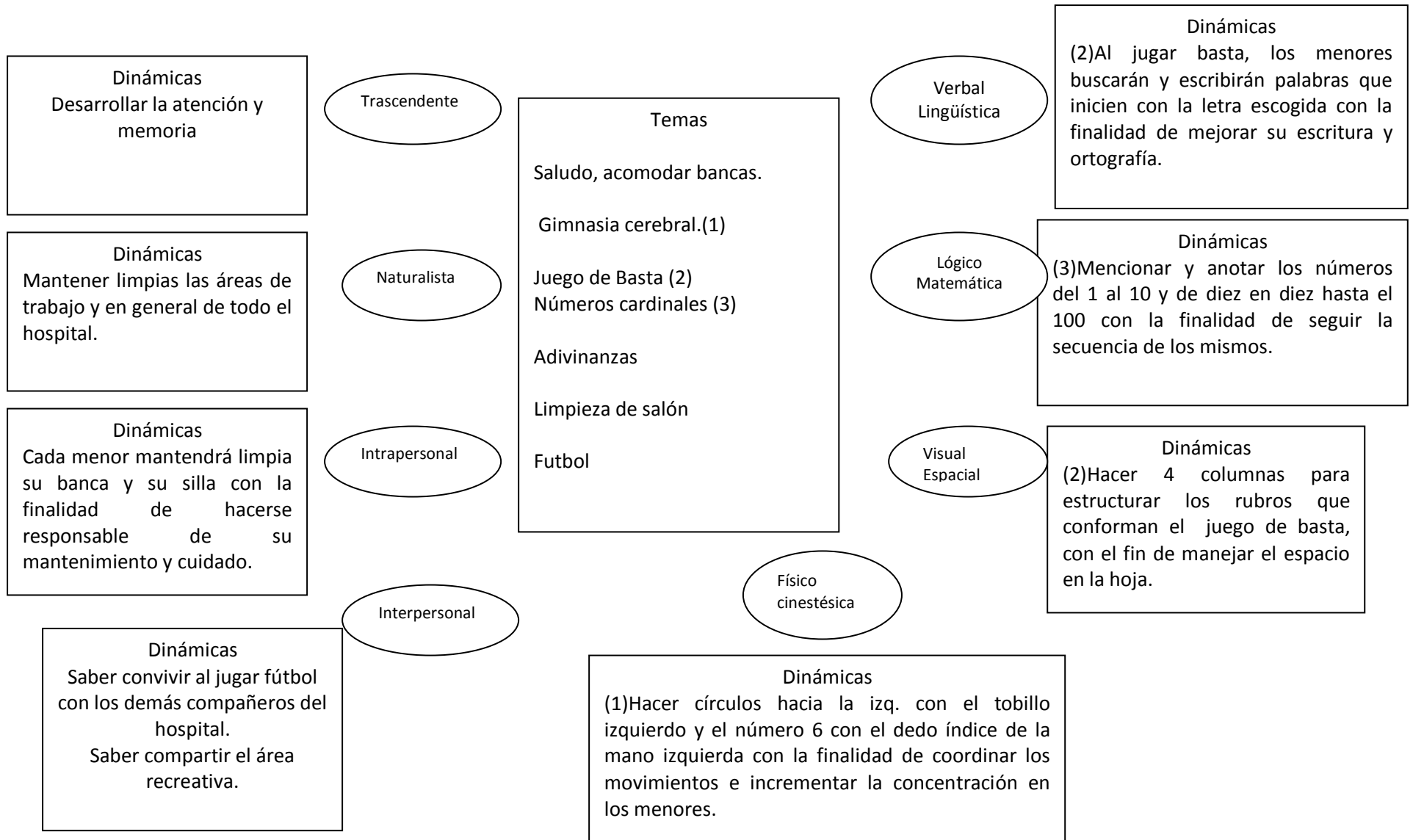
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



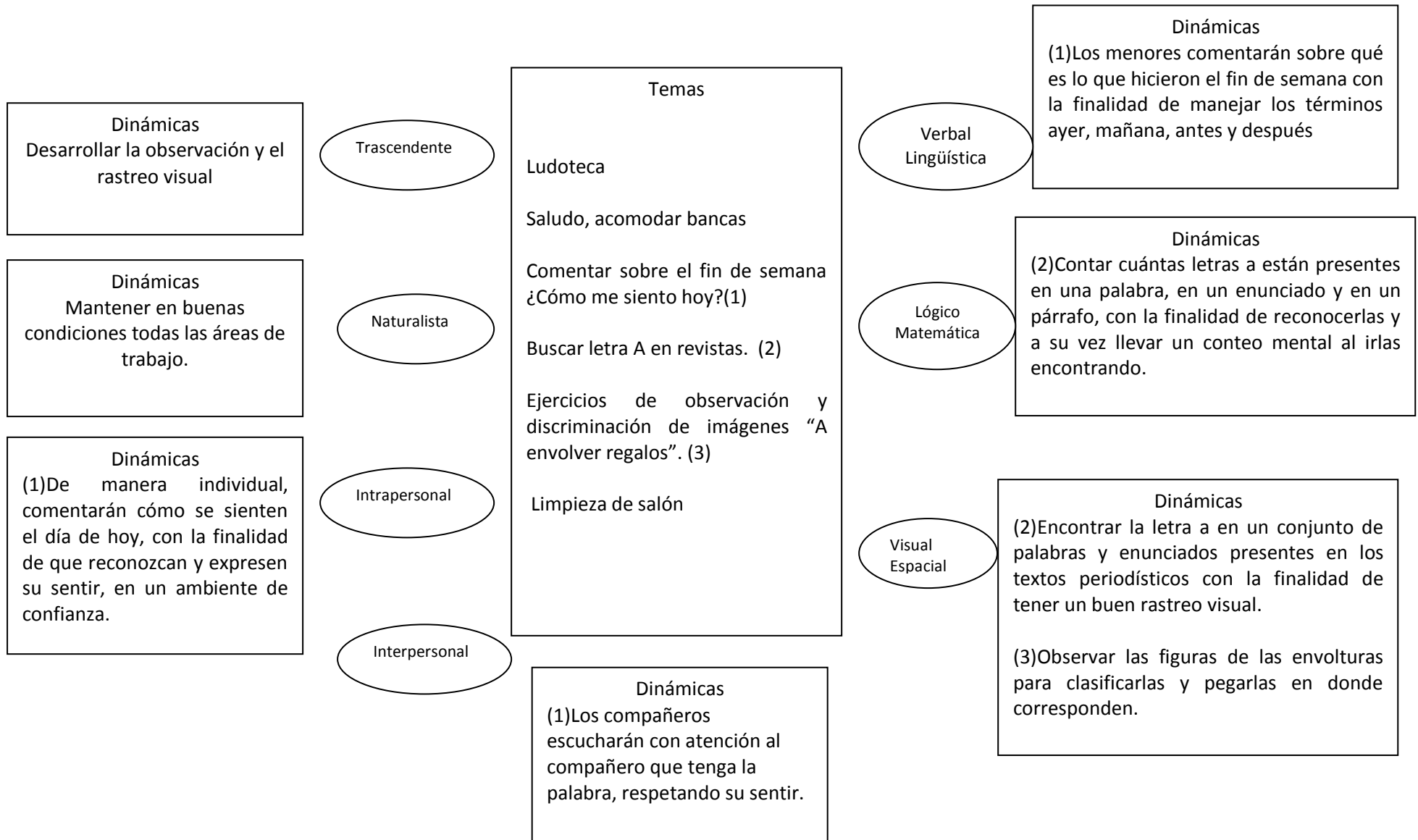
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



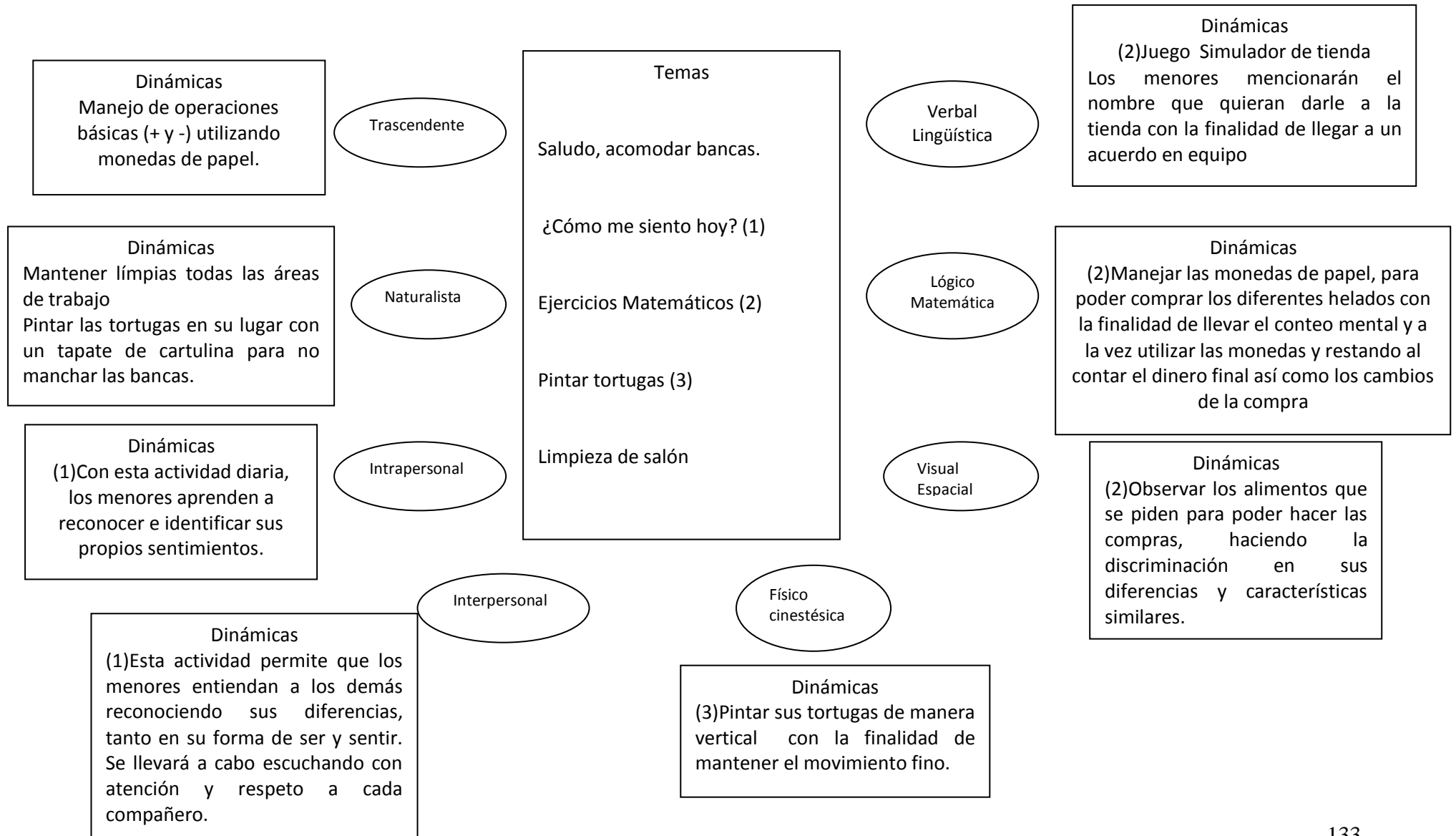
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



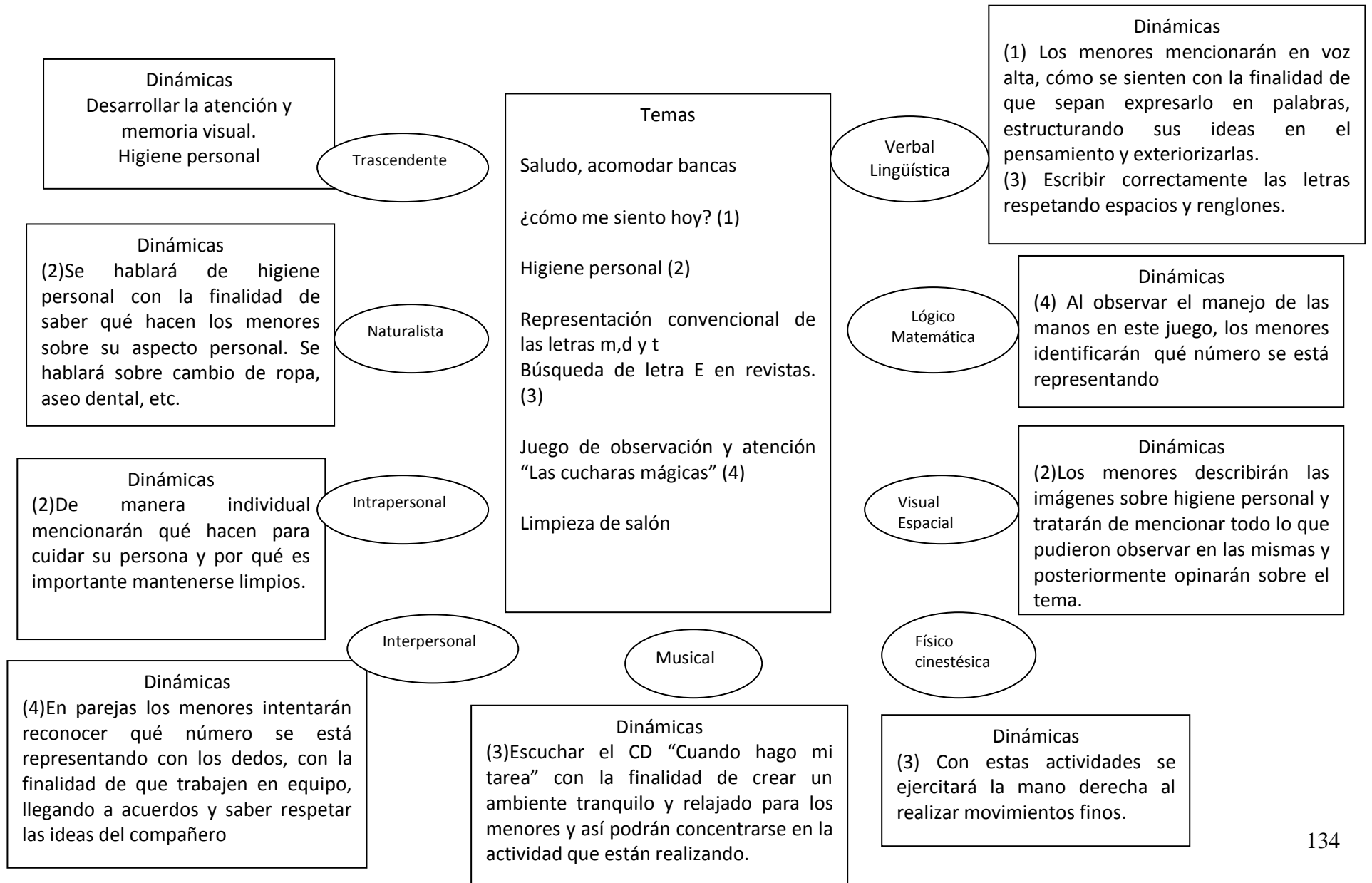
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



