
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

ACADEMIA DE PSICOLOGÍA

**INFORME DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL: PROGRAMA
APLICADO A UN NIÑO CON ASPERGER+TDAH PARA SU
INCLUSIÓN EN PRIMARIA REGULAR.**

**Proyecto que para obtener el título de licenciado en psicología educativa
presenta:**

DAVID LUVIANO FLORES

México, D.F., 2012

ASESOR:

CELIA MARÍA DEL PILAR ARAMBURU CEÑAL

Gracias

A mis padres, mi hermana, mis hermanos. A todos mis maestros y maestras. Al universo.

ÍNDICE

Página

Introducción.....	4
-------------------	---

CAPÍTULO I

GENERALIDADES SOBRE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Dispositivos básicos para el aprendizaje.....	11
Necesidades educativas especiales (NEE).....	14
Relación maestro-alumno en situación de NEE: un estudio de caso.....	17
La enseñanza efectiva.....	19
Desarrollo normal: psicología evolutiva del niño(a).....	22
Equidad escolar.....	26
Diversidad funcional para alcanzar la equidad escolar.....	28
De la Integración Educativa a la Inclusión Educativa.....	30
Descripción de las necesidades educativas complejas.....	33
La inclusión de niños(as) con necesidades complejas.....	35

CAPÍTULO II

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Etiología del autismo.....	39
Sinapsis en el autismo: dificultades específicas.....	41
Síndrome de Asperger es un tipo de autismo	45
Comorbilidad.....	

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE ENSEÑANZA ESTRUCTURADA:

TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN DE NIÑOS(AS) CON AUTISMO Y DESVENTAJAS RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN (TEACCH); COMO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

Principios educativos del TEACCH: Ventajas y desventajas.....	48
Adecuando el ambiente educativo.....	49
Tratamiento y Educación de Niños(as) con Autismo y con Desventajas en la Comunicación: Programa de intervención.....	52

CAPÍTULO IV

PROCEDIMIENTO

Identificación de la problemática.....	59
Objetivos.....	61
Participantes.....	
Escenario.....	62
Instrumentos.....	
Fases de la evaluación psicodiagnóstica inicial.....	66
Resultados: evaluación psicodiagnóstica inicial.....	74
Intervención.....	86

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Síntesis: evaluación psicodiagnóstica final.....	101
Alcances y limitaciones.....	103
Sugerencias y papel del psicólogo educativo en la intervención.....	104
Referencias.....	108
Anexos.....	117

Resumen

El índice de autismo en México se ha incrementado cada año, en 2007 se reportó que existe un niño(a) autista por cada ciento cincuenta nacimientos; para 2011 se pronosticó que los diagnósticos de autismo superarían a los casos de cáncer y diabetes infantil, estos datos reflejan la urgente, necesaria y eficaz atención requerida para estos niños(as) sobre todo a edades tempranas con el objeto de brindarles un desarrollo y aceptación social que les permita una inclusión escolar completa y una vida social con dignidad.

Por tal motivo esta investigación se enfoca en el estudio de caso de un niño de nueve años diagnosticado con síndrome de Asperger (autismo leve) en comorbilidad con TDAH. Dicho alumno está inscrito en una escuela pública de tipo regular donde ha presentado previamente dificultades en la comunicación y socialización, así como también barreras para el aprendizaje, dificultades que en su conjunto le privan de un rendimiento escolar aceptable y una socialización funcional.

Se procedió a evaluar las NEE con una batería de pruebas (psicodiagnóstico inicial), posteriormente se intervino con un programa de enseñanza estructurada basado en la estrategia TEACCH, el cual tiene una modalidad de curriculum integral para tercer grado de primaria, donde se involucró a madre, padre y maestra. Al final de la intervención se evaluó el impacto del mismo con resultados satisfactorios en: el rendimiento escolar, mejoramiento en el desarrollo de habilidades de comunicación y socialización (dificultades típicas del autismo), mejorando también en contenidos escolares diversos y reduciendo algunos signos del TDAH como es principalmente los periodos cortos de concentración.

Atentamente

Vo. Bo.

David Luviano Flores

Matrícula: 06210241

Generación: 2006-2010

Teléfono: 5585-5693

Mtra. Celia María del Pilar Aramburu

Asesora

Introducción

El presente trabajo aborda la aplicación de un programa de intervención psicoeducativa (Schopler, 1970) para favorecer la inclusión de un niño con el síndrome de Asperger, que fue aplicado conjuntamente involucrando a padre, madre y maestra para así mejorar su comunicación e interacción, que son dos aspectos determinantes para modificar y eliminar las dificultades que presenta el síndrome.

En este trabajo se han detallado dos dimensiones analíticas del objeto de atención psicoeducativa:

- a) Trastorno del Espectro Autista (TEA): Será ubicado como el concepto más genérico.
- b) Síndrome de Asperger (SA): Conceptualizado como el conjunto de signos y síntomas los cuales están incluidos dentro del TEA. El SA es el objeto de intervención.

El propósito de este trabajo fue llevar a cabo una intervención psicopedagógica a un niño escolarizado en una escuela regular; diagnosticado con SA+ TDAH y que presenta barreras para el aprendizaje. Se trata de que con la intervención psicopedagógica se diseñen los apoyos y ayudas que aminoren sus dificultades de aprendizaje y la participación, para que las condiciones de escolarización sean lo más favorecedoras para el desarrollo educativo y personal.

Se aplicó un programa que entrena a los(as) escolares en habilidades de autorregulación así como en áreas de socialización y comunicación para impactar finalmente en el rendimiento escolar.

Hans Asperger (1952) indica que hay dos fenómenos especialmente ricos en expresión anímica: la mirada y el lenguaje humano. Señala además la relevancia que tiene la mirada en la expresión humana, ya que puede indicarnos que los sujetos con SA no le otorgan el suficiente contenido comunicativo como lo hacen las demás personas; por lo tanto el modo de la mirada suele ser difuso, frío, desviado, se retiene por lapsos de tiempo muy cortos e incluso suele evitarse por completo, contribuyendo a bloquear toda expresión anímica y comunicativa al momento de interactuar y entablar diálogos.

En resumen, la mirada es una variable importante en el SA, ya que al niño con este trastorno se le dificulta el intercambio de este tipo de señal de afecto y forma de

comunicación (mirada), la cual interfiere en la comprensión de los estados mentales de los(as) otros(as) y en la decodificación del mensaje verbal que se pretende recibir.

Así finalmente el "ojo interior" del que nos habla Humphrey (citado en Valdez, 2005) es la "mirada mental" que nos abre las posibilidades de descifrar la conducta de los(as) otros(as), "leer" sus mentes, organizar el caos en el que nos sumiría la "ceguera mental". Esta habilidad para descifrar la conducta, es una debilidad que presentan de modo general los sujetos con SA.

Muchas de las alteraciones halladas en el SA están vinculadas con las fallas en competencias mentalistas, entre las que se pueden mencionar según Riviere, Sarriá y Núñez (citado en Valdez, 2005):

- Dificultades para relacionarse con iguales.
- Carencia de sensibilidad a las señales sociales.
- Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal.
- Carencia de reciprocidad emocional.
- Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente "dobles intenciones".
- Dificultades para interpretar enunciados no literales o con doble sentido.
- Limitación importante en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación.
- Dificultad adaptativa a los cambios y pobre nivel de tolerancia a la frustración.
- Dificultades para saber "de qué conversar" con otras personas, y
- Dificultades para producir emisiones relevantes a las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.

Así, este trabajo buscó moldear, aplicar y evaluar el programa Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Dificultades relacionadas con la Comunicación (TEACCH), de manera adaptada a las posibilidades del niño, para favorecer la calidad de sus interacciones y brindar mayor nivel de seguridad y confianza en sus capacidades de comunicarse y vincularse socialmente, aspecto que al promoverse va a impactar en el entorno del alumno.

Para lograr lo anterior, desde la perspectiva de Valdez (2005) se requirió de un trabajo conjunto entre familia, escuela y los(as) distintos profesionales que trabajan con el niño: se trata de que mediante un "profesor(a) inclusivo" (o mediador, o el nombre que se

le asigne en cada institución) se diseñe un sistema de ayudas concretas, explícitas y específicas (asumiendo que son tan importantes las actividades académicas como las actividades en los recreos), las cuales tienen relación con:

- la comunicación, la tarea y los contenidos curriculares,
- la interacción con los pares, dinámica familiar y comunitaria; y
- la interacción con los(as) profesores(as).

Un aspecto importante son las adaptaciones curriculares que pueden ser *necesarias*, pero nunca *suficientes*: con frecuencia son las *adaptaciones comunicativas* las que favorecen el proceso de enseñanza y aprendizaje, aunque en ocasiones no sean éstas objeto privilegiado de análisis, revisión y discusión entre los(as) docentes y profesionales (Valdez, 2005), por lo tanto, el/la escolar carece de un entorno integrador e inclusivo.

El presente informe consta de cinco capítulos en los cuales el primero trata las generalidades sobre las necesidades educativas especiales, asociadas a una integración e inclusión educativa. En el segundo capítulo se describe el TEA; en el tercer capítulo se describe y reflexiona acerca del programa de enseñanza estructurada: Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Desventajas Relacionadas a la Comunicación, que dará contexto teórico a la intervención psicopedagógica que se moldeó conforme a las necesidades del niño.

El cuarto capítulo describe el procedimiento, donde se seleccionó a un niño diagnosticado por el área de psiquiatría, con el síndrome de SA + Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Este diagnóstico inicial se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, pues se requiere un tratamiento multidisciplinario ya que además presenta bajo rendimiento escolar y pobre nivel de habilidades comunicativas y psicosociales. Por lo anterior; la problemática se abordó en tres fases:

- 1.- Evaluación psicodiagnóstica inicial (batería de pruebas)
- 2.- Aplicación de programa TEACCH.
- 3.- Evaluación Final

El último capítulo se centra en las conclusiones y la información recabada con los instrumentos, con el objeto de analizar, sintetizar y sugerir las medidas necesarias alcanzando los objetivos planteados en este trabajo de investigación.