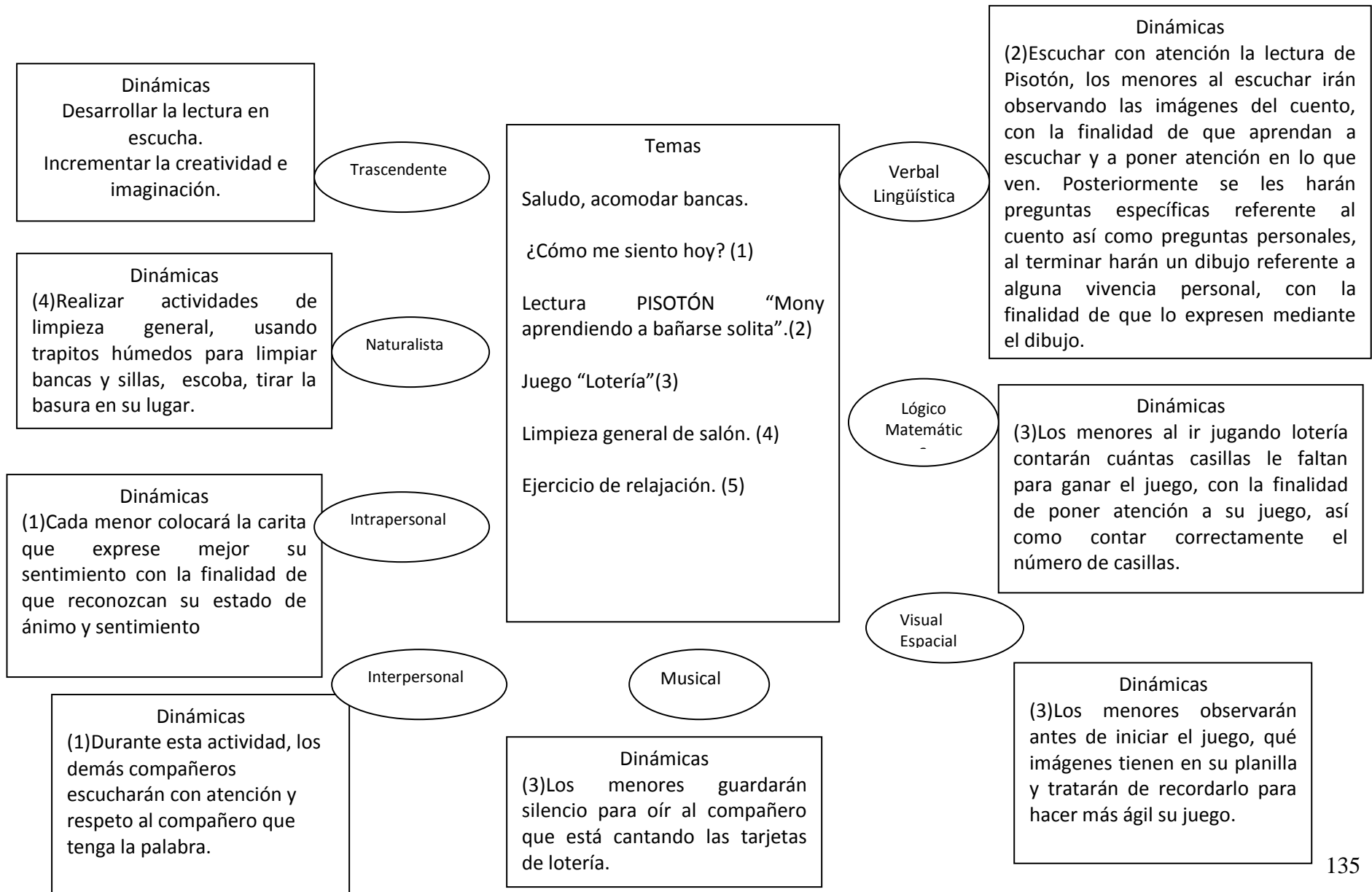
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



PLANEACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES

MES: JUNIO

Co-terapeuta: ERIKA RUIZ

Objetivos:

- Que los alumnos escuchen y comprendan la lectura de textos.
- Que los alumnos escriban recetas de cocina, atendiendo a las características de los textos instruccionales.
- Que los alumnos utilicen el litro como unidad de medida
- Que los alumnos utilicen las expresiones media hora y un cuarto de hora, que estimen la duración de sucesos cotidianos y comprueben sus estimaciones utilizando el reloj.

EVALUACIÓN

TEMA	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	ÉNFASIS EN INTELIGENCIAS	ÉNFASIS EN INDICADORES
Representación convencional de las letras	Manejo de letra script de las letras s,n,b	Escritura correcta de las letras, en su cuaderno cuadriculado a cada letra se le asigna un espacio.	Verbal /lingüística, visual espacial	Desempeño escolar
Recreaciones literarias	Atención y seguimiento en la audición de textos	Lectura de Pisotón "Pisotón esta enojado" Lectura en escucha con imágenes que representan a los personajes y la situación	Verbal /lingüística. visual espacial	Desempeño escolar
Reflexión sobre la	Juego de creación de	Juego de Cubiletras,	Verbal /lingüística.	Desempeño escolar

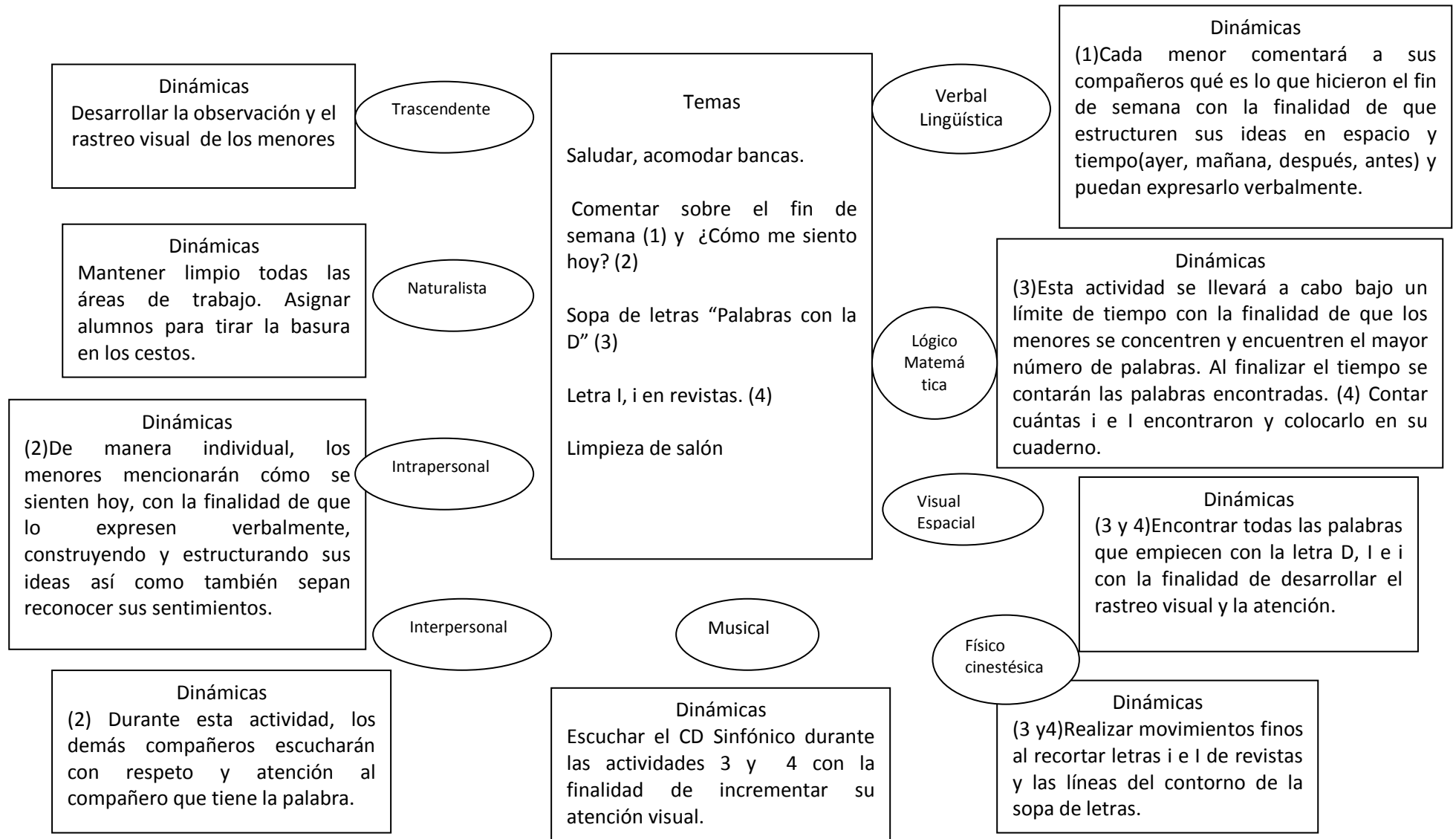
lengua	palabras	hay 13 dados y cada dado en sus caras tienen una letra. Con las 13 letras formarán el mayor número de palabras.	visual espacial	
	Creación de oraciones	Se colocarán en el pizarrón diferentes palabras, con esas palabras los menores formarán enunciados bien estructurados coherentes y con sentido	Verbal /lingüística	Desempeño escolar
	Abecedario	Nos apoyaremos con tarjetas que presentan animales que inicien con esa letra	Verbal /lingüística	Desempeño escolar
Situaciones Comunicativas	Adivinanzas	Se colocarán 3 adivinanzas en el pizarrón ,ellos las copiarán e intentarán descifrarlas. Las respuestas son referentes a animales.	Verbal /lingüística	Desempeño escolar

Matemáticas	Medición de la capacidad de recipientes	Medir la capacidad de agua en diferentes vasos con diferentes medidas ($1/2$, $3/4$, $1/4$)	Lógico matemática	Desempeño escolar
	Realización de postre	Hacer un postre (flan) utilizando ingredientes y mediciones de los mismos.	Verbal lingüístico	Desempeño escolar
Uso de términos cotidianos.	Uso de los términos: antes, después, ayer, hoy, mañana, tarde y noche en pláticas sobre el fin de semana (temas libres)	Utilizar los términos de tiempo en todas las actividades relacionadas a la vida cotidiana. Estructurar ideas en la mente organizándolas con el tiempo y el espacio	Verbal lingüístico, visual espacial	Desempeño escolar
Medición del tiempo	Uso adecuado del reloj	Reconocimiento de instrumentos de medición, Saber utilizar el reloj, conociendo la función de las manecillas del mismo. Se harán ejercicios relacionados al tiempo como sopa de letras.		

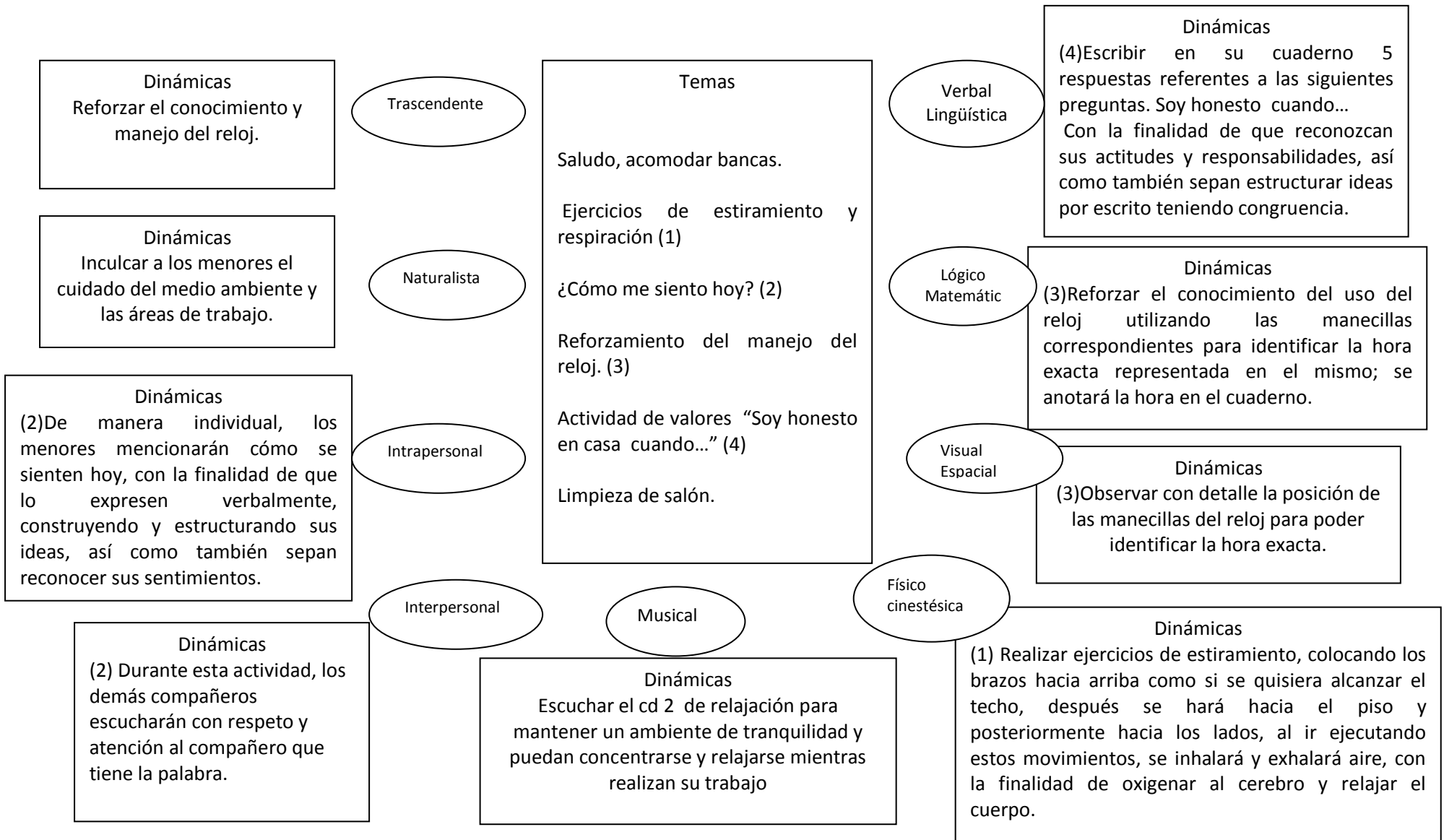
Participación en juegos	“El mundo al revés” “Cambio de árbol”	Realizar estos dos juegos mencionando las instrucciones enfatizando la comprensión y transmisión de las mismas.	Físico cinestésica Interpersonal Intrapersonal.	e Red de amigos, solución de conflictos, honestidad y generosidad.
Gimnasia cerebral	Ejercicios de coordinación motora	Se mencionarán las reglas y la finalidad del mismo. Se utilizarán aros.	Físico cinestésica	Desempeño escolar
Convivencia	Actividad acuática (juego de mojarse con globos de agua)	Movimientos finos de la muñeca y dedos, coordinación en la ejecución de movimientos	Interpersonal Intrapersonal.	e Red de amigos, solución de conflictos, honestidad y generosidad.
	Juegos grupales	(juego de mojarse con globos de agua)		
Limpieza de salón	Mantener el interés en los menores por cuidar y mantener limpio el área de trabajo.	Convivencia entre los miembros del grupo, así como con todo el instituto.	Naturalista interpersonal.	e Cuidado del medio ambiente.