Se consideró importante abordar de modo interdisciplinar esta problemática y por tal motivo modificar las dificultades en función a un modelo altamente eficiente para el TEA y probado por más de cuarenta años en Estados Unidos América (EUA) con resultados positivos.

Por lo tanto, comprobar la eficacia del TEACCH no es prioridad, ya que ha sido utilizado en EUA por más de 40 años; en México su utilización se ha ubicado, principalmente, más no exclusivamente, en organizaciones no gubernamentales, tal es el caso de la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA, A. C.) y Centro Belén, entre otras.

Objetivo general

- Contribuir a que el alumno desarrolle habilidades de interacción y comunicación hacia su entorno de modo integral.

Objetivos específicos

- Informar acerca de las necesidades educativas especiales mediante la aplicación de una prueba inicial (evaluación psicodiagnóstica inicial) para hacer inventario de las dificultades del alumno.
- Aplicar programa de enseñanza estructurada con instrucciones para el alumno, la maestra, el padre y madre.
- Evaluar (evaluación psicodiagnóstica final) para identificar cambios en las habilidades psicosociales y en el rendimiento escolar global al finalizar el ciclo escolar.

“Natura non facit saltus” (la naturaleza no da saltos)

...desde Aristóteles (384—322 a. C.) a Gottfried Wilhelm Leibniz (1646 -1716)

CAPÍTULO I

GENERALIDADES SOBRE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Los padres, madres y maestros(as) se preocupan mucho y se decepcionan cuando su hijo(a)/alumno(a) tiene problemas en la escuela. Hay muchas razones para el fracaso y retraso escolar pero entre las más comunes se encuentran de modo general las dificultades de aprendizaje.

De modo general, las dificultades de aprendizaje son una problemática que puede manifestarse en el aula de muchas maneras, tal es el caso de no seguir instrucciones, no prestar atención sostenida, problemática para la recepción, procesamiento y comunicación de la información: según Bautista (2002) las dificultades de aprendizaje afectan a un quince por ciento de los(as) niños(as) en edad escolar. Algunos(as) niños(as) con dificultades de aprendizaje son también hiperactivos, tienen una capacidad para prestar atención reducida y pueden presentar autismo.

Los psiquiatras y psicólogos de niños(as) y adolescentes aseguran que las dificultades de aprendizaje se pueden tratar, pero si no se identifican oportunamente y se les da tratamiento adecuado a edad temprana sus efectos pueden ir aumentando y agravándose.

En referencia a lo anterior, hay datos y estudios que confirman esta necesidad oportuna y temprana de intervención, tal es el caso de lo que comenta la Academia Americana de Psiquiatría en Niños y Adolescentes (AACAP), la cual concluye y hace explícito a modo de ejemplo:

Un(a) niño(a) que no aprende a sumar en la escuela primaria difícilmente podrá aprender álgebra en la escuela secundaria. El niño(a), al esforzarse tanto por aprender, se frustra y desarrolla problemas emocionales, como el de disminuir la confianza en sí mismo con tantos fracasos. Algunos niños(as) con dificultades de aprendizaje se portan mal en la escuela porque prefieren que los crean "malos" a que los crean "estúpidos" (AACAP, 2009).

Los padres y madres deben estar conscientes (Bautista, 2002) de las señales que indican la presencia de una dificultad de aprendizaje, si el niño(a):

- tiene dificultad entendiendo y siguiendo instrucciones;
- tiene dificultad recordando lo que se le acaba de decir y mantenerse atento y concentrado por periodos regulares de tiempo;
- no domina las destrezas básicas de lectura, escritura y matemáticas
- tiene dificultad distinguiendo entre la derecha y la izquierda, por ejemplo: confundiendo el número 25 con el número 52, la "b" con la "d", y "le" con "el"; le falta coordinación al caminar, jugar deportes o llevar a cabo actividades sencillas, tales como aguantar un lápiz o amarrarse las agujetas del zapato, fácilmente se le pierden o extravían sus asignaciones, libros de la escuela y otros artículos; no puede entender el concepto de tiempo, se confunde con ayer, hoy y mañana.

Tales señales merecen una evaluación comprensiva para analizar los diferentes factores que afectan al niño(a). Un psiquiatra de niños(as) y adolescentes y un psicólogo educativo pueden ayudar a coordinar la evaluación y trabajar con profesionales de la escuela para llevar a cabo la evaluación, las pruebas necesarias y así identificar si existe una dificultad de aprendizaje asociada a una dificultad más profunda, tal es el caso de las discapacidad como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Síndrome de Down, SA, etc.

Después de evaluar al niño(a), de entrevistar a la familia, de evaluar la situación de aprendizaje, de revisar las pruebas educativas, de consultar con la escuela y el equipo psicopedagógico sobre cómo ayudar al niño(a) en la escuela y la necesidad de ayudas especiales, tales como terapia de educación especial, o terapia de lenguaje; los pasos que deben seguir los(as) padres/madres para asistir al niño(a) son indispensables para lograr el máximo posible de su potencial de aprendizaje incluyéndolo(a) en condiciones regulares.

Algunas veces se recomienda psicoterapia individual o de familia, terapia psicosocial-cognitiva (psicólogo educativo) y en otras se recetan medicamentos para la hiperactividad o para la distracción (paidopsiquiatra). Es importante reforzar la confianza del niño(a) en sí mismo, esta situación es vital para un desarrollo saludable y también ayudar a los(as) padres/madres y demás miembros de la familia a que entiendan, comprendan y puedan hacer frente a las realidades de un niño(a) con dificultades de aprendizaje (AACAP, 2009).

Como se comentó anteriormente los padres y madres son el primer foco de detección y al presentarse estas dificultades en diversas áreas, los profesores(as) y los profesionales en conjunto deben evaluar y hacer diagnóstico de estas necesidades para

abordarlo de manera multidisciplinaria. Después de haber comentado las consideraciones relacionadas con las dificultades de aprendizaje se hace necesario abordar el tema de las *necesidades educativas especiales* que a continuación se trata.

Dispositivos básicos para el aprendizaje

El aprendizaje como fenómeno y mecanismo de integración según Carrera; Salgado; Espinoza y Carreño (2005), requiere de requisitos básicos para que pueda completarse este fenómeno neuropsicológico, los cuales son:

- ° Gnosias (procesamiento perceptivo)
- ° Praxias (procesamiento psicomotor)
- ° Atención (percepción sostenida en un objeto, hecho o persona)
- ° Memoria (percepción y recuperación de esquemas)
- ° Pensamiento (motivación emocional para el aprendizaje), y
- ° Lenguaje (comunicación)

Se considera importante señalar que tales dispositivos ó *requisitos*, según estudios especializados en el campo del aprendizaje, son integrados de modo global por una fuerte influencia de especialización cerebral de modo interdependiente por su propia naturaleza y por su género tal como se observa a continuación en la Tabla 1 y 2:

Tabla 1. Psicofisiología de los hemisferios cerebrales

<i>Izquierdo: lógico</i>	<i>Derecho: Intuitivo</i>
° Maneja el sentido del tiempo	° Maneja el sentido del espacio
° Abstracto	° Concreto
° Genera el lenguaje hablado	° Interpreta el lenguaje a través de gestos, movimientos faciales, emociones y lenguaje corporal
° Analítico	° Sintético
° Detalle(minucioso)	° Global (Gestalt)
° Racional (causa-efecto)	° Analógico
° Numérico	° Literario
° Secuencial	° Simultáneo
° Estable	° Impulsivo
° Conocimiento aprendido académicamente	° Conocimiento aprendido a través de la práctica
° Estructurado en el tiempo, ordenado, clasificado, seriado	° Desestructurado, al azar
° Pensamiento consciente, razonamiento	° Inconsciente, insight repentino
° Discurso racional	° Sueños, no verbal
° Científico , lógico	° Espiritual, místico
° Se especializa en reconocer palabras y números(en palabras)	° Se especializa en reconocer caras, lugares, objetos y música

Carrera et al. (2005).

Tabla 2. Diferencias estructurales y de rendimiento

Femenino	Masculino
° Menos pesado, menos asimétrico, pero con mayor desarrollo del hemisferio izquierdo	° El hemisferio derecho está más desarrollado que el izquierdo
° Existe un porcentaje similar de materia gris en los dos hemisferios	° Existe mayor porcentaje de materia gris en el hemisferio izquierdo
° El cuerpo caloso es más ancho por que tienen mayor conexión entre los dos hemisferios	° Existe mayor número de neuronas en la corteza cerebral
° Menos lateralizadas y ambidextras con más frecuencia	° Está más fuertemente lateralizado y demuestran una buena orientación espacial
° Mayor facilidad verbal	° Sus reacciones son más rápidas
° Más hábiles en multifunciones	° Se muestran agresivos con mayor frecuencia
° Mayor rendimiento en pruebas que miden velocidad perceptiva, fluencia verbal, cálculo matemático, secuenciación y tareas de precisión manual	° Tienen mejor rendimiento en pruebas que miden tareas espaciales y razonamiento matemático

Carrera et al. (2005).

En cuanto a la motivación, uno de los dispositivos básicos para el aprendizaje mencionados anteriormente (*pensamiento*), se encontró que mediante el interés que tiene el niño(a) por aprender se desprenden tres principios (Garrido; Barragán; Burgos; Cabrera; Cano; Martínez; Rosales; Saes y Sánchez, 1999):

1.- La educación permanente: El alumno(a) se interesa por aprender por si mismo necesitando la figura del maestro(a) como mediador(a) entre él/ella, su ambiente y el aprendizaje.