		<p>Separar en dos diferentes botes la basura orgánica de la inorgánica.</p> <p>Conservar limpio el salón, lavar bancas y sillas.</p>		
--	--	--	--	--

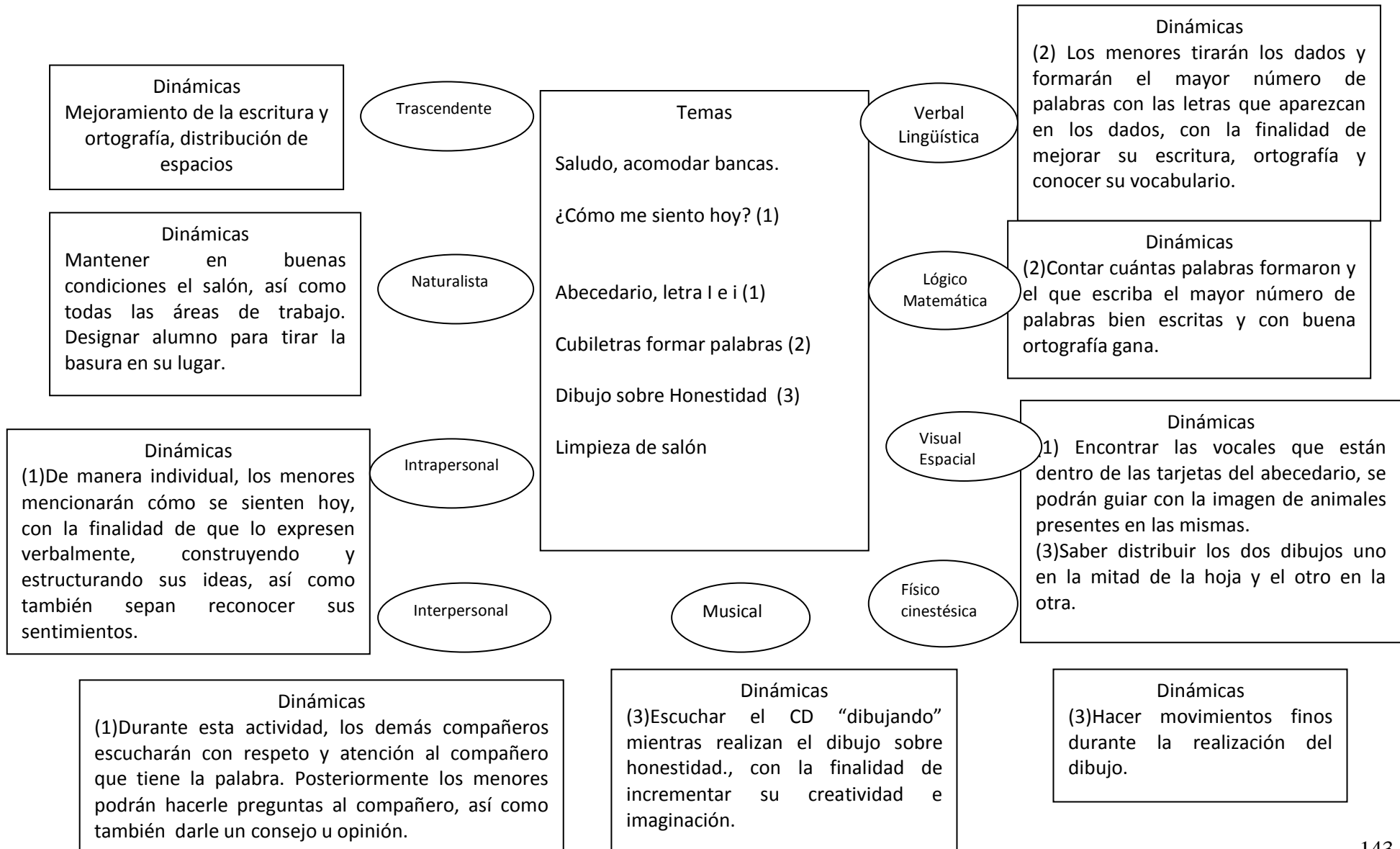
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



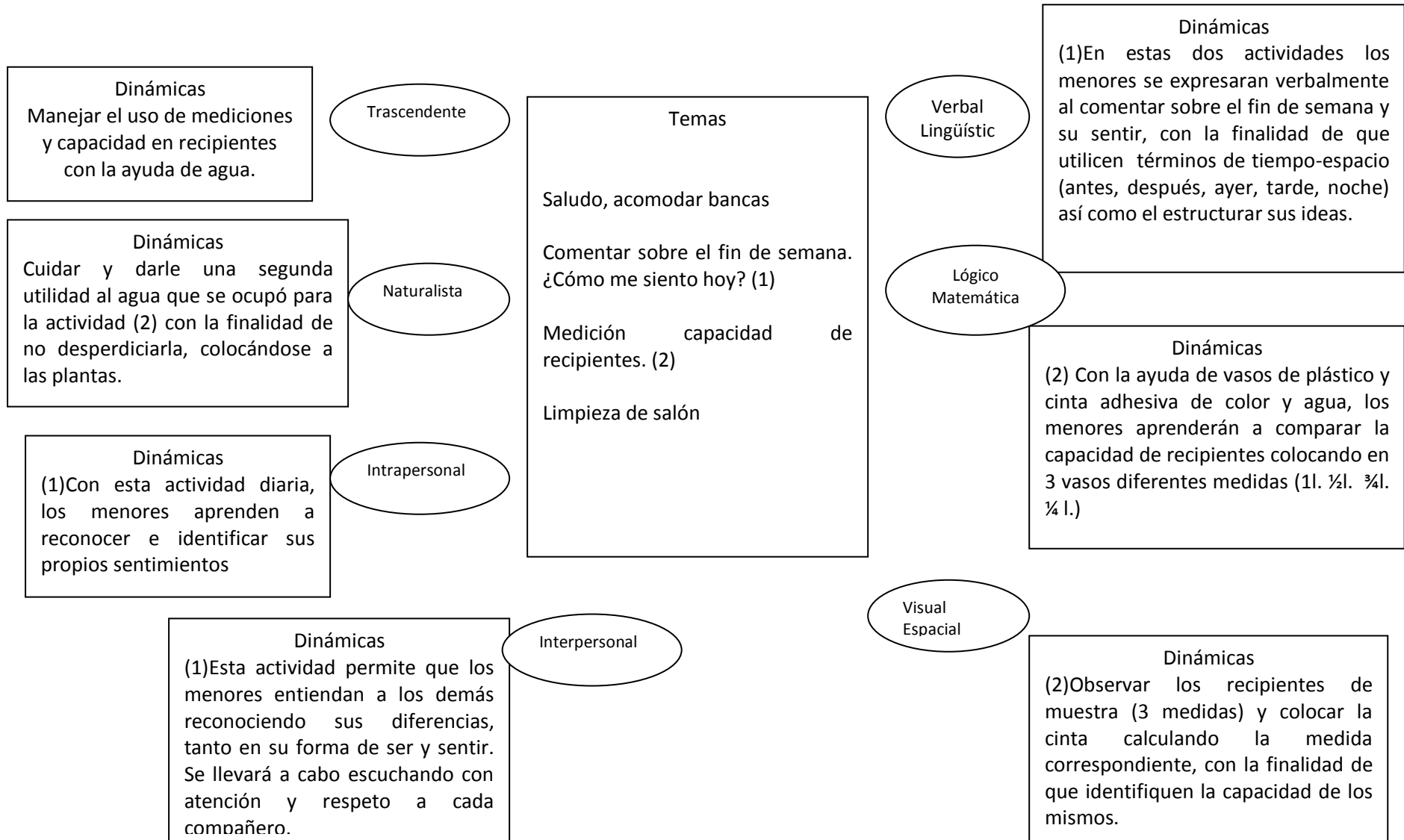
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



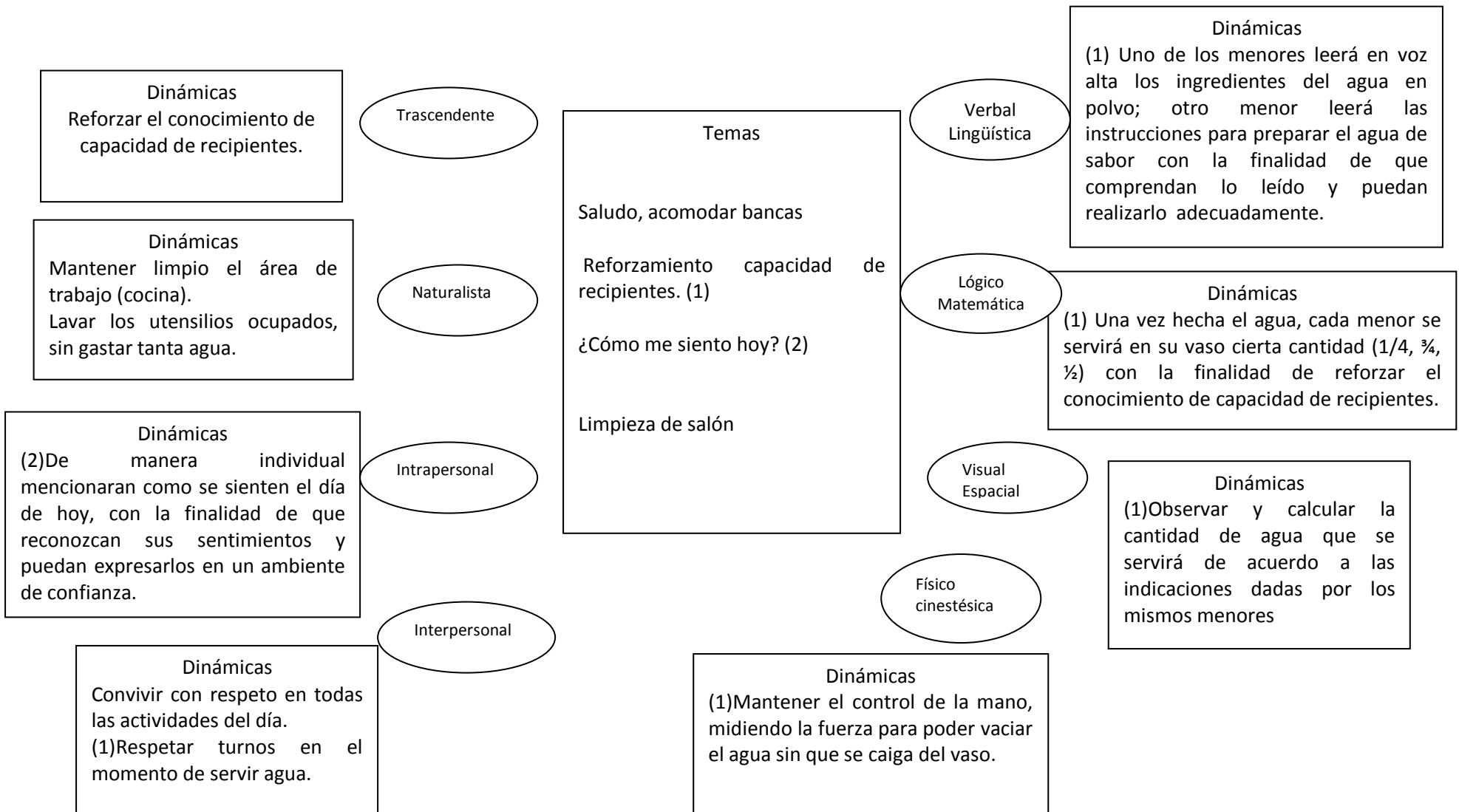
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



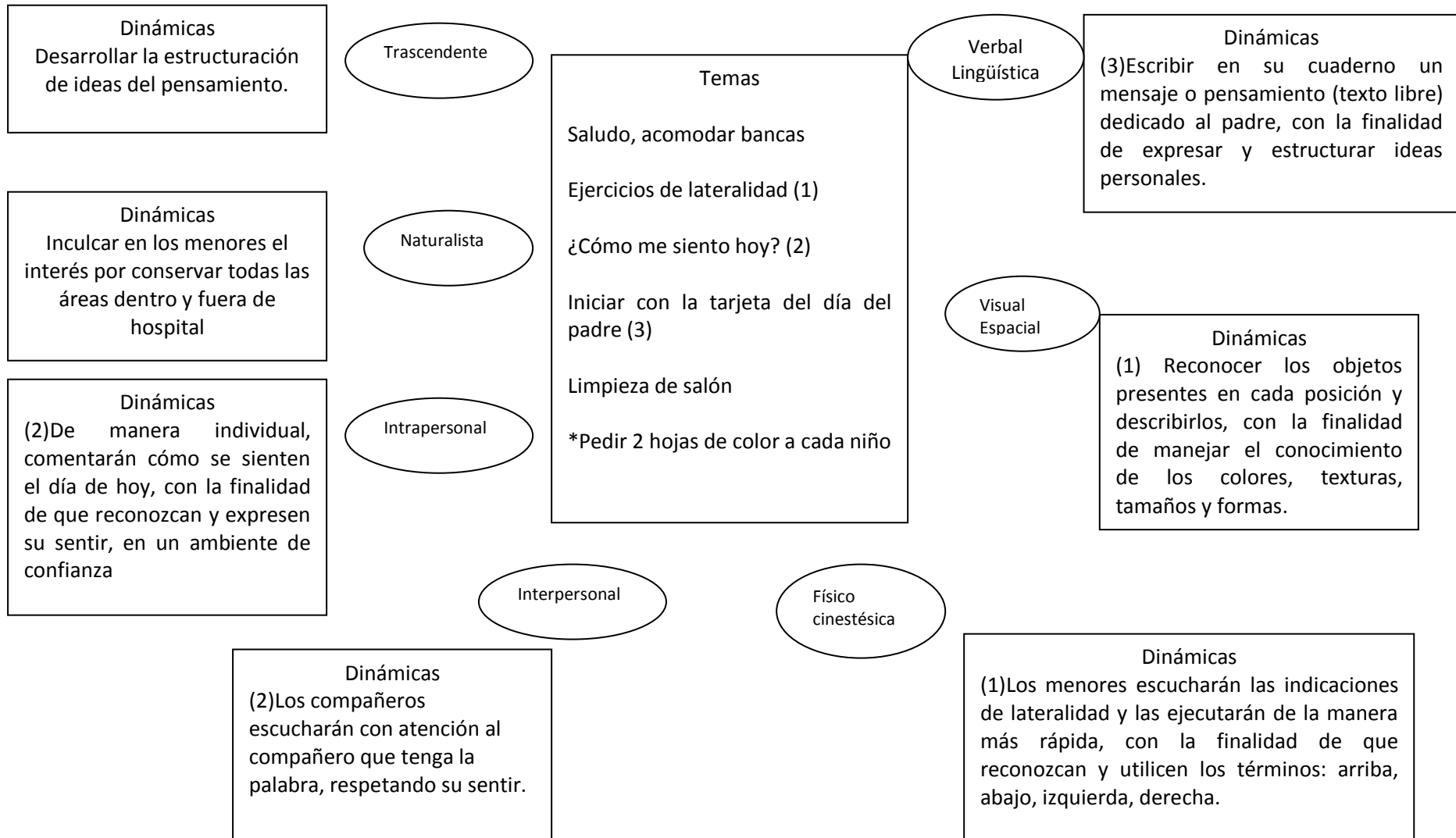
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



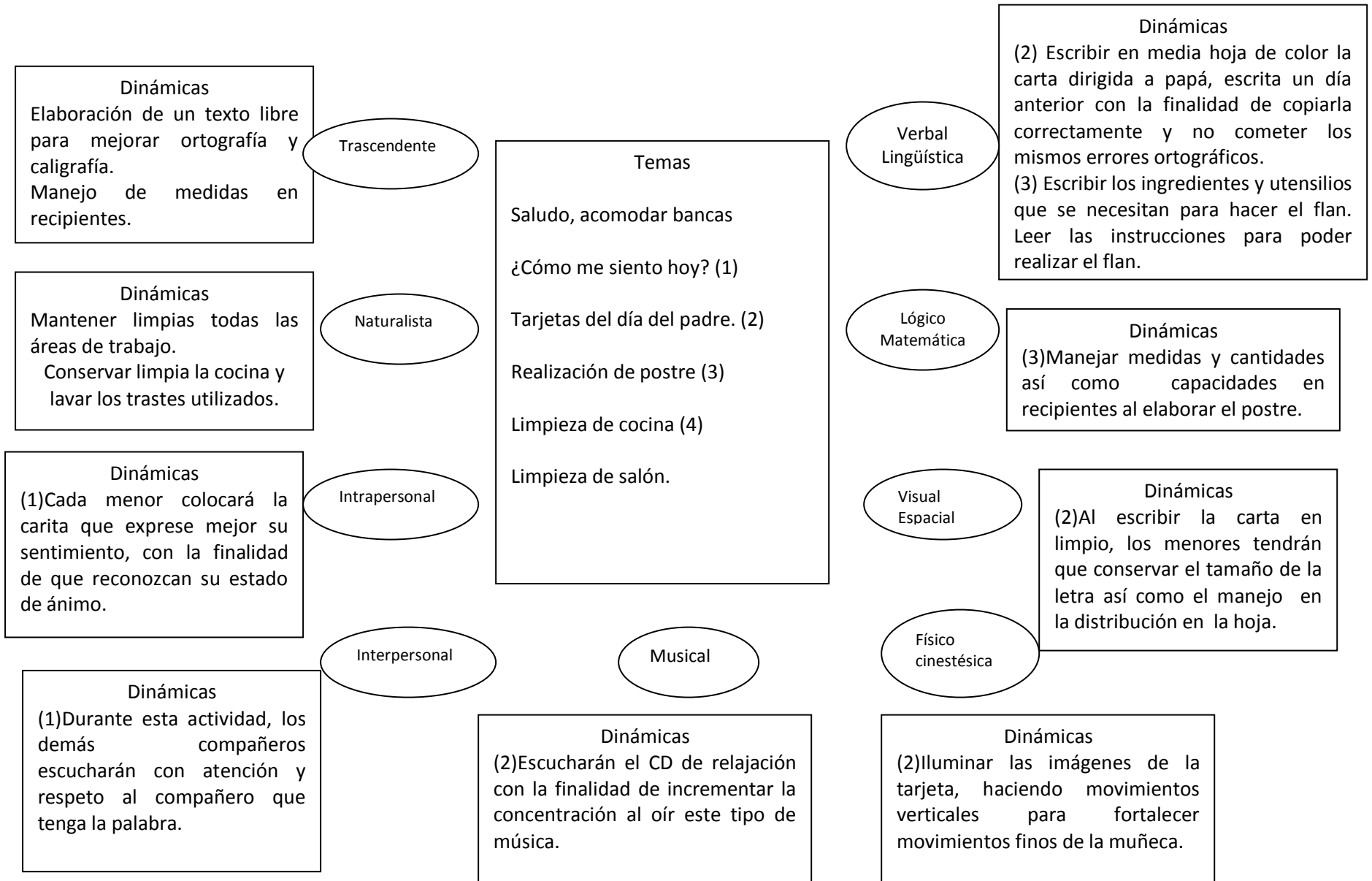
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



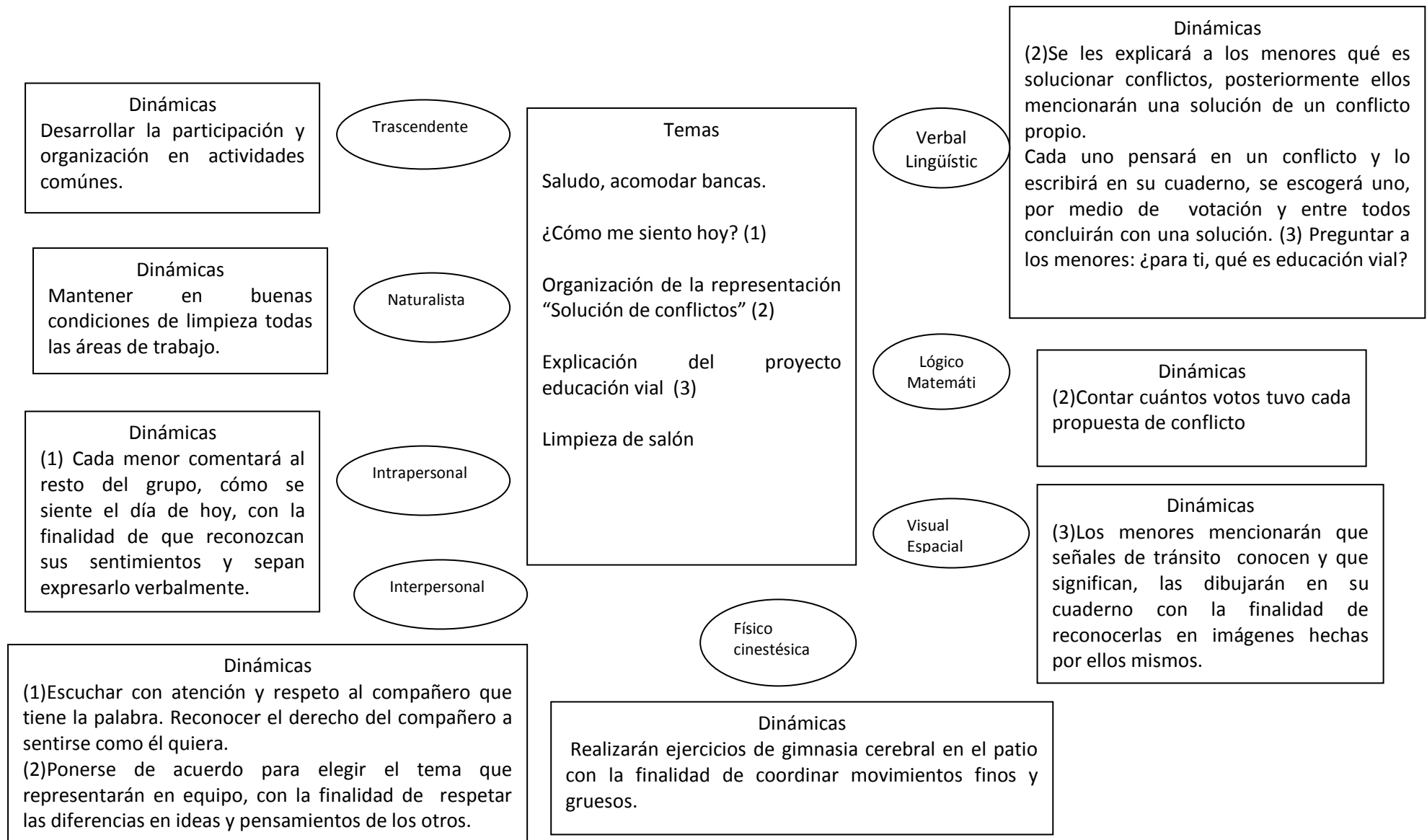
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



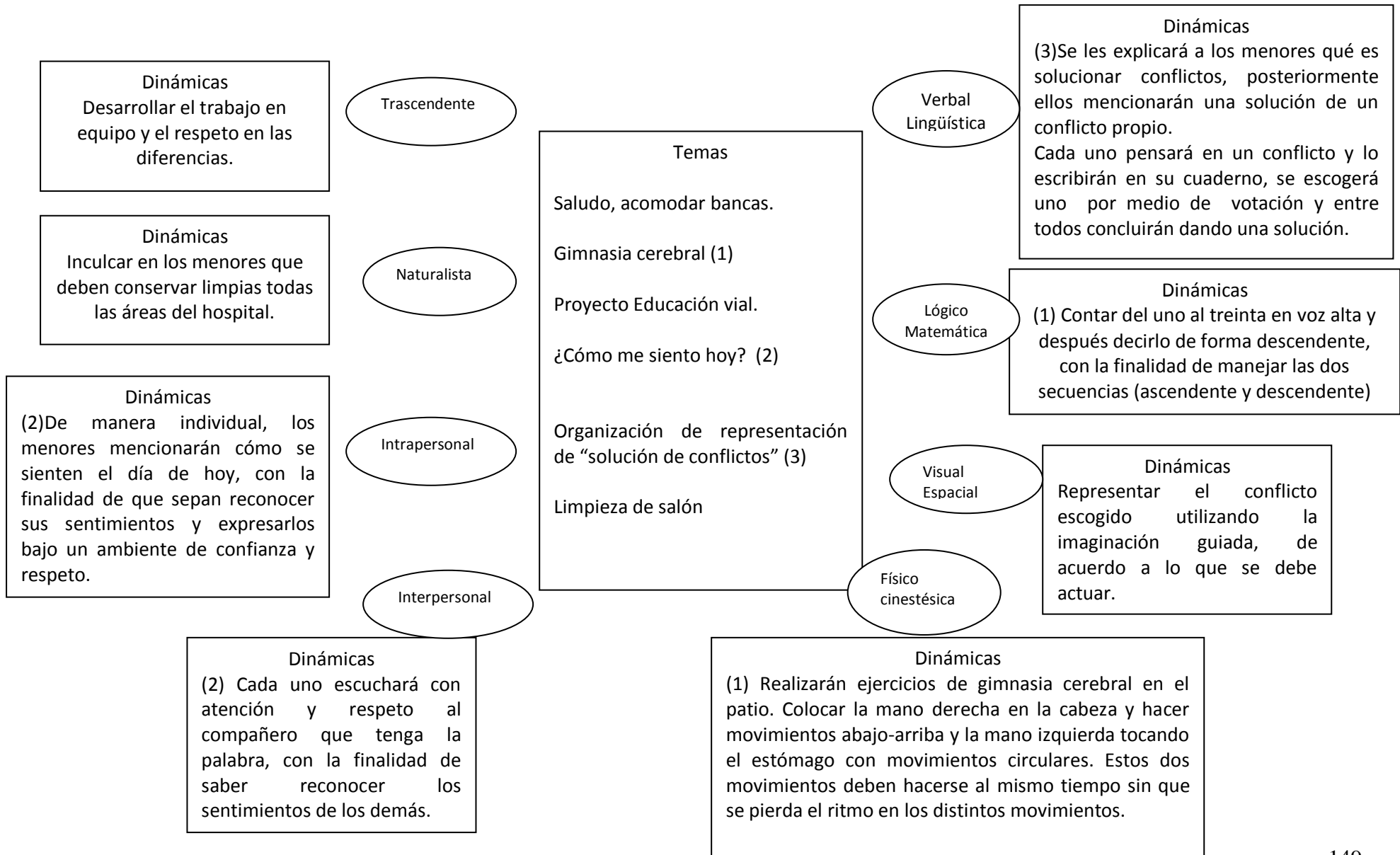
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



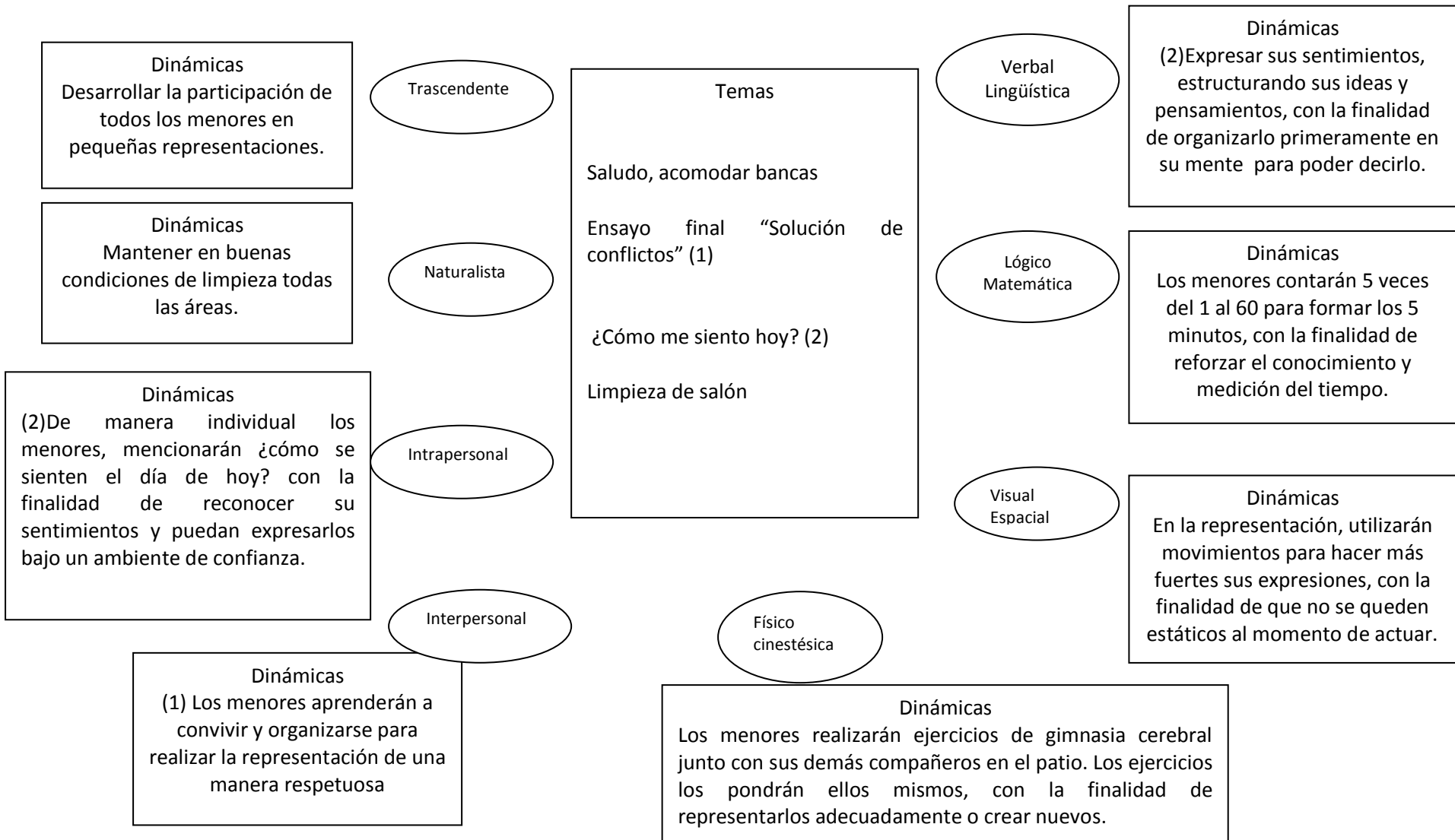
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