2.- Método activo-participativo: En el proceso de enseñanza-aprendizaje el/la alumno(a) se reconoce como protagonista utilizando métodos basados en la experiencia previa procurando aprender de modo significativo, funcional y buscando siempre ser aplicable a la vida cotidiana, y

3.- Aprendizaje significativo: Se consume en función al medio que lo rodea o su ambiente social y cultural. Para el/ella todo aprendizaje será significativo partiendo de sus intereses personales.

Después de revisar la descripción de los dispositivos básicos (requisitos para aprender), características, diferencias funcionales y psicofisiológicas de cada hemisferio cerebral y de cada sexo en función al proceso de aprendizaje, se puede inferir que si los requisitos están presentes en el alumno(a) se da entonces el fenómeno del aprendizaje; si no es así conceptualmente se hablará de necesidades educativas especiales término que a continuación se desarrolla.

Necesidades educativas especiales

Una necesidad educativa especial (NEE), según la definición del Informe Warnock (Marchesi; Palacios y Coll, 2001) es cuando un(a) alumno(a) presenta dificultades mayores que el resto de sus compañeros(as) para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículo que le corresponde por su edad y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso y/ o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese currículo.

Estas NEE pueden clasificarse en tres grupos generales según Norwich (citado en Moriña, 2004), con un enfoque crítico; pero con el objeto de hacer un balance entre cada una de ellas:

- a) necesidades individuales: Surgen de las características diferentes de los otros(as).
- b) necesidades excepcionales. Surgen de las características compartidas por algunas personas, como por ejemplo necesidades visuales, altas capacidades musicales.
- c) necesidades comunes: Surgen de las características compartidas por todos.

El concepto de necesidades educativas especiales se comenzó a emplear en la década de los sesenta pero es hasta una década después que se hace posible su utilización:

en 1974 se presenta por parte del secretario de educación en el Reino Unido a una comisión de expertos que fue presidida por Mary Warnock con un enorme acierto y que logró replantear una concepción diferente a la existente sobre este tema. Años después se hicieron parte de la legislación educativa inglesa y se extendieron posteriormente a la mayoría de los sistemas educativos (Marchesi et al., 2001).

En el mismo informe se menciona que no son características fijas sino que las necesidades educativas especiales se definen por su contexto. La valoración o diagnóstico de las dificultades de aprendizaje no debe centrarse solamente en los alumnos(as) (Warnock citado en Marchesi et al., 2001) sino que debe tomar en cuenta el contexto en el que el aprendizaje se produce: el funcionamiento de la escuela, recursos disponibles, la flexibilidad de la enseñanza, los métodos empleados y los criterios de evaluación utilizados. Es decir, se supone no sólo conocer las variables sino cómo se han generado las dificultades y cuál es la respuesta educativa más adecuada.

Un niño ciego, sordo o con parálisis cerebral presenta inicialmente unas dificultades que no tienen sus compañeros. Sin embargo, el acento está ahora en la capacidad del centro educativo para adaptar sus enseñanzas a las necesidades de estos alumnos y ofrecer, de esta forma, una respuesta satisfactoria (p. 29).

Por lo anterior se observa el requerimiento de una evaluación psicoeducativa para conceptualizar e identificar en el alumno(a) los apoyos para de esta manera lograr su funcionalidad en los procesos de aprendizaje.

Existen algunos mitos sobre la valoración y atención de las NEE, los cuales vale la pena enlistar para objeto de análisis por su marcada presencia en el ambiente escolar y su innegable influencia en el entendimiento de lo que en verdad es una NEE. Tales mitos han sido estudiados en profundidad por Shevin (citado en Moriña, 2004) y obviamente son desmentidos:

- Mito1: La atención de las necesidades especiales está siendo impuesta en las escuelas por ideologías externas y por padres y madres que no son realistas, que no aceptan que sus hijos(as) sean diferentes.
- Mito 2: Las personas a favor de la inclusión solo se preocupan de los alumnos(as) con NEE.
- Mito 3: Los defensores de incluir a sujetos con NEE se apoyan sólo en valores y filosofía: no hay investigación ni datos.

- Mito 4: La segregación (exclusión) no es inherentemente un problema, es la mala segregación la que es un problema.
- Mito 5: El sistema educativo no está roto (dividido).
- Mito 6: Los defensores de la inclusión piensan que se necesitan cambios porque los profesionales de la educación especial no están lo suficientemente preparados.
- Mito 7: Los defensores de la inclusión sostienen que los profesionales de la educación especial tienen que desaparecer.
- Mito 8: Se requiere un(a) profesional especial para trabajar con esos niños(as).
- Mito 9: Las NEE dan lugar a una nueva carga para el profesor(a) y tutor(a).
- Mito 10: El currículum de la educación general está distorsionado.
- Mito 11: Los servicios especiales deben darse en lugares especiales.
- Mito 12: Sin clases de educación especial, los niños(as) con NEE no aprenderán las destrezas para una vida funcional.
- Mito 13: Para mantener la seguridad de los niños(as) especiales es más conveniente que sólo se relacionen entre sí.
- Mito 14: Incluir niños(as) con discapacidad es valorar los objetivos sociales más que los objetivos educativos.
- Mito 15: Incluir a niños(a) con discapacidad es un favor que se hace a determinados alumnos(as) a costa de otros niños(as).
- Mito 16: Se necesitan años para poder planificar y preparar programas antes que se pueda empezar a atender las NEE.

En México es criticada la postura y conceptualización de las NEE en función a su real aplicación actual, ya que Calasanz (citado en Arias, 2007) considera indispensable que al reconocer desventajas en los alumnos(as) estos(as) sean atendidos en planteles que dispongan de docentes y directivos con preparación didáctica, valores, ética y compromiso para una verdadera reforma social. Como ejemplo a esto cabe mencionar al Centro de Rehabilitación Infantil (CRI), el Centro de Atención Múltiple (CAM), a la Unidad de Apoyo a la Enseñanza Regular (USAER), entre otros, que en común conciben:

La palabra NEE es mucho más específica al reconocer que este tipo de necesidad se presenta en personas que requieren de alguna adaptación curricular o áulica para acreditar sus estudios (p.9).

Se observa de modo general diferencias en la concepción y cobertura de las NEE; por lo tanto a continuación se hará una revisión a un elemento básico: el vínculo maestro(a) - alumno(a), el cual configura de modo determinante el pronóstico de rendimiento de un(a) estudiante.

Relación maestro-alumno en situación de NEE: un estudio de caso

En estudios especializados en la relación interactiva entre maestro(a) y alumno(a) con necesidades educativas especiales (Martínez y Aclé citados en Mares; Martínez y Rojo et al., 2009), se plantea que éstas relaciones son concebidas por el maestro(a) como *conflictivas* y *disruptivas* al no lograr controlar la conducta del niño(a). Además, se refiere a la confusión de los(as) docentes entre los problemas de conducta con los de aprendizaje o bajo rendimiento escolar porque suponen que las causas radican en el niño de modo exclusivo.

Además, se aprecia que los(as) maestros(as) orientan y prescriben al alumno(a) hacia la atención adicional de educación especial en lugar de su inclusión a la escuela regular. Por tal motivo diversos investigadores argumentan sobre la necesidad de una formación docente apropiada para dar respuesta al trabajo escolar con alumnos(as) con NEE. (González; Martínez; Macotela, Flores y Seda citados en Mares et al., 2009).

Las expectativas del profesor(a) hacia sus alumnos(as) son de gran influencia en la interacción y el ambiente del aula. Normalmente, las expectativas que el profesor(a) tiene del alumno(a) se basan (Brophy y Good citados en Díaz-Aguado, 1996) en la observación de su conducta y en lo que sabe de él por otras fuentes indirectas (notas de cursos anteriores, resultados de test, comentarios de otros profesores).

Por tanto, cabe puntualizar que dichas expectativas deban ser correctas, viables, lógicas y dentro de su capacidad real del alumno(a) siempre y cuando lo sean los datos en los que se basan (valoración previa), y que, en caso de no serlo, se modifiquen al hallar evidencia en contra, haciéndose así estas expectativas del profesor(a) justas hacia cada alumno(a) en particular.

Por otra parte, de manera innegable el tema de la discriminación en el aula no puede dejarse olvidado atrás en la historia, desde hace ya más de treinta años en la investigación educativa (Dusek y Joseph; Baron, Tom y Cooper citados en Díaz, 1996) se menciona a la discriminación como el proceso por el cual se cumplen las expectativas del

profesor, ya que los estereotipos sobre las clases sociales y grupos étnicos han sido relacionados con obstáculos en el desarrollo y atención a la diversidad por expectativas negativas. El mismo Dusek ha comprobado así mismo experimentalmente que la percepción que los niños(as) tienen de los roles de profesor(a) y alumno(a) depende del tipo de enseñanza y el estilo de dirección recibido.

Otro de los aspectos que afectan al rendimiento académico y que los profesores(as) lo consideran fuera de su responsabilidad o alcance, son los problemas biológicos presentados por el niño(a) y que, dada su característica visible e indiscutible, significan una limitación para el aprendizaje, condición por la cual estos(as) alumnos(as) requieren de educación especial. De esta forma, los profesores(as) relacionan las características orgánicas de los niños(as) con su capacidad intelectual; es por eso que revisado lo anterior y contrastado con resultados de investigaciones que realizó Mares et al. (2009) publicados en la Revista Mexicana de Investigación Educativa (RMIE) se pueden observar sólo un par de casos citados como ejemplo:

Un ejemplo de ello es cuando una maestra asegura que su alumno tiene un problema fisiológico:

° Le cuesta mucho trabajo, como retener las instrucciones, más bien todo, es un niño que no puede... lo que tiene es un problema de lenguaje... Después se detectó él tenía problema auditivo... Una niña que tiene muchos problemas, tanto motrices, en equilibrio en todo" (DF5)

Como se señaló anteriormente, los profesores no tienen una evaluación de los niños y relacionan los niveles orgánicos y la capacidad intelectual para conceptuarlos como niños con NEE, argumentando que tienen baja capacidad de abstracción, no saben interpretar datos ni razonamientos, no tienen el concepto de número, presentan lento aprendizaje, problemas de operaciones básicas y sin retención.

ejemplo 2:

° Su aprovechamiento académico es muy bajo, hay muchas cosas que no sabe, él imita y copia, si no sabe leer eso lo obstruye en su comunicación. No se comunica conmigo para nada luego viene y me pregunta, le explico y dice que ya le entendió y al rato vuelvo a ir con él y ya se le olvidó (DF6)
(Mares et al., 2009, p.987).

Es importante destacar la importante y difícil tarea que es ser maestro(a) y el nivel de habilidades para poder controlar todas las variables o factores que intervienen al mismo tiempo en un grupo de alumnos y alumnas, además de contar a los(as) que se incluyan en el mismo grupo con NEE.

Por tal complejidad y perseverancia en la labor docente en algunas ocasiones es necesario modificar la conducta de algunos alumnos(as) mediante estrategias de *análisis*

conductual aplicado (Santrock, 2006) utilizando reforzadores eficaces de modo contingente y oportuno, individualizar el uso de tales reforzadores específicos, recompensas, elaboración de contratos y hacer uso eficaz del reforzamiento negativo para la disminución de conductas disruptivas; ya que cuando los maestros(as) tratan de utilizar esta estrategia conductual, los niños(as) pueden hacer berrinche, salirse del salón o destruir los materiales, bloqueando el desarrollo de habilidades de autorregulación.

Como se observa, la labor docente no es un trabajo fácil y menos si se trata de incluir y enseñar a alumnos(as) con NEE, ya que cumplir las expectativas del aprendizaje como de la enseñanza requiere que ambos procesos sean cubiertos de *modo efectivo*, así como los objetivos de rendimiento y evaluación; a continuación se explica esto en detalle.

La enseñanza efectiva

La *enseñanza efectiva* como menciona Santrock (2006) consta de una serie de conocimientos y habilidades profesionales como son:

1.-el conocimiento de la materia, 2.-estrategias instruccionales, 3.-establecimiento de metas y habilidades de planeación instruccional 4.-habilidades para el manejo del aula 5.-habilidades motivacionales, 6.-habilidades de comunicación, 7.-trabajo eficiente con estudiantes de orígenes culturales diversos y 8.-habilidades tecnológicas.

La enseñanza efectiva requiere de compromiso y motivación, para ser un maestro(a) efectivo se requiere actitud e interés por los(as) estudiantes. En una encuesta realizada en EUA por parte de NASSP (Asociación Nacional de Directores de Escuelas Secundarias citado en Santrock, 2006) con una muestra de casi mil estudiantes de entre 13 y 17 años de edad, las características que consideraron más importantes en los(as) maestros(as) fueron:

Características de los(as) mejores maestros(as):

	Características	% total
1	Tienen sentido del humor	79.2
2	Hacen que la clase sea interesante	73.7
3	Tienen conocimiento de sus materias	70.1

4	Explican las cosas con claridad	66.2
5	Dedican tiempo para ayudar a sus estudiantes	65.8
6	Son justos con sus estudiantes	61.8
7	Tratan a los estudiantes como adultos	54.4
8	Se relacionan bien con los estudiantes	54.2
9	Toman en cuenta los sentimientos de los estudiantes	51.9
10	No muestran favoritismo hacia algunos estudiantes	46.6

Características de los(as) peores maestros(as):

	Características	% total
1	Son aburridos/su clase es aburrida	79.6
2	No explican las cosas con claridad	63.2
3	Muestran favoritismo hacia algunos estudiantes	52.7
4	Tienen una mala actitud	49.8
5	Esperan demasiado de los estudiantes	49.1
6	No se relacionan con los estudiantes	46.2
7	Dejan demasiada tarea	44.2
8	Son demasiado estrictos	40.6
9	No brindan ayuda o atención individual	40.5
10	Carecen de control	39.9

De este modo después de haber revisado conceptualmente las dificultades de aprendizaje, las cuales se conocen al evaluar al niño(a) identificando cuál es su NEE de modo específico, se entiende así mismo después de esta evaluación, la influencia que tienen la ausencia o adquisición de habilidades docentes en su tratamiento. Por lo anterior la importancia que tiene la *relación maestro(a)-alumno(a)* en el aprendizaje, en definitiva configura el modo en que sean atendidas estas NEE y por lo tanto superadas o al menos disminuidas en lo más posible.

En las tablas anteriores se describen claramente las diez principales características de los tipos de maestro [los(as) mejores y los(as) peores], las cuales como puede

observarse casi siempre son identificadas y percibidas por los(as) alumnos(as) desde edades muy tempranas independientemente de su NEE; siendo esto un dato importante a tomarse en cuenta para cualquier tipo de intervención escolar o profesional.

Por otra parte Rutter (citado en Posner, 2004) describe ocho principios que garantizan la enseñanza efectiva, los cuales son:

- a) El uso de recompensas y elogios
- b) Un entorno escolar que incluya reconocimientos, con el fin de poner a los(as) estudiantes en posiciones de responsabilidad
- c) La fijación de altas expectativas
- d) El recurso al sistema de tareas
- e) La necesidad de que los(as) profesores(as) funcionen como buenos modelos de comportamiento
- f) Una disciplina moderada
- g) Continuidad en las expectativas por parte de los(as) profesores(as), el grupo y la dirección de la escuela, y
- h) La combinación de una dirección estricta con una importante participación de los(as) docentes, centrada en cada niño(a) de forma individual

Puede observarse de modo general por lo anterior, que debe existir una exigencia de altas expectativas en la enseñanza efectiva; pero al mismo tiempo se debe garantizar también una atención individualizada y monitoreada por los maestros(as) y directivos con el objeto de que funcionen estos como modelo y motor de superación en el rendimiento escolar y motivacional en los(as) alumnos(as) sirviéndose de estrategias efectivamente funcionales:

Para decirlo de forma sencilla, las escuelas requieren, en sus distintas etapas de desarrollo, toda una serie de estrategias que les permitan no sólo mejorar su capacidad, sino también proporcionar una educación más efectiva para sus estudiantes. Las estrategias para el desarrollo de las escuelas tienen que adecuarse al <estado de crecimiento> o a la cultura de cada una en particular. Las estrategias que son eficientes para mejorar el rendimiento en una etapa de crecimiento no son necesariamente eficientes en otra (Hopkins citado en Posner, 2004, p.282).

Además de la enseñanza existen también otros factores a tomar en cuenta, mismos que contrastan con el modo de definir y evaluar las fortalezas y debilidades en el aprendizaje del alumno(a) y estos factores son el *desarrollo normal* y la *equidad escolar*, conceptos que serán revisados a continuación.

Desarrollo normal: psicología evolutiva del niño(a)

A continuación se hará mención sobre las cuatro principales teorías sobre el desarrollo normal del niño(a), concepto ampliamente usado en México en el campo de la intervención interdisciplinaria y clínica durante las distintas edades del desarrollo del niño(a); es decir el *desarrollo normal* se entiende como la correspondencia entre la edad cronológica del niño(a) y el nivel de habilidades cognitivas esperadas; ya que hay estadios(etapas) formales establecidos en función a parámetros estadísticos y poblacionales que permiten identificar características que ayudan al diagnóstico e intervención sobre todo si los niños(as) lo precisan.

Los paradigmas teóricos del desarrollo normal más estudiados son: *la perspectiva psicoanalítica, psicobiológica cognitiva, psicosocial soviética y psicofisiológica evolutiva*; en cada una de estas se sugiere que si hay el caso de algún niño(a) con parámetros alterados en alguno de los estadios, se considerará como *desarrollo anormal*:

° Perspectiva psicoanalítica

Sroufe (citado en Esquivel; Heredia y Lucio, 2007) postula que las emociones fundamentales son la alegría, el enojo y el miedo que surgen en una relación subjetiva entre la persona y el suceso, de algún modo siempre está implicado el aspecto cognoscitivo. De acuerdo con Piaget y otros cognoscitivistas, la emoción y el conocimiento no pueden separarse.

Desde este enfoque, el desarrollo emocional está ligado al desarrollo de las pulsiones en el aparato psíquico donde Freud (1973 y 1976), distinguió tres procesos mentales que denominó inconsciente, preconscious y consciente. El ello, estructura original, que existe desde que el niño(a) nace, principio corporal. El yo incluye aquellas funciones que tienen que ver con la relación con el medio social, centro de satisfacciones e insatisfacciones, núcleo limitado coherente y lúcido de la personalidad, medio por el cual el ello entra en contacto con el mundo exterior. El superyó comprende los preceptos morales, aspiraciones e ideales. Incluye la consciencia moral y el ideal del yo, es una especie de guía.

El desarrollo normal está caracterizado por el desarrollo de las siguientes etapas:

a) *Etapa oral* (0-1 año). Organización libidinal, boca como zona erógena debido a la nutrición, primer contacto afectivo, logra diferenciar entre el *yo* y el *no yo* (la madre), exploración oral. b) *Etapa anal* (1 a 3 años). Aprendizaje de la alimentación y la limpieza, control de esfínteres, conquista de la disciplina, noción de su poder y de su propiedad privada, poder afectivo sobre la madre, desarrollo neuromuscular, posibilidad de imitar al adulto, desarrollo del lenguaje, dimensión temporal y disciplina social, aparece en el niño el “no” como forma de afirmarse y separarse de la madre, es agresivo hacia los objetos. c) *Etapa fálica* (3-5 años). Aparición de la curiosidad sexual, identificación de diferencias de género con pares, quieren saber de dónde vienen los bebés, conflicto edípico relacionadas con conductas de querer o no llamar la atención. d) Etapa de latencia y etapa genital (de los 6 años en adelante). Inicio del desarrollo del superyó (primeras habilidades de autorregulación).