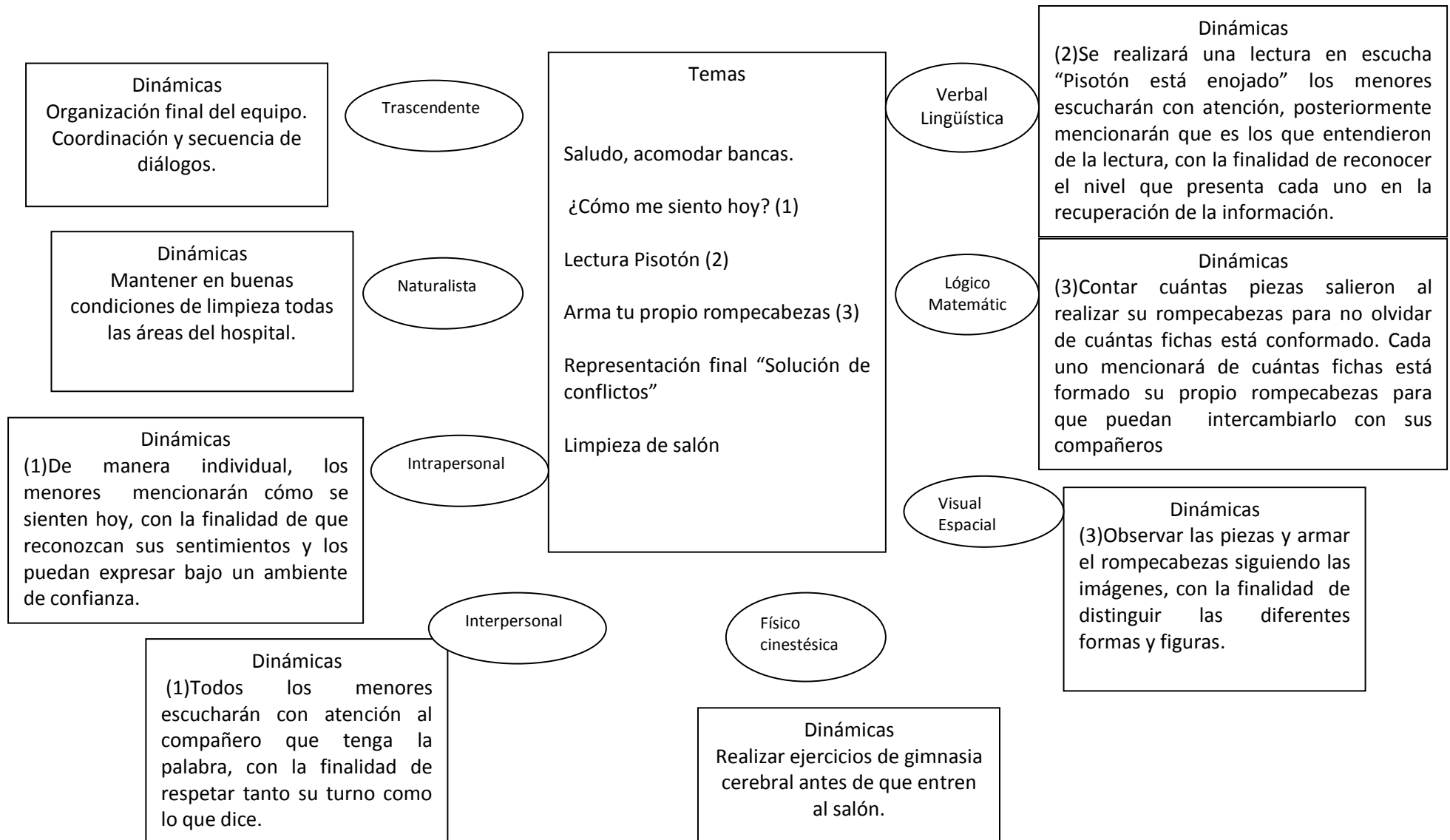
DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



DINÁMICAS DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTELIGENCIAS



4.6 Evaluaciones

En este apartado se mencionan los 3 tipos de de evaluación, que se realizaron durante el transcurso y al finalizar las actividades.

La primera es la evaluación procesual, que se realizó a lo largo de todo el transcurso didáctico y que nos permitió conocer los avances del aprendizaje de cada uno de los menores. También nos sirvió, para efectuar los refuerzos, adaptaciones y cambios en los temas, así como en sus objetivos. El momento de evaluación, fue al concluir cada mes, emitiéndose un reporte específico, en donde se indica el nivel de aprovechamiento y las dificultades más notables.

La segunda es la autoevaluación, la cuál fue realizada por los propios menores al término de las actividades mensuales, con la finalidad de que reconozcan sus habilidades, fortalezas y debilidades en cada una de las áreas ejecutadas. El formato es el mismo que se utilizó en la evaluación procesual.

La tercera, es la evaluación final, la cual se realizó en el cierre de las actividades, con la finalidad de conocer y valorar el logro de los objetivos; nos facilita la comprobación en el desarrollo de las capacidades de los menores.

A continuación se presenta la descripción de llenado y los formatos de evaluación de las inteligencias múltiples e indicadores de impacto social.

*NOTA.- Los siguientes formatos de evaluación fueron proporcionados por el bloque psicopedagógico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

- Evaluación de las inteligencias múltiples.

*Descripción de llenado

Para el llenado de esta evaluación, se coloca una palomita en las columnas que correspondan a la escala del 1 al 4, siendo el número uno cuando el menor no realiza esta categoría, el dos cuando a veces lo hace, el tres cuando es común realizarlo y el cuatro, cuando lo ha aprendido y lo lleva a cabo diariamente.

Al terminar el llenado, se suman las palomitas, dándole el mismo valor de la escala, por ejemplo: El menor obtiene 3 palomitas en la escala dos (a veces lo hago), entonces cada palomita valdrá 2 puntos, dando como resultado 6 puntos y así sucesivamente con las demás escalas hasta sumar el total de cada una de ellas.

Por último se llena la columna de “prioridad”, en la cual se colocarán los números del 1 al 7 de acuerdo al orden de mayor puntaje con el número 1 y así sucesivamente hasta llegar a la de menor puntaje con el número 7.

Evaluación de las inteligencias múltiples

Terapeuta:

Alumno:

Edad:

Fecha de aplicación:

- 1.- No lo hago
- 2.- A veces lo hago
- 3.- Es muy común en mí
- 4.- Es parte de lo que he aprendido y lo llevo a cabo a diario.

INTELIGENCIA LÓGICA MATEMÁTICA	1	2	3	4
Hace muchas preguntas acerca del funcionamiento de las cosas				
Hace operaciones aritméticas mentalmente con mucha rapidez.				
Disfruta las clases de matemáticas				
Le interesan los juegos de matemáticas en computadoras				
Le gustan los juegos y rompecabezas que requieran de la lógica				
Le gusta clasificar y jerarquizar cosas				
Piensa en un nivel más abstracto y conceptual que sus compañeros.				
Tiene un buen sentido de causa y efecto.				
Puntuación				
INTELIGENCIA LINGÜÍSTICA	1	2	3	4
Para su edad, escribe mejor que el promedio				
Cuenta bromas y chistes o inventa cuentos increíbles				
Tiene buena memoria para los nombres, lugares, fechas y trivialidades				
Disfruta los juegos de palabras				
Disfruta leer libros				
Escribe las palabras correctamente				

Aprécia las rimas absurdas, ocurrencias, trabalenguas.etc				
Le gusta escuchar la palabra hablada (historias,comentarios en la radio, etc)				
Tiene buen vocabulario para su edad				
Se comunica con los demás de una manera marcadamente verbal				
Puntuación				

INTELIGENCIA MUSICAL
Se da cuenta cuando la música está desentonada o suena mal
Recuerda las melodías de las canciones
Tiene buena voz para cantar
Toca un instrumento musical o canta en un coro o algún otro grupo
Canturrea sin darse cuenta
Tamborilea rítmicamente sobre la mesa o escritorio mientras trabaja
Es sensible a los ruidos ambientales (p, ejem. La lluvia sobre el techo)
Responde favorablemente cuando alguien pone música.
Puntuación

INTELIGENCIA FÍSICA Y CINESTÉTICA	1	2	3	4
Se destaca en uno o más deportes.				
Se mueve o está inquieto cuando está sentado mucho tiempo.				
Imita muy bien los gestos y movimientos característicos de otras personas				
Le encanta desarmar cosas y volver a armarlas				
Apenas ve algo, lo toca todo con las manos				
Le gusta correr, saltar, moverse rápidamente, brincar, luchar				

Demuestra destreza en artesanía				
Tiene una manera dramática de expresarse				
Manifiesta sensaciones físicas diferentes mientras piensa o trabaja				
Disfruta trabajar con plastilina y otras experiencias táctiles				
Puntuación				
Presenta imágenes visuales nítidas				
Lee mapas, gráficos y diagramas con más facilidad que el texto				
Fantasea más que sus compañeros				
Dibuja figuras avanzadas para su edad				
Le gusta ver películas, diapositivas y otras presentaciones visuales				
Le gusta resolver rompecabezas, laberintos y otras actividades visuales similares				
Crea construcciones tridimensionales avanzadas para su nivel (juegos tipo playgo o lego)				
Cuando lee, aprovecha más las imágenes				
Hace grabados en sus libros de trabajo, plantillas de trabajo y otros materiales				
Puntuación				

INTELIGENCIA INTERPERSONAL	1	2	3	4
Disfruta conversar con sus compañeros				
Tiene características de líder natural				
Aconseja a los amigos que tienen problemas				
Parece tener buen sentido común				
Pertenece a clubes, comités, y otras organizaciones.				
Disfruta enseñar informalmente a otras personas.				
Le gusta jugar con otras personas.				
Tiene dos o más buenos amigos				
Tiene buen sentido de empatía o interés por los demás				
Otros buscan su compañía.				
Puntuación				

INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	1	2	3	4
Demuestra sentido de independencia o voluntad fuerte.				
Tiene un concepto práctico de sus habilidades y debilidades				
Presenta buen desempeño cuando está solo jugando y estudiando				
Lleva un compás completamente diferente en cuanto a su estilo de vida y aprendizaje				
Tiene un interés o pasatiempo sobre el que no habla mucho con los demás				
Prefiere trabajar solo.				
Expresa acertadamente sus sentimientos				
Es capaz de aprender de sus errores y logros en la vida				
Demuestra un gran amor propio				
Puntuación				

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística		
Lógica y matemática		
Espacial		
Física y cenestésica		
Musical		
Interpersonal		
Intrapersonal		

A continuación, se presentan las tablas para evaluar los indicadores de impacto social. Esta evaluación se realiza diariamente, con base a la observación de las actitudes y conductas de los menores, con la finalidad de mostrar la evolución favorable en la formación de su carácter.

***Descripción de llenado**

Para el llenado de esta evaluación, se coloca una palomita en el día que el menor presentó el indicador señalado, hasta completar el mes. Posteriormente se suma el número de palomitas para obtener el total y poderlo clasificar en la escala representada del 1 al 5.

Cuando el menor no presentó el indicador durante el mes, obtendrá el valor de uno, cuando fué una vez al mes, obtendrá el valor de 2, dos veces al mes obtendrá el valor de 3, tres veces al mes, obtendrá una valor de 4 y cuando fué cuatro veces o más, obtendrá un valor de 5.

Indicadores de impacto social

Indicador	Qué se Mide	Escala
1. Generosidad	# y tipo de Actos	1 a 5
2. Honestidad	# y tipo de Actos	1 a 5

3. Orden	Espacio de Trabajo	1 a 5
4. Higiene	Personal	1 a 5
5. Puntualidad	En Clases	%
6. Expresión de Ideas	# y Calidad	1 a 5
7. Red de Amigos	Amplitud y Calidad de Relación	1 a 5
8. Propuestas	# y Calidad	1 a 5
9. Desempeño Escolar	Calificaciones en Escuela S.E.P.	1 a 5
10. Solución de Conflictos	# de Eventos y Capacidad	1 a 5
11. Alegría	Actitud	1 a 5
12. Aspiraciones	Capacidad de Expresión	1 a 5

FORMATO DE INDICADORES

ARMONÍA CON UNO MISMO

ALEGRIA																					TOTAL	CALIF		
NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF		
	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30		

1. NUNCA 2.-UNA VEZ AL MES 3.-DOS VECES AL MES 4.-TRES VECES AL MES 5.- CUATRO O MÁS

AUTOESTIMA																					TOTAL	CALIF		
NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF		
	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30		

ARMONÍA CON LOS DEMÁS

HONESTIDAD

NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF	
		1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30					

1. NUNCA 2.-UNA VEZ AL MES 3.-DOS VECES AL MES 4.-TRES VECES AL MÉS 5.- CUATRO O MÁS

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF		
		1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30						

RED DE AMIGOS

NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF			
		1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30		

1. CERO O UNA 2.-DOS 3.- TRES 4.-CUATRO 5.- CINCO O MÁS

GENEROSIDAD

GENEROSIDAD

NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF			
		1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30		

1. NUNCA 2.-UNA VEZ AL MES 3.-DOS VECES AL MES 4.-TRES VECES AL MES 5.- CUATRO O MÁS

DESEMPEÑO ESCOLAR

DESEMPEÑO INTERNO

NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF			
		1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30		

1. NUNCA 2.-UNA VEZ AL MES 3.-DOS VECES AL MES 4.-TRES VECES AL MES 5.- CUATRO O MÁS

DESEMPEÑO ESCOLAR SEP

NOMBRE	1º MÉS	2º MÉS	3º MÉS	4º MÉS	5º MÉS	TOTAL	CALIF

CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE

CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE

NOMBRE	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	TOTAL	CALIF
		1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30				

1. NULA 2.-BAJA 3.-MEDIANA 4.-ALTA 5.- MUY ALTA

4.6.1 Tablas de evaluaciones procesuales y finales.

Dichas tablas representan la evaluación de las inteligencias múltiples y de los indicadores, de los 3 últimos meses de trabajo con los menores, ya que brindan información significativa, porque ejemplifican los avances que ha presentado el menor durante el transcurso de la misma.