° Perspectiva psicobiológica cognitiva

La búsqueda de la equilibración superior es el verdadero motor del desarrollo cognitivo, compleja marcha de niveles de ordenamiento inferior hacia el logro de niveles de equilibración de orden superior que permitan una adaptación óptima (Piaget citado en Hernández, 2008).

Siguiendo esta teoría existen cuatro factores que influyen en el proceso de desarrollo mental general, a saber: a) el crecimiento orgánico y la maduración del SNC y endócrino, b) la experiencia personal y el ejercicio a través de los objetos (que incluye la experiencia física y la lógico-matemática) y por último, c) las interacciones y transmisión social. De este modo se configura su teoría descriptiva:

Los estadios o etapas del desarrollo normal que describe la teoría de Piaget según Hernández (1998) son:

1.- *Etapa sensoriomotora* (de 0 a 2 años aproximadamente). Durante esta etapa el niño(a) activa y ejercita los esquemas reflejos con los que nace, para consolidar sus primeros esquemas de acción motriz, primeras conductas de imitación, carece de la representación, conservación, desplazamiento, desarrollo afectivo y desarrollo sensorial global. Pensamiento egocéntrico, es incapaz de tomar en cuenta la opinión de los otros(as), lenguaje de balbuceo.

a) subetapa preoperatoria (3 años 8 años). Aparece la capacidad de representación,

aparición de lenguaje más sólido, silábico y frases, oraciones e ideas completas. Se da la aparición del juego simbólico, imagen mental, noción de número, dibujo, aprende a separar el aquí y el ahora, concibe la lateralización y comienza la aparición del dilema moral.

2.- *Etapa de las operaciones concretas* (8-12). Comienza la inteligencia intuitiva, razonamiento con conceptos, seriación numérica, clasificación, pensamiento reversible, se consolida mejor el juicio moral. Son capaces de clasificar, pueden establecer relaciones cooperativas con pares y tomar en cuenta el punto de vista de los demás. Se inicia la aparición de la autonomía moral.

3.- *Etapa de las operaciones formales* (13- 16 años aproximadamente). Se inician procesos de evolución hormonal, así como de procesos cognitivos tales como el razonamiento lógico proposicional combinatorio; es decir es capaz de proponer soluciones a problemas planteados; evolución y ampliación del lenguaje expresivo-receptivo, el pensamiento se vuelve hipotético-deductivo, a diferencia del niño(a) de la etapa anterior, cuyo pensamiento era inductivo; es ya un(a) adolescente equipado para desarrollar planteamientos de experimentación complejos como hipótesis, controlar variables y en general se distingue en esta etapa por la capacidad para procesar los distintos tipos de conocimiento: físico, lógico-matemático y social (Karnii citado en Hernández, 1998)

° Perspectiva psicosocial soviética

En general se postula (Vygotsky citado en Kohl de Oliveira, 1996) que el aprendizaje y el desarrollo de habilidades se dan mediante la interacción social a distintos niveles de individualidad; es decir el desarrollo es sociogenético (historia de los grupos sociales), es ontogenético (desarrollo del individuo) y microgenético (desarrollo de aspectos específicos del repertorio psicológico de los sujetos); dichos niveles no funcionarían si el individuo no estuviese en contacto con un determinado ambiente cultural.

Dentro de la identificación del desarrollo normal, los tipos de constructivismo descritos por Bruning; Schraw; Narby y Ronning (2005), son de modo general el *constructivismo exógeno* (organización con base en el conocimiento de las estructuras externas, normas), *constructivismo endógeno* (estructuras previas, actividad cognitiva interior, estadios del desarrollo de Piaget) y el *constructivismo dialéctico* (Vygotsky, la fuente del conocimiento en las interacciones con su entorno; a partir de las contradicciones

que los individuos experimentan durante esta socialización).

El núcleo de la teoría de Vygotsky es que las funciones mentales superiores tienen origen en la vida social, cuando el niño(a) después de los tres años, con la aparición del lenguaje, logra relacionarse con sujetos más capacitados. El concepto más influyente en esta teoría es el de la *zona de desarrollo próximo*, la cual indica:

(...) el nivel de dificultad de un problema que el niño puede resolver por sí mismo y el nivel que puede alcanzar con ayuda de un adulto. La interacción se interioriza y es ahora una nueva función del individuo; el andamiaje instruccional (Bruning et al., 2005, p.232)".

° Perspectiva psicofisiológica evolutiva

Desde la niñez los procesos de maduración cerebral son paulatinos, ningún niño(a) se desarrolla de forma aislada, su actividad psíquica se forma bajo la influencia de las cosas que lo rodean, las personas, las influencias, experiencias culturales, alimenticias y ambientales dan forma a las estructuras cerebrales en desarrollo (Luria, 1979).

Un organismo en desarrollo (Brown y Wallace, 1989) cursa por periodos sensibles a los efectos ambientales: las estructuras cerebrales reciben el impacto de cambios sutiles del entorno, como son la dieta, la entrada de impulsos sensoriales diversos, concentraciones de neuro-hormonas y factores genéticos como producto de la herencia del ADN de sus progenitores; todos estos factores definirán: el sistema nervioso, cambios emocionales y/o trastornos conductuales, nivel de capacidad intelectual y configuración de la estructura anatómica corporal.

Otro indicador el desarrollo normal como perspectiva psicofisiológica (Pérez, Cerezo y Aparisi citados en Muñoz, 1997) es el de la moralidad que aparece generalmente después del octavo año de vida y se define por:

- La conducta que ayuda a otro ser humano
- La conducta que se identifica con determinadas normas sociales
- La internalización de las norma sociales
- El razonamiento acerca de la justicia
- El grado de empatía, culpabilidad o ambos.
- La conducta altruista

Entonces, es aquí donde el niño es capaz de internalizar el conflicto sociocognitivo o lo que ya con anterioridad Piaget y Hunt denominaban como *hipótesis del desajuste óptimo*.

El tema del desarrollo normal debe manejarse con gran detalle, y es de importancia tener presente la prevalencia de constantes cambios principalmente evolutivos en los niños(as). Autores que diferencian el desarrollo normal de dificultades más orgánicas como es el caso del Trastorno del Espectro Autista (Gesell y Amatruda, 2006), incursionan en su descripción en: etapas normales y subnormales del desarrollo de la conducta, emociones, deficiencia mental por enfermedad cerebral, por factores ambientales, deficiencias en el desarrollo del sistema neuromotor, lenguaje, procesamientos específicos de información, desarrollo de trastornos convulsivos, de la comunicación, visuales, auditivos, comportamiento autístico-psicótico; todo esto en tablas de tendencias de crecimiento.

El objetivo de la revisión de estos paradigmas del desarrollo normal (*psicoanalítica, psicobiológica cognitiva, psicosocial soviética y psicofisiológica evolutiva*) fue el de dar un enfoque sistémico-holístico sobre las características e indicadores biopsicosociales presentes en el desarrollo de todo(a) niño(a) ya que ningún factor puede aislarse en el fenómeno del aprendizaje: es una Gestalt (sistema) (Forgas, 2009).

A continuación se hará mención del concepto de *equidad escolar* el cual como complemento al análisis del desarrollo evolutivo del niño(a) se logrará brindando atención a la diversidad escolar, teniendo en cuenta los parámetros ya revisados dentro del denominado desarrollo normal en convivencia con las NEE.

Equidad escolar

Una importante pregunta que algunas personas suelen hacerse es: *¿Qué es la equidad dentro del ambiente educativo?* Para tal cuestión se hizo una ardua labor para poder explicar desde la teoría hasta notar la praxis en el contexto en el cual se realiza este trabajo de investigación de corte psicoeducativo.

En primer lugar haciendo revisión del término *equidad*, en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2008), se describe como:

“Propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto

terminante de la ley”.

Por lo anterior relacionado al contexto educativo se pretende vincular el concepto *equidad* de modo teórico después de haber hecho un análisis y observación de los factores psicosociales involucrados en el aprendizaje donde resalta de modo innegable y realmente proporcional el papel del profesor(a) como interventor pedagógico y director en la construcción del conocimiento individual; así como de la correcta apropiación y aplicación de estrategias donde es necesario “discriminar” a los alumnos con NEE de los(as) que no las tienen para crear un ambiente óptimo sustentado en la intencionalidad, reciprocidad y trascendencia (organización social) (Carrera et al., 2005).

Como indica la psicóloga educativa y clínica (Salgado citado en Carrera et al., 2005) es difícil precisar el límite de lo normal y lo patológico en el desarrollo evolutivo, sobre todo por los distintos ritmos con que se lleva este, pero haciendo siempre diferencia entre cada estadio o en el caso de una patología indicar el grado del trastorno como protocolo de evaluación.

Dentro de este protocolo por así llamarlo *irremediable* o de cajón, por separar lo normal de lo anormal como paradigma y al analizar investigaciones (Taylor citado en Rodríguez, 2008) sobre las diferencias entre estas dos categorías, se denotan y destacan en este análisis dos variables que bien pueden explicar una ausencia de equidad: el contexto o ambiente educativo y el grado de la misma discapacidad (patología).

Dicho lo anterior se busca integrar el concepto de *equidad escolar* partiendo del análisis descriptivo de dos categorías: la normalidad escolar como *condición sociocultural ambiental* y como *condición discapacitante (NEE)*.

Por la parte de la *condición sociocultural* se puede encontrar lo influyente que es la diversidad cultural como un factor determinante en configurar la calidad y el modo en el que las personas se comunican: básica y principalmente con el lenguaje verbal y no verbal. Estudios realizados por Taylor (2006) en la Facultad de Educación de la Universidad Bishop`s en Canadá, destacan que la normalidad existe en función de la comprensión y legislación sobre la inclusión educativa y diversidad cultural, ya que según la Dra. Taylor: Lo normal es la comprensión de la diversidad.

En términos más específicos, con el fin de favorecer la comunicación entre la comunidad con necesidades especiales y la diversidad cultural en las aulas, es necesario normalizar la diversidad lingüística en el aula ordinaria y la escuela entera. Taylor (2006) examinó varios modelos de la educación inclusiva, entre ellos se destacan programas y asignaturas bilingües de lenguas patrimoniales e internacionales.