L.L.G

ABRIL

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	12	5
Lógica y matemática	10	6
Visual espacial	21	1
Física y cenestésica	15	2
Musical	15	3
Interpersonal	10	7
Intrapersonal	15	4

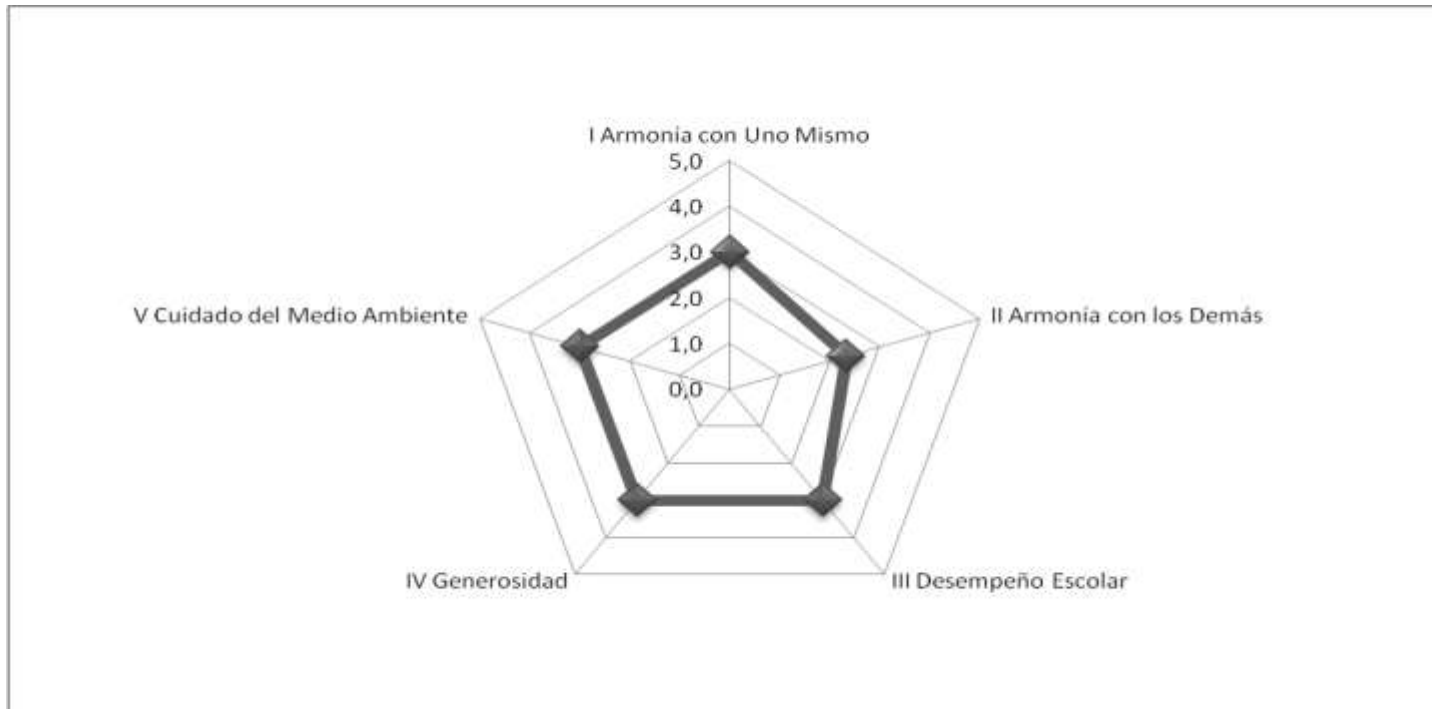
JUNIO

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	14	5
Lógica y matemática	12	7
Visual espacial	28	1
Física y cenestésica	15	3
Musical	15	4
Interpersonal	14	6
Intrapersonal	18	2

MAYO

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	14	5
Lógica y matemática	10	7
Visual espacial	26	1
Física y cenestésica	18	2
Musical	15	3
Interpersonal	12	6
Intrapersonal	15	4

Calificaciones Mensuales de Indicadores Particulares									
	Alegría	Autoestima	Red de Amigos	Honestidad	Solución de Conflictos	Generosidad	Desempeño Escolar	Cuidado del Medio Ambiente	
L.L.G	3	3	2	3	2	3	3	3	



R.E.O.V.

ABRIL

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	11	7
Lógica y matemática	18	2
Visual espacial	21	1
Física y cenestésica	17	3
Musical	14	5
Interpersonal	12	6
Intrapersonal	17	4

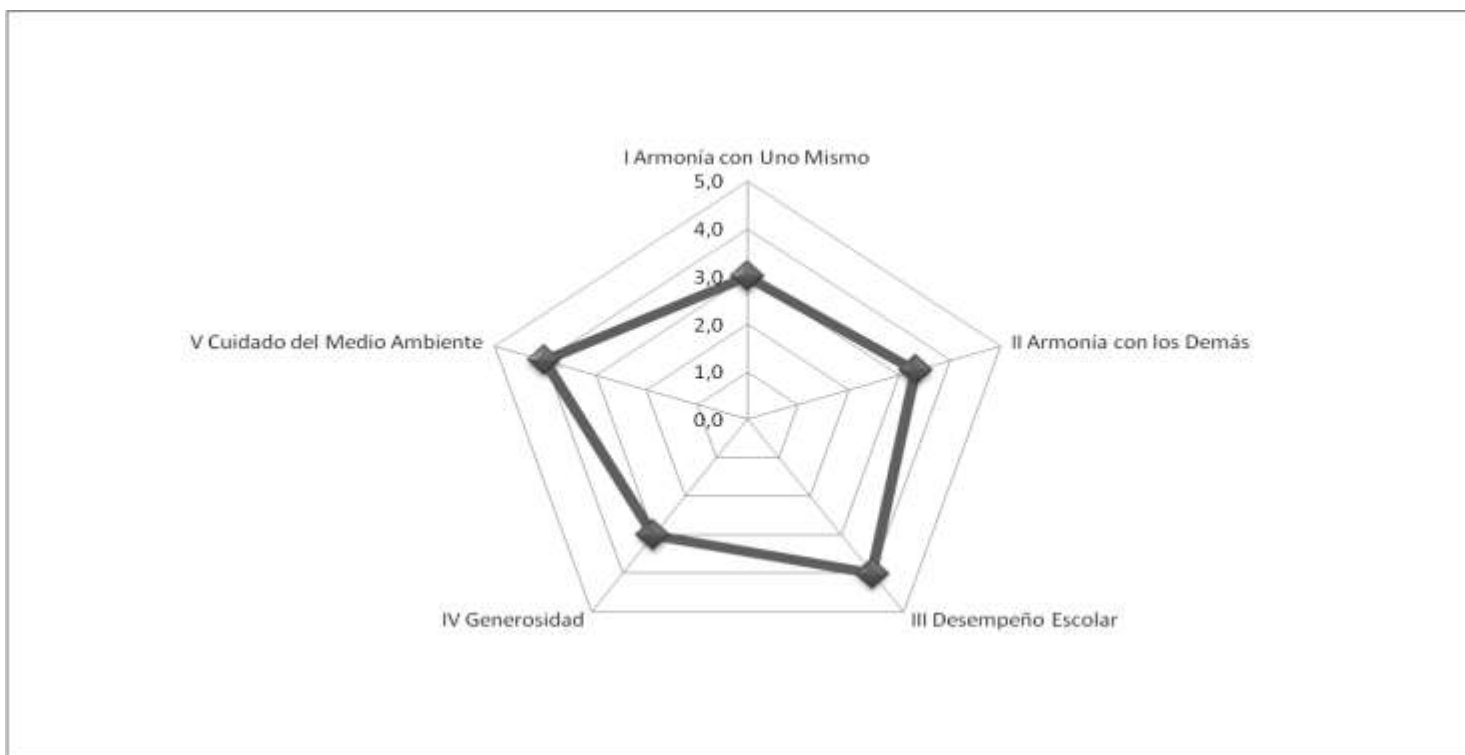
MAYO

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	9	7
Lógica y matemática	18	2
Visual espacial	23	1
Física y cenestésica	17	4
Musical	14	5
Interpersonal	13	6
Intrapersonal	18	3

JUNIO

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	12	7
Lógica y matemática	18	2
Visual espacial	26	1
Física y cenestésica	18	3
Musical	14	5
Interpersonal	13	6
Intrapersonal	17	4

Calificaciones Mensuales de Indicadores Particulares									
	Alegría	Autoestima	Red de Amigos	Honestidad	Solución de Conflictos	Generosidad	Desempeño Escolar	Cuidado del Medio Ambiente	
R.E.O.V.	3	3	3	4	3	3	4	4	



N.U.R.S

ABRIL

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	9	6
Lógica y matemática	11	5
Visual espacial	16	1
Física y cenestésica	15	2
Musical	12	4
Interpersonal	7	7
Intrapersonal	13	3

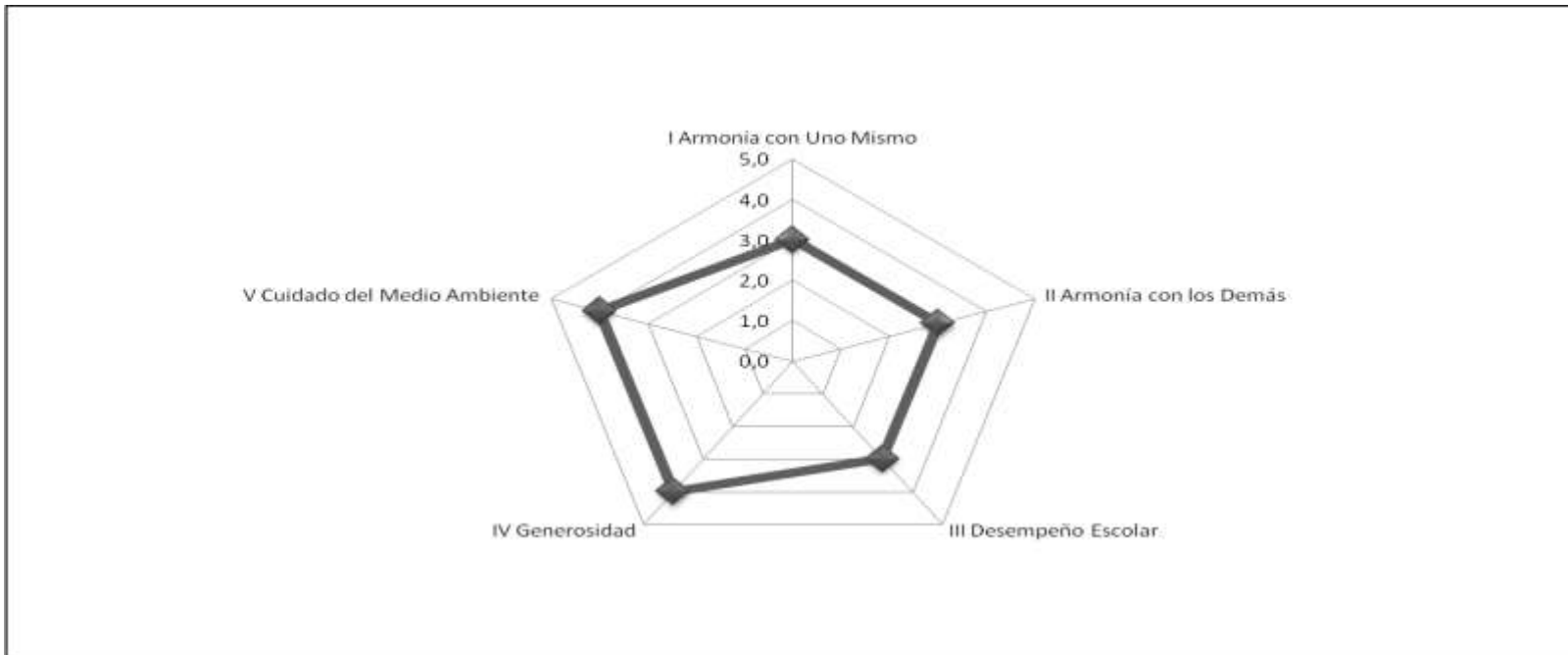
MAYO

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	11	7
Lógica y matemática	16	4
Visual espacial	19	1
Física y cenestésica	17	3
Musical	12	5
Interpersonal	12	6
Intrapersonal	19	2

JUNIO

INTELIGENCIAS	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Lingüística	14	6
Lógica y matemática	17	3
Visual espacial	22	1
Física y cenestésica	15	4
Musical	15	5
Interpersonal	13	7
Intrapersonal	19	2

Calificaciones Mensuales de Indicadores Particulares									
	Alegría	Autoestima	Red de Amigos	Honestidad	Solución de Conflictos	Generosidad	Desempeño Escolar	Cuidado del Medio Ambiente	
N.U.R.S	3	3	3	3	3	4	3	4	



4.7 Interpretación del trabajo psicopedagógico.

El trabajo que desempeñaron los menores, estuvo diseñado bajo la realización de actividades de inteligencias múltiples, que apoyaban el fortalecimiento de sus dispositivos básicos de aprendizaje: atención, observación, concentración, comprensión, expresión del lenguaje (oral y escrito), capacidad de abstracción, análisis y síntesis en el pensamiento lógico-matemático.

En la planeación se trataron todas las inteligencias, pero se le dió mayor importancia a la inteligencia Verbal- lingüística, lógico- matemática y a la interpersonal, ya que reúnen todos los elementos para reforzar los dispositivos anteriormente señalados.

Se pudo observar en los menores, una mejoría en canalizar su interés, concentración y atención, cuando se les presentaba actividades que despertaran su motivación para asimilarlas y llevarlas a cabo.

Su conducta ante diversas actividades, fueron atendidas por un tiempo más prolongado, completándose en su totalidad, con gusto y de manera natural. Esto se pudo notar en dinámicas que implicaban la observación a detalle de objetos y situaciones, así como aquellas que requerían un trabajo individualizado.

Los tres menores mejoraron en la expresión oral, al poder estructurar ideas en su pensamiento, para después externalizarlas. Se basaron en la expresión espontánea de sentimientos, ideas, opiniones y comentarios, observándose durante su ejecución un ambiente de confianza.

La interacción social no fue igual en los 3 menores, ya que L.L.G. presentó poca socialización con sus demás compañeros, obteniendo resultados bajos en el indicador armonía con los demás, a lo que N.U.R.S. y R.E.O.V permitieron el contacto y trato con sus iguales al trabajar en actividades grupales.

Cabe mencionar que el rendimiento en el trabajo diario, fue mejorando durante el transcurso de las sesiones, observándose de igual manera en el rendimiento escolar; se menciona esto, porque los padres de familia nos lo externalizaban.

La convivencia y apoyo con los padres fue importante, ya que forman parte del desarrollo emocional de sus hijos.

Desde este punto de vista habrá que plantearse un programa de cambio de actitudes y el intercambio de información entre los padres y la institución y de éstos entre sí, a fin de favorecer su adaptación a la enfermedad, lo que ocasionaría una mejor adaptación del niño al hospital.

Con base en lo anterior, podemos mencionar, que el trabajo realizado durante este tiempo, estuvo compuesto por aciertos y avances, de los cuales se obtuvieron grandes satisfacciones personales.

Por otro lado, se presentaron contratiempos, los cuales no estuvieron en nuestras manos, ya que eran de tipo organizativo.

A continuación, se presenta el informe final de cada uno de los menores. En el, se enfatizan las debilidades y fortalezas que los menores presentaron al realizar las actividades basadas en las inteligencias múltiples, puntualizándose y describiéndose las recomendaciones y sugerencias para cada una de ellas.

Este informe se anexó al expediente de cada menor, con la finalidad de llevar un seguimiento continuo de las mismas. También se hicieron dos replicas, una que fue entregada a los padres de familia y la otra que va dirigida a cada uno de los profesores de los menores.

Informe final

L.L.G.

Es una niña que asiste regularmente a las actividades de terapia psicopedagógica. Asiste puntualmente, en buenas condiciones de aliño y aseo personal. Se puede decir que es una niña agradable, alegre y generosa.

Durante el desarrollo de las actividades, se pudo observar que presenta un buen desempeño en las siguientes inteligencias:

En la *visual espacial* ya que tiene la facilidad de manejar formas tridimensionales tamaños y texturas en sus dibujos libres, le gusta ilustrar cuentos así como crear figuras con plastilina.

Se recomienda, darle apoyo en el área *lógico matemático* ya que presenta dificultad con respecto al uso de las multiplicaciones del 8 y del 9, así como la secuencia en resolución de problemas aritméticos, por lo que se sugiere:

- ✓ Repasar las multiplicaciones por lo menos 20 min. al día.
- ✓ Reforzar el conocimiento de que la multiplicación consta de sumar tal número de veces por las que se está multiplicando, para que reconozca el procedimiento y se le facilite más.
- ✓ Inventar problemas matemáticos con base a temas cotidianos (por ejemplo: ir de compras y utilizar monedas)
- ✓ Empezar la secuencia en la resolución de problemas matemáticos, esto es, incorporar diferentes preguntas a resolver, que involucren la realización de diferentes operaciones aritméticas, esto ayudará a desarrollar su razonamiento lógico.

En la verbal-lingüística se sugiere que realice las siguientes actividades:

- ✓ Realizar dictado de enunciados y palabras con mayor complejidad en su escritura, ya que puede escribir palabras con más de 4 sílabas.
- ✓ Seguir manejando sílabas trabadas ejemplo, bla, pre, gri, dru, etc.
- ✓ Darle espacio a actividades de lectura en escucha, esto es leerle cuentos, para que posteriormente y con sus propias palabras comente sobre qué trató y qué le entendió de la misma.
- ✓ Realizar lectura en voz alta por lo menos 10 min. diarios, de temas que le agraden con el fin de mejorar su dicción.

En lo que respecta a la *inteligencia Interpersonal* (relaciones sociales), se sugiere que realice actividades que impliquen trabajos colaborativos con menores de su edad, esto es trabajar en equipo, ya que ayudará a mejorar la relación con sus iguales, potencializará la convivencia y el reconocimiento de las diferentes formas de pensar y opinar de sus compañeros.

En general su desempeño es bueno, realiza adecuadamente las actividades que se llevan a cabo, mostrando cooperación y buena tolerancia a la fatiga, la calidad de sus trabajos son buenos con limpieza y organización.

Informe final

R.E.O.V.

Es una niña que asiste regularmente a las actividades de terapia psicopedagógica. Asiste puntualmente, en buenas condiciones de aliño y aseo personal. Se puede decir que es una niña agradable, alegre, generosa y tímida.

Durante el desarrollo de las actividades se pudo observar que sobresale en las siguientes inteligencias:

En la *inteligencia visual- espacial* ya que se le facilita realizar dibujos tridimensionales, le agrada utilizar otros recursos además de los colores como plumones, papel crepé, diamantina, recortes de revistas para darle colorido a sus trabajos. Maneja bien los colores y texturas, utiliza adecuadamente el espacio de la hoja al dibujar y le agrada hacer esculturas creativas con plastilina.

Puede desarrollar aún más esta inteligencia si se le sigue estimulando y motivando.

En la *inteligencia Naturalista* se puede observar que le interesa y se responsabiliza en mantener en buenas condiciones de limpieza las áreas de trabajo, separando la basura en orgánica e inorgánica. Le interesa el cuidado de los animales y de las plantas.

Se le debe brindar apoyo en la *inteligencia verbal-lingüística* ya que presenta dificultad en expresión oral y escrita, aun no ha consolidado del todo el conocimiento de algunas letras del abecedario por lo que al realizar dictados es necesario brindarle apoyo. A continuación se muestran algunas de las actividades que se llevaron a cabo dentro de las sesiones correspondientes al manejo fonológico, por lo que se sugiere seguir realizándolas en casa.

- ✓ Con el apoyo de la familia, realizar ejercicios fonológicos (de 10 a 20 min) esto es, que papá o mamá pronuncie letras (consonantes), articulando marcadamente cada sonido para que los reconozca, posteriormente Rosario realizará estas articulaciones distinguiendo e identificando el sonido de las mismas.
- ✓ Terminando la actividad anterior, se escribirán las letras que se pronunciaron para después colocarles una consonante y una vocal, formándose así sílabas trabadas, las cuáles repasará (transcribir) y posteriormente leerá. Esta actividad irá aumentando de dificultad uniendo dos y tres sílabas formándose palabras.
- ✓ Con respecto a su expresión oral, se recomienda hacer ejercicios de pronunciación colocando un popote en la boca y con la lengua tocarlo para poder practicar el sonido de la r y rr ya que tiene dificultad en pronunciar estas letras.

- ✓ Se sugiere tener sesiones de 5 a 10 min. donde pueda hablar acerca de un tema, o actividades que implique la interlocución (diálogo) con algún miembro de la familia, ya que su expresión oral es parca y es necesario que tenga más comunicación con la gente que la rodea.
Esto le dará mayor confianza para dirigirse a las personas, mejorando también su relación y convivencia con sus compañeros.

En general su desempeño es bueno, realiza adecuadamente las actividades que se llevan a cabo, mostrando cooperación y buena tolerancia a la fatiga.

Informe final

N.U.R.S.

Es un niño que asiste regularmente a las actividades de terapia psicopedagógica. Asiste puntualmente, en buenas condiciones de aliño y aseo personal. Se puede decir que es un niño agradable y generoso.

Durante el desarrollo de las actividades se pudo observar que presenta un buen desempeño en las siguientes inteligencias:

En la *visual espacial*, le agradan las actividades que impliquen imaginación guiada, esto es que desarrolla su creatividad y la expresa por medio de dibujos, figuras utilizando diferentes materiales como plastilina, se recomienda que se le siga estimulando en esta área con el fin de desarrollarla cada vez más.

En la *inteligencia Intrapersonal* se puede notar la facilidad que tiene al reconocer sus sentimientos y emociones, ya que los expresa con espontaneidad, seguridad y confianza.

Esta capacidad de exteriorizar lo que siente, habla de cierta sensibilidad e interés por no guardar y/o cerrar sus sentimientos, por lo que se sugiere motivarlo a que es bueno decir lo que siente y piensa.

Se recomienda brindar apoyo en la inteligencia *Verbal lingüística*. En cuanto a su expresión oral- verbal y escrita, ya que presenta cierta dificultad en estructurar sus ideas del pensamiento, por lo que su escritura libre es aun sencilla y concreta, su lectura es aun silábica, su caligrafía presenta algunos trazos incompletos, por ejemplo, al escribir la letra a, la escribe como letra o, por lo que se sugiere realizar las siguientes actividades:

- ✓ Primeramente se puede empezar con lecturas en escucha, esto es que, con ayuda de mamá se le lean textos como cuentos cortos que contengan un vocabulario de acuerdo a su edad, esto le ayudará a reconocer palabras de uso común, por lo que podrá usarlas al hablar y escribir. Le ayudará a escuchar la secuencia lógica y estructuración de ideas en espacio y tiempo, mejorando la comprensión del mismo así como su nivel de atención.
- ✓ Posteriormente, se puede alternar la actividad, realizando la lectura él mismo (siempre teniendo supervisión de mamá por si se le dificulta la comprensión de una palabra).
- ✓ Siempre que se realicen lecturas es necesario reforzarla haciéndole preguntas sobre la misma, con la finalidad de reconocer el grado de recuperación de la información (comprensión).
- ✓ Al estar más familiarizado con la lectura, mejorará su escritura libre, por lo que se recomienda que lleve a cabo composiciones sobre algún tema que le guste, revisando siempre la coherencia y congruencia del mismo.
- ✓ Para mejorar sus trazos, es bueno que realice ejercicios de caligrafía, empezando por realizar trazos gruesos y grandes, después más finos, para así llegar a los trazos finos de letra script.

En lo que respecta a la *inteligencia Interpersonal* (relaciones sociales) se sugiere que realice actividades que impliquen trabajos colaborativos con menores de su edad, esto es trabajar en equipo, ya que mejorará la relación y comunicación con sus iguales, esto potencializará la convivencia y el reconocimiento de las diferentes formas de pensar y opinar de sus compañeros.

SUGERENCIAS PARA TODOS LOS PADRES DE FAMILIA

- Asistencia constante al servicio.
- Estar en comunicación con el servicio para ver si hay alguna dificultad u otro problema en su avance o progreso.
- Apoyo en casa así como también en la escuela, revisando los ejercicios realizados en la sesión para que estos sean reforzados.
- Estar en contacto con la escuela tanto con la maestra de USAER, como con la maestra en turno para seguir y continuar con el apoyo
- Asistir a alguna actividad recreativa para que convivan con personas de su edad, y así mejore su socialización.
- Acudir a orientación a padres.

México D.F. a 08 de junio de 2006

Queridos niños y padres de familia presentes:

Por medio de la presente, quiero agradecerles profundamente el que me hayan permitido compartir parte de sus experiencias e inquietudes. Como saben el trabajo que se llevó a cabo, forma parte de una práctica misma que ha sido manejada con la responsabilidad, seriedad y respeto que merecen.

Esta práctica se realizó con la finalidad de brindarles alternativas que les permitan fortalecer y mejorar la situación de los menores. Para ello, se hicieron las entrevistas, se realizaron actividades y se le aplicaron evaluaciones; estas herramientas me permitieron tener una idea más global y fundamentada de aspectos del desarrollo madurativo y cognitivo.

Cabe señalar que las conclusiones a las que aquí se llegaron, a través de las diferentes entrevistas y pruebas aplicadas, son únicamente un intento por acercarnos a la realidad de cada uno de los pequeños.

Una vez más agradezco infinitamente el que me hayan brindado la confianza para trabajar con ustedes; espero que estas recomendaciones les sean de utilidad. Para cualquier duda, comentario o aclaración, quedo a sus órdenes.

Atentamente

Erika Joana Ruiz Sánchez

V. Conclusiones

Desgraciadamente, la vida no siempre es de color de rosa para los niños y menos en nuestra época, de modo que no todos los pacientes infantiles presentan solamente síntomas y reacciones de tipo adaptativo y pasajero, frente a las muy variadas crisis y situaciones estresantes que existen en la familia, en su ambiente y en nuestro mundo actual.

Tenemos que pensar, que un alto porcentaje de los niños y niñas del presente, también se enferman emocionalmente y pueden por lo mismo desarrollar trastornos, los cuáles creemos que no existen o que sólo se dan en los adultos.

Los diversos trastornos tales, como los trastornos depresivos, las adicciones, los trastornos de aprendizaje y de lenguaje, los trastornos oposicionistas, de conducta o por déficit de la atención, los trastornos del sueño, de la alimentación, también se pueden dar en esta etapa de la vida.

Cuando un paciente infantil presenta síntomas de alguno de estos trastornos, ya no sólo necesita que alguien lo vea y juegue con él o ella. En estos casos, existe la necesidad de la intervención, de que se le haga una verdadera valoración clínica, mediante la cual se va a determinar o confirmar la existencia de alguno de estos trastornos. Entre más temprano se detecten, mayor será la posibilidad de ayudarles a salir adelante, al llevar a cabo un sistema de tratamiento.

El poder definir un diagnóstico, permitirá asimismo en colaboración con los padres y otros especialistas, como parte de un equipo interdisciplinario más completo, llegar a tomar las medidas adecuadas y necesarias para un tratamiento global. Se trata de un esfuerzo humano para descubrir las causas de las enfermedades, detectarlas, conocerlas mejor y luchar contra ellas, como una forma de regresar al menor a su estado natural de salud.

Muchos niños, en especial aquellos que tienen dificultades de aprendizaje, podrían beneficiarse de abordajes pedagógicos individualizados que potencien los modos de aprender más adecuados para cada uno.

Por lo que es importante tener conciencia acerca de las formas personalizadas o diversas de enseñar, para dar espacio a distintas maneras de aprender. Podría traer como consecuencia que en el futuro muchos de los niños que hoy fracasan en sus estudios no lo hicieran y además pudieran desarrollar aquellos aspectos de su potencial para los que están mejor dotados.

También es conveniente, incrementar la conciencia tanto de los trabajadores de la salud, como del público en general, respecto a los avances en la clasificación y el tratamiento a dichos pacientes, con el propósito de reducir los conceptos equivocados y por lo tanto eliminar las barreras para solicitar atención, aumentando el apoyo de la comunidad y la familia para aquellos que sufren algún trastorno y facilitar la incorporación de los pacientes a la sociedad.

Todo paciente con una enfermedad mental, así como sus familiares tienen derecho a ser debidamente informados, en suficiente cantidad y calidad, sobre todos los aspectos relativos a su tratamiento.

La atención realizada por un equipo interdisciplinario ayuda a integrar y analizar el problema desde sus diversos aspectos, y al mismo tiempo a través del intercambio logran una visión integral para cada niño como ser único. Importa que los padres puedan aceptar ayuda frente a la dificultad y acompañar al niño en su necesidad de recibir apoyo. Con la orientación adecuada que el equipo puede brindar, los resultados no estarán exentos de esfuerzo.

El niño con dificultades de aprendizaje no está en condiciones de realizar con éxito las actividades escolares. Se siente disminuido, no valorado, padece de esas dificultades y no puede modificar por sí solo, por lo que el problema se agudiza y el niño sufre aún más.

Para estos niños no son aconsejables las "clases particulares", necesitan un tratamiento de reeducación o rehabilitación pedagógica basado en un diagnóstico individual e integral. Debe tenerse en cuenta que las dificultades específicas, ya sean leves o graves, tienden a permanecer crónicas.

Sin embargo, es muy importante brindarles apoyo para evitar que se produzca en los niños un profundo rechazo a los estudios, es preferible prevenir mediante un tratamiento adecuado antes que dejarlos relegados por esas limitaciones.

El aprender siempre va a estar ligado a las experiencias de la vida, a las experiencias afectivas del niño, cada niño nace con un abanico de potencialidades, para crecer, desarrollarse, y aprender, pero además necesita un ambiente adecuado que lo haga posible.

Este ambiente adecuado podríamos resumirlo en contar con la satisfacción de necesidades básicas físicas (alimentos, abrigo, cuidados corporales) y psíquicas (ser querido, valorado, incentivado).

No podemos pensar el aprendizaje del niño desde una concepción que crea que enseñar es darle un número determinado de conocimientos y conceptos, pero llegar a comprenderlos e integrarlos, poder hacer un uso creativo y crítico, es muy diferente y requiere tener en cuenta los afectos, las situaciones de vida, las situaciones concretas por las que transita el niño en cada momento.

Por último, me gustaría mencionar algunas cuestiones que surgieron al finalizar las actividades en el hospital, las cuales se remiten a la labor:

Como pedagogos podemos identificar un conjunto de signos y síntomas así como las repercusiones de los tratamientos que interfieren en los procesos de enseñanza aprendizaje.