También se destacan proyectos de colaboración entre familia, comunidad y escuela, como por ejemplo programas de alfabetización y aprendizaje intergeneracional en escuelas multilingües y multiculturales en Toronto (Schechter e Ippolito citados en Taylor, 2006).

Se revisan a continuación varios ejemplos (Early y Cummins citados en Taylor, 2006) relacionados con un modelo pedagógico para desarrollar la diversidad como competencia comunicativa mundial:

Las multialfabetizaciones se refieren a : diferentes formas de comunicación actuales, mediante la mezcla y la interacción de textos escritos y otros textos a través de: tecnologías de la comunicación; multimedia; formas de expresión y tradiciones culturales diversas; varios idiomas; ‘múltiples inteligencias’ (Gardner) y diferentes modos de comunicación (escrita, oral, artística, musical, teatral, matemática y científica).

La diversidad puede ser, no una amenaza, ni problema, ni delito individualizado, sino un desafío a la transformación, una ética y un recurso humano en un mundo que se hace pequeño (p.22).

Lo anterior con relación a la normalidad desde la condición sociocultural ambiental; y por la *condición discapacitante (NEE)* se encontró que como refiere Rodríguez (2008), se puede describir que la discapacidad como forma de anormalidad, es una condición en la cual al individuo se le margina personal y socialmente por falta de una correcta identificación de sus cualidades y capacidades funcionales que le permitan llevar una vida social y productiva.

Por lo anterior se hará a continuación una revisión del concepto de *diversidad funcional* como posible solución alternativa a esta problemática que tiene como objeto principal consumir la *equidad escolar*.

Diversidad funcional para alcanzar la equidad escolar.

El concepto de diversidad funcional (Romañach y Lobato; Palacios y Romañach; Romañach y Palacios citados en Rodríguez, 2008) ha surgido dentro del propio colectivo de personas con discapacidad como el argumento conceptual con el que esgrimen su derecho a decidir quiénes son por sí mismos(as). Esto les permite decidir no ser lo que el calificativo que se les atribuye pretende denotar, discapacitados, personas sin capacidad o capacidades.

La *diversidad funcional* es una propuesta de contenido ideológico: el concepto pretende ser la síntesis de un conjunto de ideas sistemáticamente organizado para

la comprensión de una realidad social comúnmente denominada discapacidad (handicap) y lo hace con clara pretensión emancipadora. Tras esa transición conceptual, lo que hay en juego es la experiencia de personas condenadas a la marginación y a la exclusión social y lo que hay en juego es la transformación de su forma de existir en el mundo, su experiencia cotidiana como seres humanos (Rodríguez, 2008).

En síntesis la propuesta consiste en modificar la manera en la que la sociedad, compañeros(as), familiares, maestros(as), profesionales y la misma persona con NEE reacciona y modifica su actitud y calidad de comunicación hacia el entorno; el objetivo es *hacer funcional y productiva* la convivencia de la persona con NEE con el medio social, siendo incluido aminorando sus dificultades y estigmas sociales; evitando así empeorar el cuadro, frenar su rehabilitación sistémica, caer en negligencias, atentar contra los derechos humanos y la ética profesional.

Con el fin de esclarecer esta ambivalencia, el papel del psicólogo(a) según puntualiza Carrera et al. (2005) en su tercer capítulo sobre *el papel de los profesionales*, es: “se interesa por los factores emocionales que interfieren en el aprendizaje del niño y la significación que la actividad cognitiva tiene para él. De esta manera, la intervención psicopedagógica busca descubrir qué está originando las dificultades y a construir las condiciones para que el niño(a) pueda desenvolverse mejor en su aprendizaje”.

Las dificultades educativas pueden entonces ser superadas en un ambiente donde exista esta diversidad funcional que como indican Romañach y Lobato (2005) es un concepto nuevo y entendido como: un colectivo de mujeres y hombres que buscan superar alteraciones en su salud mediante su inclusión y participación libre de estigmas; donde exista el derecho humano de superar el déficit en funcionamientos específicos, limitaciones en actividades, restricción en la participación y las barreras ambientales que se presentan por falta de cultura social.

El mismo Romañach y Lobato (2005) puntualizan que, por primera vez en la historia este nuevo concepto propone no dar un carácter negativo ni médico a la visión de una realidad humana, y se pone énfasis en su diferencia o diversidad, valores que enriquecen al mundo en que vivimos.

Mencionado lo anterior revisaremos en el siguiente apartado de manera directa cómo se aplican los conceptos de *normalidad* y *diversidad* en el aula; haciendo para tal encomienda un análisis sobre las diferencias entre *Integrar e Incluir* conceptos distintos, pero que observaremos su génesis; el cómo a partir de la integración surge la propuesta de la inclusión.

De la Integración Educativa a la Inclusión Educativa

El concepto de *integración* surge en la década de los setenta bajo la postura de Mikkelsen [citado en Dubrovsky (comp.); Alegre; Campos; Gallo; Gianella; González; Dibner; Gutesman; Kuitca; Kulesz; Niro y Sipes, 2005] quien afirma que hay que ofrecer a los(as) deficientes mentales una existencia de igualdad, condiciones de vida y proyectos de equidad hasta donde sea posible, a la que llevan los individuos considerados normales.

La integración educativa se da cuando: todos(as) los niños(as) en edad escolar, independientemente de su condición y capacidades pueden acceder a la escuela regular y por lo tanto disponer allí de los servicios necesarios para garantizar su desarrollo y los aprendizajes que le permitan en la edad adulta, ser activos socialmente y gozar de la igualdad de oportunidades que la constitución indica (Puigdemívol, 2007).

El saber científico y técnico que se ha adoptado en el mundo educativo tiende, según Pérez (citado en Dubrovsky et al., 2005) a construir clasificaciones para definir las particularidades (dificultades) de los(as) alumnos(as); cada una de estas características definen su identidad, una identidad especial. En la actualidad, integración e inclusión educativa son dos desafíos importantes que definen dos políticas diferentes, pero complementarias, con algunos puntos en común; pero coberturas distintas (la inclusión es más amplia y completa).

Reflexionando sobre el punto previo Pérez, refiere que es un deber y un desafío el garantizar el derecho a la educación de todos los niños(as), aunque es tradición el hecho de estigmatizar marcando las diferencias al integrar de manera inapropiada y sin previo estudio de las dificultades del alumno(a), evitando como si fuere una amenaza el desarrollo de cierto nivel de autonomía personal.

El sistema educativo debe procurar una oferta educativa que respete todas las variables individuales, evitando cualquier tipo de discriminación, ya sea por raza, nacionalidad, religión, sexo, capacidades intelectuales o discapacidad de origen físico. La diversidad cultural suele asociarse erróneamente con la pobreza y la marginalidad, situación que resulta estigmatizante para el alumno(a) cuando además de ser mal interpretada socialmente se puntualiza su discapacidad o no es tomada en cuenta como una necesidad especial (Dubrovsky y et al., 2005).

Se puede analizar por lo anterior que decisiones inapropiadas de *integración* tomadas por los profesionales (debido a una comprensión parcial del objetivo final de la integración educativa) hagan que los niños(as) integrados(as) permanezcan aislados(as),

con pocas posibilidades de poder interactuar con el grupo. Se desaprovecha la clase como fuente de variadas experiencias de aprendizaje; por lo tanto como refiere Dubrovsky y et al. (2005), las relaciones de grupo de uno a uno, propia del ámbito de la terapéutica se traslada y transforma al alumno(a) en un(a) niño(a) paciente; instalándose de esta forma en el aula una especie de ficción, un como sí, una pretendida ilusión de que por su sola presencia en el aula es “integrante” de ella:

De este modo, en muchos países se produjeron movimientos tendientes a superar las críticas al modelo existente de educación especial, llegando en muchos casos a propuestas tendientes a la desaparición de la educación especial. Esta situación, por muchos denominada “integración salvaje”, se encuentra en este momento en proceso de franca revisión (Pérez citado en Dubrovsky, et al., 2005, p.27).

Existen cuatro principios (Figueroa, 2007) que orientan la integración educativa:

° Normalización: Consiste en proporcionar a las personas con NEE, particularmente a aquellas con discapacidad, los servicios y las ayudas técnicas para que logren calidad de vida, los beneficios de sus derechos humanos y el desarrollo de sus capacidades.

° Integración: Acceso a los mismos derechos, oportunidades y tipos de experiencias que tienen el resto de su comunidad, con el fin de que participen activamente en los ámbitos familiar, social, escolar y laboral. Con ello se busca suprimir la segregación.

° Sectorización: Pretende que todos(as) los(as) niños(as) puedan ser educados y recibir los apoyos necesarios cerca del lugar donde viven.

° Individualización de la enseñanza: Necesidad básica de adaptar la enseñanza a las necesidades y particularidades de cada alumno(a), mediante adecuaciones al currículum: dar a cada alumno(a) lo que necesita.

No es sino hasta 1990 en conferencia de prensa de la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO) en Jomtien (Tailandia) que se hace pública la idea de inclusión y promueve la máxima de una educación para todos(as). Esta conferencia supuso en ese momento el inicio de lo que se va a conocer como movimiento inclusivo.

En 1994 se aprueba en Salamanca España, el concepto de *inclusión* como una ley por parte de la UNESCO con el objeto de extender la idea de educación inclusiva como principio y política educativa, aunque aún se le identificaba a la inclusión con el término de: escuela para todos. En total fueron ochenta y ocho países y veinticinco organizaciones

internacionales vinculadas a la educación las que participaron (Moriña, 2004). En el año 2009 es cuando se hace efectiva y oficial su aplicación y cobertura hacia el mayor número de países posibles en todo el mundo retomando los compromisos y principios acordados desde 1994.