Al trabajar en un hospital, es necesario conocer, consultar e investigar sobre los diagnósticos del menor para crear las estrategias pedagógicas de acuerdo a sus necesidades, asumiendo un compromiso de ampliar los conocimientos en beneficio para el trato con los menores.

El pedagogo que trabaja en el ámbito hospitalario no está capacitado para medicar y prescribir, pero podemos reconocer síntomas y trastornos que incapacitan al menor o a poder concentrarse, lo que provoca un descenso en su desempeño

académico, saber cuándo se aísla de los demás y cuándo llega a comportarse de manera agresiva.

Podemos aprender y conocer de los demás profesionales, ampliándonos una visión multidisciplinaria, llegando a una mejor comprensión y ayuda al menor, sin olvidar el objetivo de responder a las adversidades de la práctica profesional, poniendo como prioridad la sensibilidad humana y responsabilidad

Nosotros al estar en contacto con los niños, podemos aprender de ellos y ellos de nosotros esto es en un sentido bidireccional, aprendemos de la experiencia de vida de los menores y podemos reflexionar acerca de sus necesidades.

Para poder intervenir necesitamos de la aceptación y la confianza del otro, ya que nadie se dejaría ayudar por alguien en quien no confía. Y para ganarse la aceptación y la confianza debemos aprender a dejar de lado rigideces, olvidar prejuicios, así como aprender a transmitir a los demás que puedes trabajar con ellos sin poner en tela de juicio su propia manera de ser.

Es cierto que todavía queda mucho por pensar, aprender, progresar, construir conocimientos y formarse en todo lo referido al afecto y la relación.

El efecto y la relación forman parte de todo oficio de ámbito humano como el de la enseñanza y en las terapias psicopedagógicas. No se debe eliminar la relación entre lo cognitivo y lo social, que no sólo el conocer nos ayuda a resolver situaciones y nos hace profesionales, sino que es necesario compartirlo con el afecto y la relación con los menores con los que estamos trabajando.

Es importante reconocer que los pacientes que se atienden en este servicio tienen un apellido, un nombre, una historia que es un ser singular y que es preciso concebirlo como único, por lo que el trabajo que nos hace unirnos a él, también será único. Por lo cual, también es importante hablar de la implicación a la que somos cómplices y a la que en cierta forma utilizamos como herramienta imprescindible para el buen trabajo con los niños dentro de la terapia.

Esta relación afectiva se llevará a cabo siempre y cuando nosotros estemos comprometidos, involucrados con el niño con el fin de conocerlo y así poder apoyarlo en sus dificultades.

Se ha hablado de la necesidad de conocer al otro (paciente) y estar realmente implicados para tener un resultado, pero también, es necesario mencionar que como pedagogos trabajamos con seres humanos que tienen una historia, la cual debe de interesarnos particularmente, ya que nos sirve de mucho el tener referencias previas y partir de algo que ya está ahí y que gracias a las entrevistas con los padres, a la convivencia con ellos mismos y al expediente clínico como herramientas de referencias se pudieron realizar todas estas actividades.

“Aprendemos con la experiencia y nos formamos a través de ella”.

Anónimo.

Bibliografía

- AGOSTONI, Claudia (2008). *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- BARRUECO, A. y Ortiz (1997). *La acción deductiva en la asistencia al niño hospitalizado*. Revista de educación especial no. 23
- BASSEDAS, Eulalia y otros (1991). *Intervención Educativa y Diagnóstico Psicopedagógico*. España, Paidós.
- DE LA FUENTE, Ramón (1997) *Salud mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría México. Fondo de cultura económica.
- DOLTO, Françoise (S.f.) *Seminario de Psicoanálisis de Niños*. México, Siglo XXI.
- DÖRING, Ma. Teresa (1985). *Contra el manicomio. Servicio de investigación y Análisis a Salud Mental en México*. México, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- DOCKRELL, Julie y McShane John (1997) *Dificultades de aprendizaje en la infancia Un enfoque cognitivo*. Barcelona, Paidós.
- EISNER, E.W. (1998). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona, Paidós
- ESCANDÓN Carrillo, Roberto (2000). *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- ESTRADA Inda, Lauro (2003). *El ciclo vital de la familia*. México, Grijalbo.
- GARANTO, Alós (1995). *De la medicina a las Ciencias de la Educación: La pedagogía Hospitalaria*. En actas de las V jornadas de pedagogía hospitalaria. Oviedo Universidad.

- GARDNER, Howard (1983). *Inteligencias Múltiples*. Libro Básico. Castellano "Inteligencias múltiples" Estados Unidos, Paidós.
- GRAU, C y Ortiz, C. (2001) *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga. Aljibe.
- GUIMÓN, José (2004). *Eficacia de las terapias en salud mental*. España. edit. Desclee de Brouwer.
- HEUYER, Georgen (1976). *Introducción a la psiquiatría infantil*. México, Planeta mexicana.
- HOSPITAL PSQUIÁTICO INFANTIL DR. JUAN. N. NAVARRO (s/f).Folleto informativo.
- INEGI (2005). *Anuario Estadístico del Distrito Federal*. México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
- KNAUL, Felicia Marie (2006) *Un programa nacional para cumplir los derechos educativos de los niños, las niñas, las y los jóvenes y las familias desde el hospital: el caso de sigamos aprendiendo...en el hospital en México*. México, D.F. Seminario Internacional "Inclusión educativa para niños, niñas y jóvenes hospitalizados y que viven con enfermedad".
- LATORRE, A; Del Rincón y Arnal ,J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. España, Barcelona.
- LECOMPTE, M.D. (1995) *Un matrimonio conveniente: Diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas*. California, Academia
- MEDINA Mora, Ma. Elena (2005) *La epidemiología de la salud mental en México. Boletín especial de salud mental*. Resumen del trabajo "La salud mental en México. Retos y perspectivas".Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría(INP).<http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. [Consultado el 07/02/05]
- NÚÑEZ, R (2003). *La oferta y demanda de servicios de salud en las grandes urbes en México*. México. Mimeo; Centro de Investigaciones en Salud Pública.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS).

PÉREZ, Serrano (1994). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes I. Métodos*. España, Madrid, La Muralla.

PLM. (2004). *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. México, Thomson.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2000-2006, (2001)
www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_7/sinaiis.pdf

RÍOS Molina, Andrés (2009). *El Manicomio General La Castañeda en México*. México. Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Debates.

RIVERA Garza, Cristina, (1994). *La vida en reclusión: cotidianeidad y Estado en el Manicomio General La Castañeda (México, 1960-1970)*". México: Fondo de Cultura Económica - El Colegio de Michoacán.

RODRÍGUEZ Gómez, G. (1999) *Hacia el tercer milenio: Cambio educativo y educación para el cambio. Avances en las técnicas cualitativas de investigación socio- educativa*. España, Madrid. Sociedad Española de Pedagogía.

ROSSMAN Y RALLIS (1998). *Resultados de la investigación cualitativa*. En Sandin, M. Paz. *Investigación Cualitativa en Educación*, Madrid, Mc Graw Hill

SANDIN, M. Paz (2003) *Investigación Cualitativa en Educación*. España, Madrid, Mc Graw Hill.

SUÁREZ Vázquez, Maria (2006). *Inclusión educativa para niños, niñas y jóvenes hospitalizados*. Un análisis basado en el programa Nacional de México. México.

SECRETARÍA DE SALUD (2001). *Prioridad a salud mental y adicciones*. Comunicado Prensa No.35,15/Marzo/2001
<http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/salanoticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm>. Consultado el [13/05/06]

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (s.f.) *"Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro"*. México, D.F. Dirección General de Salud Mental.

SHERMAN, R y Webb, R (1988). *La investigación cualitativa en educación*. Philadelphia. El Falmer Prensa

STAKE, R.E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. España, Madrid. Morata.

STRAUSS, A. y Corbin, J. (1990) *El análisis cualitativo para los científicos sociales*. California: Sage.

VERDUGO, M.a. (2000): Autodeterminación y calidad de vida en los alumnos con necesidades especiales. Siglo cero, vol 3 No.189

VOZ PRO SALUD MENTAL

Proyecto "ProSaludMental". <http://portal.vozprosaludmental.org.mx>

[Consultado 24/05/ 03]

http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2003-08-01_639.html comunicado de prensa no.164 [Consultado el 27/12/06]

http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-10-13-151-ACCION-EN-SALUD-MENTAL.htm [Consultado el 27/12/06]

http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap1.pdf [Consultado el 04/01/07]

<http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Glosario/H/Hiperorexia.htm?pagina=4>
[Consultado 21/12/08]

<http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/hiperfagia.html>
[Consultado 21/12/08]

http://www.lubrano.com/cgi-bin/glosario/mostrar_contenido. [Consultado 12/03/09]

http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_Bol3511205. Boletín 20 dic.06 [Consultado 22 FEB 07]

Glosario

Egocéntrico.- Centrado sobre sí mismo; egoístamente preocupado con sus propios intereses, falta de interés por otros.

Hiperactividad.- Alteración de la conducta infantil que consiste en la imposibilidad de permanecer quieto, estando en continua actividad y movimiento, incluso durante el sueño.

Hiperorexia.- Exceso de apetito exagerado e insaciable.

Hiperfagia.- Como ya se sabe el tener hambre es un deseo normal de comer alimentos cuando se tiene necesidad. Pero cuando este deseo está aumentado ó incontrolable llegando a comer a cualquier hora e incluso después de haber comido adecuadamente, estamos hablando de polifagia, hiperfagia o aumento de apetito. Hay cuadros de aumento de apetito persistente o en ciclos de más o menos apetito, como efecto secundario directo puede haber aumento o no del peso corporal. La hiperfagia puede ser el resultado de dos grandes grupos de posibilidades, siendo el primer grupo los trastornos psicológicos y el segundo grupo las alteraciones hormonales. Dentro de estos grandes grupos las patologías que destacan son:

Hiporexia.- Pérdida de apetito, dejar de comer aunque sólo sea un poco y por escasos días. La hiporexia no es otra cosa que la pérdida parcial del apetito, diferenciándose de la anorexia que es la pérdida total. Cuando un niño o un adulto disminuyen la ingesta de alimentos por varios días, no uno o dos, decimos que tiene hiporexia.

Narcolepsia: Los síntomas incluyen somnolencia diurna, episodios inapropiados de sueño, y la pérdida repentina del tono muscular voluntario.

Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).- fue conocido previamente como un padecimiento de déficit de atención o como disfunción cerebral mínima. Otros términos utilizados para describir este síndrome conductual incluyen: padecimiento hiperkinético, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, disfunción cerebral menor y síndrome psico-orgánico en niños.

ANEXOS

Entrevistas finales
Padres de familia

*Al asistir a la terapia psicopedagógica:

L.L.G.

1.-¿Ha visto algún avance en lo académico como en su comportamiento?

Si he visto mejoría y avance en lo académico y en lo social, en la escuela me comentan que ha avanzado, lee ya mejor por que antes como que le costaba, ya escribe mejor ya casi no confunde la b y d. Su socialización ha mejorado, en las fiestas ya se despega de mí y se va a jugar y a convivir con sus primas.

2.- ¿Cree que le ha ayudado la terapia?

Si le ha servido la terapia, luego me comenta lo que hacen en la sesión y también lo que juegan y yo he visto que ha mejorado.

3.- ¿Qué opinión tiene usted del servicio?

Yo opino del servicio que es bueno pero también depende de que ella le eche ganas, solo que el genio que tiene no lo ayuda y se que esto es muy lento y que va avanzando poco a poco.

Nota:

Se entrevisto solo a la madre de la menor

Se puede observar en la madre cierta desorganización al contestar los cuestionamientos que se le hacían ya que contestaba de manera global esto es que sus ideas eran muy generales y en ocasiones se desviaba del tema por lo que se le tuvo que repetir las preguntas.

También se puede mencionar que hubo poco contacto visual con la entrevistadora.

En general la señora estuvo participativa y accesible. El padre no asistió a la entrevista por motivos de trabajo. Viene a la ciudad cada 15 días.

R.E.O.V.

1.- ¿Ha visto algún progreso desde que entro a la terapia, tanto académicamente como en su comportamiento?

Si, en su escritura ha mejorado, ya hace sus tareas completas, en su pronunciación también, gracias a la terapia de lenguaje, ya puede decir sílabas trabadas.

En su comportamiento también, es más cariñosa, más sociable, ya opina ya tiene como 3 meses que no llora.

2.-¿Cree que le ha ayudado la terapia?

Si, le ha ayudado mucho, ha cambiado, "ya es Rosario, ya es ella".

3.-¿Qué opina del servicio?

Que es bueno, le ha ayudado mucho.

N.U.R.S.

1.- ¿Ha visto algún progreso desde que entro a la terapia, tanto académicamente como en su comportamiento?

Sí, mucho, ha mejorado, ha avanzado, ya no es tan enojón, hace las tareas de la escuela y también las de aquí. Habla más conmigo, ya no le cuesta trabajo hablar de su papá.

2.- ¿Cree que le ha ayudado la terapia?

Si le ha ayudado, últimamente se ve mucho el cambio y en todo, ya habla más conmigo, ya no esta tan agresivo. Desde el primer día que vino le gusto, está muy contento

3.- ¿Qué opina del servicio?

Esta muy bien, es algo individual, yo pensé que atendían a muchos niños, pero no, ya vi que son pocos y los ayudan más si son grupos pequeños.

Medicamentos

CONCERTA.- pertenece al grupo de medicamentos llamados psicoestimulantes. Se utiliza en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes y niños mayores de seis años. Contiene un estimulante (llamado hidrocloreuro de metilfenidato), que mejora la atención y disminuye el comportamiento impulsivo. Los comprimidos son de "liberación prolongada". Esto significa que liberan lentamente la sustancia activa. Los efectos adversos frecuentes son: Insomnio, movimiento involuntario (tic), agresión, ansiedad, cambios repentinos del estado de ánimo, mareo, malestar o dolor de estómago, sentir náuseas o tener ganas de vomitar, diarrea, Irritabilidad y fiebre.

RITALIN está indicado como parte de un programa de tratamiento comprensivo que típicamente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales que están enfocadas a estabilizar a los niños con síndrome de comportamiento caracterizado por distractibilidad moderada a severa, periodos de atención corta, hiperactividad, labilidad emocional e impulsividad. En el tratamiento de TDAH, se deberá hacer un intento por administrar el medicamento durante periodos de más estrés académico, de comportamiento y social.

TALPRAMIN.- es un antidepresivo eficaz de primera elección para el tratamiento de la depresión endógena y no endógena, depresión neurótica y como terapia combinada con un neuroléptico para la depresión.

Se utiliza como tratamiento de primera elección en pacientes pediátricos para la enuresis, en los terrores nocturnos. Se utiliza con éxito en los trastornos de ansiedad como el ataque de pánico y en pacientes pediátricos con problemas del comportamiento como el déficit de atención. Los efectos colaterales más comunes son náuseas, cefalea, vértigo, visión borrosa, sudación, constipación, hipotensión postural, taquicardia, disuria, mal sabor de boca.

TRADEA[®] es un estimulante del sistema nervioso central, que está indicado como parte del tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), también está indicado para el tratamiento del trastorno del sueño conocido como narcolepsia. Las reacciones adversas más comunes son el nerviosismo y el insomnio.