El hecho de que México junto con la República Dominicana fueran los primeros dos países latinoamericanos en formar parte de la UNESCO hizo que las reformas exijan el aplicar de modo imparcial en todo el país la inclusión educativa ya definida como un modelo de educación actual (Moriña, 2004) donde el protocolo estipula:

(...) la inclusión como un derecho humano; la inclusión como la vía para garantizar la equidad en educación; el derecho humano que tiene cualquier persona a ser educado junto a sus iguales; y por último, la necesidad de que la sociedad asegure el desarrollo de la inclusión (p.18).

Se puede observar que la inclusión es de un nivel más completo y sistémico; ya que es además una cuestión social, que requiere compromiso e implicación de la comunidad en su totalidad.

El término inclusión en sus orígenes surge y ha sido usado en el ámbito anglosajón y posteriormente se fue extendiendo a los demás países. Como lo mencionan Thomas y Loxley (citados en Moriña, 2004) hay que tener cuidado con dicho concepto, porque las personas pueden hablar de “inclusión” sin pensar realmente en su significado. Se puede concluir que en cuanto a las diferencias encontradas entre la integración y la inclusión son que: en la primera es sólo un servicio especial generalmente con deficiencias, que marca diferencias entre lo normal y lo anormal de manera un tanto subjetiva, en algunos casos sin evaluación diagnóstica ni valoración, de modo negligente y descuidado provocando aislamiento y déficit en el desarrollo de un cierto nivel de autonomía en el alumno(a); por ejemplo los casos reportados en USAER donde no es del todo efectiva la integración.

En cuanto a la segunda, es un nivel más profundo y amplio de adaptación sistémica que como indica Ballard (citado en Moriña, 2004), la *inclusión* significa un deber en intentar incrementar la participación no sólo para los alumnos(as) con discapacidad, sino para todos los alumnos que experimentan desventaja, ya sea por pobreza, sexo, minoría étnica u otras características referidas a la cultura dominante de su sociedad en cuestión.

Una vez realizada la revisión conceptual de ambos términos pertenecientes a la educación especial y verificar sus diferencias, se hará estudio y contraste teórico con lo que algunos autores proponen sobre la temática de la inclusión; pero ahora de niños(as) con necesidades complejas, la cual se tratará a continuación.

Descripción de las necesidades educativas complejas

Son trastornos sensoriales y en algunos casos comórbidos (mezclados entre sí) que pueden ser clasificados de forma general en cinco tipos: visuales, auditivos, trastornos físicos, trastornos de cognición y aprendizaje, y trastornos en la comunicación e interacción (Gross, 2004); por lo tanto, cada una de estas necesidades complejas se pueden definir como:

° Trastornos sensoriales: visuales

Aquellos alumnos(as) que presentan limitaciones visuales y necesitan enseñanza de sistema braille, escritura al tacto, destrezas para la independencia, disminución visual (uso de dioptrías) entrenamiento de orientación y movilidad. Por tal motivo el maestro inclusivo debe recordar los sistemas de comunicación que sustituyan información visual y gestual.

° Trastornos sensoriales: auditivos

Aquellos alumnos(as) que presentan la incapacidad de oír sonidos que no lleguen a un determinado nivel de volumen perceptible para él; por lo tanto requerirá de ayudas con dispositivos auditivos, lenguaje de señas, lectura de labios y generalmente prestar más atención en conversaciones.

° Trastornos: físicos

Aquellos alumnos(as) que presentan dificultades de movimiento, parálisis cerebral, afasias, problemas verbales, para desplazarse o para comprender el lenguaje de las personas. Estos alumnos(as) necesitan ajustes de las estructuras físicas, pasillos, salones, mesas, sillas, periodos de descanso y posturas y modos de trabajo especializados.

° Trastornos: de cognición y aprendizaje

Aquellos alumnos(as) que presentan dificultades indiferenciadas y muy específicas en cada caso; pero que en general se caracterizan por: la necesidad de concretar conceptos abstractos, necesidad de comprender y utilizar lenguaje complejo, necesidad de repetición, necesidad de manejar los aprendizajes en segmentos, necesidad de contenido y material adecuado para retener su atención por mayor tiempo, necesidad de mantener nivel de autoestima y dignidad adecuados mediante materiales y contactos sociales apropiados, estrategias y modificaciones curriculares adecuadas, entre otras necesidades (en general dificultades en el procesamiento de la información).

° Trastornos: de la comunicación e interacción

Aquellos alumnos(as) que presentan dificultades relacionadas con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el cual hace referencia no a uno, sino a un conjunto de trastornos de diferente gravedad, que incluye el autismo y el síndrome de Asperger. En general las dificultades presentadas en este espectro coinciden en la necesidad de: explicación de metáforas, utilización de lenguaje preciso, tareas visuales, temporalidad de tareas y sistemas de comunicación especiales.

Después de analizar de modo general la clasificación de las necesidades complejas se hace notar que esta investigación está enfocada de manera específica en la conceptualización y atención de necesidades para *trastornos en la comunicación y la interacción* en donde Gross(2004), investigador destacado en el campo maneja dentro de este rubro al Trastorno del Espectro Autista (TEA) y al SA, sujetos quienes pueden ser considerados(as) como personas candidatos(a) a tratamiento psicopedagógico con el fin de que se promueva la comprensión y la tolerancia ambiental; mejorando su rendimiento académico, comunicación y socialización.

Se presenta, por una parte, en un extremo del espectro, a los(as) niños(as) que pueden tener graves dificultades de aprendizaje, prácticamente ningún contacto social, sin habla y conducta muy estereotipada y repetitiva, epilepsia; y en el otro extremo, los(as) niños(as) que pueden tener una inteligencia media o por encima del promedio, hablar con soltura y como indica Gross (2004), mostrar conductas que sólo a veces parezcan raras a otras personas; es decir pasan desapercibidas.

Las manifestaciones de autismo comparten las mismas características fundamentales, que se citan a continuación:

Dificultades de relación social. A los niños con TEA, les resulta difícil interpretar las señales sociales que la mayoría de nosotros damos por supuestas, que nos indican, por ejemplo, si otras personas quieren acercarse a nosotros o alejarse, hablar o dejar de hablar, pelear o hacer amigos. Carecen de una conciencia básica de los sentimientos de los demás; no les resulta fácil ponerse en el lugar del otro ni comprender cómo es probable que otros respondan.

Dificultades de comunicación. Aunque aprendan a hablar, estos niños tienen dificultades para mantener una comunicación significativa. También es posible que no comprendan la metáfora, el sarcasmo o las segundas intenciones en el lenguaje y, así, respondan en sentido literal a la instrucción.

Dificultades de imaginación. Los niños con TEA no pueden intervenir nunca en juegos de simulación ni son capaces de responder a la ficción narrativa; su pensamiento suele ser rígido y, a menudo, desarrollan ritos, rutinas y temas obsesivos de juego o de conversación (p.309).

Otros autores que contrastan con el enfoque teórico de Gross y que definen al autismo como parte de un grupo de *trastornos complejos* son Tallis y Soprano (2003), al ubicarlo dentro las patologías generales del lenguaje como un trastorno vinculado a síndromes complejos.

Estos autores comentan que el autismo es un trastorno profundo del desarrollo que afecta a la persona en su totalidad, presentando: ausencia o retraso severo en el lenguaje, habilidades de señalización, grito, gestos anticipatorios, vocalización atípica, pobreza de la comunicación gestual y mímica, pocas imitaciones verbales, no verbales y sociales, pocos juegos simbólicos creativos, una manipulación estereotipada de los objetos.

Tallis y Soprano (2003) desde el enfoque de la *neuropediatría y la neuropsicología del aprendizaje* describen que durante la cognición el alumno(a) autista llega a desarrollar un lenguaje rudimentario y este se caracteriza de modo peculiar por: rara vez utilizar el lenguaje verbal para la comunicación con los otros(as); su lenguaje es poco funcional, poca comunicación recíproca, poco interés por comunicarse, marcada dificultad para comunicarse fuera del contexto situacional inmediato o cuando hay cambios; invierten los pronombres personales (yo, tú, él, ella, ellos, nosotros, etc.), presentan dificultad en la comprensión del lenguaje y aparece una producción ecológica (repetición). Además, estos niños(as) presentan un retraso severo y global en el desarrollo de las habilidades básicas del lenguaje expresivo.

A continuación se describen las características de las necesidades de tipo complejas, que es donde se ubicará el tratamiento del alumno(a) con SA + Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, caso que se trató en esta investigación.

La inclusión de niños(as) con necesidades complejas

La inclusión necesita entonces de destrezas de enseñanza inclusiva que a los(as) alumnos(as) les permitan satisfacer sus necesidades de aprendizaje y derechos humanos como complemento para promover su desarrollo personal que como resultado derivará finalmente en un mejor rendimiento escolar.

Antes de definir qué es una necesidad compleja es importante saber lo que significa *necesidad de baja incidencia*. Son necesidades de aprendizaje (Gross, 2004) de baja incidencia las dificultades de aprendizaje menos corrientes, como trastornos sensoriales moderados, trastorno de autismo leve, discapacidades físicas leves, etc. En otras palabras,

son trastornos clasificados de forma general en: visuales, auditivos, físicos, trastornos de cognición, aprendizaje y trastornos en la comunicación e interacción, leves o superficiales; es decir, la incidencia en el grado o severidad de la dificultad es mínima, e incluso a veces imperceptible a primera instancia por los educadores(as) e incluso por los propios padres y alumnos(as).

Según Bautista; Sifuentes; Jiménez; Avelar y Miranda (2008) incluir a familiares en la evaluación y tratamiento conlleva a la desprofesionalización; sin embargo, es importante señalar que el mismo autor considera que los padres y madres son una ayuda importante en el tratamiento del autismo, haciendo ver que el ámbito familiar es uno de los lugares óptimos para que el niño(a) autista sea tratado. Hacer partícipes del entrenamiento a los padres y madres no los convierte, necesariamente, en terapeutas calificados y certificados para diagnosticar, evaluar y proporcionar terapia rehabilitadora y eficaz en casos de autismo o de otro tipo; pero sí son uno de los pilares que sustentan el tratamiento cuando apoyan y asisten de modo correcto este proceso.

Entonces, la participación de los padres, madres y familiares en el proceso de valoración es indispensable si se considera que son ellos(as) quienes gran parte del tiempo se encargan del cuidado y la educación del(a) niño(a) autista.

Como conclusión de este capítulo se puede puntualizar que es necesario antes de atender algún problema de aprendizaje tener como objetivos: conocer los requisitos básicos del ser humano para aprender, el concepto de NEE (como concepto más genérico), comprender la influencia de la interacción maestro(a)-alumno(a) en el aprendizaje, comprender la necesidad de una enseñanza efectiva, así como las etapas del desarrollo normal, equidad y diversidad funcional; ya que conociendo todos estos elementos se podrá finalmente clasificar el grado de complejidad de la(s) NEE para poder evaluar y determinar qué tipo de intervención es la más conveniente.

A continuación en el capítulo dos se hará un análisis con mayor profundidad sobre los indicadores que caracterizan al Trastorno del Espectro Autista (TEA) y qué relación tiene este con el SA; así como las bases psicofisiológicas y psicobiológicas presentadas en esta dificultad de tipo compleja al momento de trabajar en el aula, socializar con pares, profesores(as), así como con los padres y madres, entre otros(as) más en su comunidad.

CAPÍTULO II

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

En la subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud Ortiz (2007) sostuvo que en México hay un niño autista por cada quinientos nacimientos; sin embargo, documentos de la Clínica Mexicana de Autismo, indican que la prevalencia es de uno por cada ciento cincuenta; por lo tanto, la incidencia del autismo se ha incrementado en un diecisiete por ciento cada año (CLIMA, 2007).

En la Asamblea General de la ONU (2008), se adoptó una resolución que declara el 2 de abril como Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, con el objetivo de alertar acerca de esta condición cuya incidencia ha aumentado en todo el mundo; en México se observa una pobre conciencia social sobre el problema lo cual sugiere una baja capacidad para atenderla.

El texto, promovido por Qatar (país-estado de oriente) y respaldado por otros cincuenta países fue aprobado por consenso en el Comité de Derechos Humanos de la Asamblea General y ha planteado una gran preocupación por la elevada incidencia del autismo en los(as) niños(as) de todo el mundo, ya que en los últimos años se ha cuadruplicado la cifra y recuerda que el diagnóstico temprano, al igual que la investigación y la intervención apropiadas, *son vitales para el crecimiento y desarrollo*. La resolución subraya también que la Convención de los Derechos del Niño estipula el derecho de los menores a disfrutar de una vida plena y digna (Luján, 2008).

Este trastorno, *tema central de este trabajo* ha sido analizado desde dos perspectivas: 1) enfoque psicofisiológico y 2) enfoque psicoeducativo.

El *enfoque psicofisiológico* refiere a una rama de la psicología educativa que estudia la relación entre los procesos biológicos, la conducta y el aprendizaje, esta perspectiva se estudia desde la visión de autores como: APA (2010); CIE-10; Flores (2004); Meneghello y Martínez (2000) y Payá y Fuentes (2007).

Por otra parte el *enfoque psicoeducativo* trata los procesos cognitivos, conductas y las estrategias que son utilizadas en el proceso de la enseñanza y del aprendizaje como fenómenos distintos con variables independientes, esta perspectiva se estudia a partir de paradigmas de autores como: Carrera et al. (2005); Forgas (2009); Gross (2004); Happe (2007); Hernández (2008) y López (2009).

En suma, ambas perspectivas la psicofisiológica y la psicoeducativa se describen a través de este capítulo con el objeto de tener una visión amplia e integral del trastorno.

Al tratar el término Trastorno del Espectro Autista (TEA), debe primero definirse el concepto de trastorno mental que según el Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSMIV, 2010) implica: una distinción entre trastornos mentales y físicos. El manual indica que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos; por lo tanto puede definirse a partir de distintos niveles de abstracción como son: patología estructural, forma de presentación de los síntomas, desviación de la norma fisiológica, y etiología. Todos estos elementos derivan finalmente en una: limitación o discapacidad funcional que se refleja en el proceso de aprendizaje.

Dicho lo anterior un trastorno en el campo educativo se refiere a las desventajas ocasionadas por la deficiencia en algún área, por la que una persona es colocada en situación desigual en el juego social. Esta desventaja es lo que se denomina como trastorno.

La inclusión de alumnos con NEE o denominado también *barreras para el aprendizaje* constituye una de las innovaciones más importantes e influyentes que los sistemas educativos han incorporado a sus políticas y a sus prácticas en las últimas décadas (OMS, CIE-10).

Sin embargo, la insuficiente y deficiente aplicación del principio de la “integración educativa” dio lugar a la escuela inclusiva, que en palabras de Arnáiz tiene como objetivo: luchar por conseguir un sistema de educación para todos, fundamentado en la igualdad, la participación y la no discriminación en el marco de una sociedad verdaderamente democrática (Arnáiz citado en López, 2009).

Visto desde un marco teórico psiconeurológico la grave discapacidad que presentan los autistas desde los primeros estadios de desarrollo hasta la edad adulta están basados en trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje escolar, ya que suelen presentarse acompañados en conjunto de otros trastornos, tales como: el trastorno por déficit de atención sin o con hiperactividad (TDA o TDAH), del lenguaje, trastorno en procesos cognitivos de cálculo, en percepción, motricidad y con otros trastornos orgánicos, emocionales y ambientales (Carrera et al., 2005).

La revisión y reflexión de lo anterior permite puntualizar el concepto de *discapacidad* con el objeto de que sea un término utilizado responsablemente para indicar que: las personas diagnosticadas con alguna NEE o, en este caso en particular los(as) niños(as) con TEA poseen una desventaja individual y ambiental que de antemano sugiere la necesidad de hacer conciencia social y no caer en la negligencia de confrontar a estas personas con situaciones que las hagan vulnerables o incrementen cuadros indeseables;

esperando erróneamente de esta forma que con métodos deficientes, sobrecargados de autoridad y conductismo se “curen” o desaparezcan dichos trastornos.

Para aclarar con más detalle la desventaja que se presenta en el TEA a continuación se hará una exploración sobre los conocimientos más recientes sobre los orígenes; ó dicho de otro modo: la etiología del mismo.

Etiología del autismo

De modo introductorio se logró revisar que el trastorno autista se caracteriza por una sintomatología heterogénea (compuesto por partes de diversa naturaleza como genética, psicológica y social: holismo, Gestalt); en la que destacan alteraciones graves y generalizadas en varias áreas del desarrollo: en habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas (Forgas, 2009).

La etiología se define como el estudio de las causas de una enfermedad (Flores, 2009) y en este caso se hace hincapié en fundamentar una explicación sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y su implicación en la inclusión de niños con necesidades educativas especiales y complejas en el aula regular (Gross, 2004).

En 1994, en los Estados Unidos la Asociación Americana de Psiquiatría, clasificó por primera vez el síndrome de Asperger en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV, esto en la categoría de “Trastornos generalizados del desarrollo”, los cuales se definen y se diferencian por:

En general se debe y se recomienda observar el *diagnóstico diferencial* con otros trastornos que suelen estar íntimamente relacionados entre sí, ya que el síndrome de Asperger, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno esquizoide de la personalidad comparten patrones de comportamiento repetitivo y estereotipado.

Un ejemplo diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y el SA, es que este último se caracteriza por una alteración cualitativa de la interacción social y un patrón de intereses y actividades más restrictivo. Por otro lado, a diferencia del trastorno esquizoide de la personalidad, el síndrome de Asperger se caracteriza por comportamientos e intereses estereotipados y por una interacción social más gravemente afectada (Asociación Americana de Psiquiatría, 2010).

Como parte de la revisión conceptual complementaria a la intervención psicopedagógica en relación a la etiología del autismo, se hará una revisión sobre los

criterios que son utilizados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, 2010) para el diagnóstico inicial:

Criterios para el diagnóstico de síndrome de Asperger (F84.5)

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
- (3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
- (4) ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- (1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
- (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (4) preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia (p.17).

Otras causas no comunes pero que a lo largo de los últimos cuarenta años han reportado su origen como una de las múltiples causas del autismo son las vacunas, y en especial la vacuna triple como indica Hernández (2008) en su investigación, dicha vacuna está encargada de combatir las paperas, rubéola y sarampión, encontrando así que los padres y madres reportaban que sus hijos(as) eran normales hasta el momento de la

inmunización; posterior a esto en algún momento de su desarrollo presentaron conductas que terminaban conduciendo al diagnóstico de TEA.

También puede mencionarse lo que indica Buttar (2004):

Esto no es teoría, esto ya ha sido clínicamente validado con unas bases repetitivas (repetidamente), el mercurio y las amalgamas dentales provocan de forma directa daños en las células neuronales, y logrando su sustitución y desintoxicación logra ser una terapia de apoyo en el autismo (p.3).

Sinapsis en el autismo: dificultades específicas

En el presente trabajo, se realizó una investigación sobre los últimos estudios en el campo de la neuropatología y neuroimagen del autismo; esto con el objetivo de encontrar una posible correlación entre la sinapsis de los sujetos con autismo y sus dificultades socio-comunicativas; esto en función al hallazgo de alteraciones de los niveles de serotonina y de las estructuras cerebrales específicas.

Una recopilación de estudios longitudinales y transversales de los últimos diez años analizados por Payá y Fuentes (2007) señalan que:

Parece demostrada la existencia de anomalías estructurales en los cerebros de pacientes con autismo afectando a diversas estructuras cerebrales como el cerebelo, sistema límbico, cortezas frontal y temporal, cuerpo calloso y ganglios basales (p.271).

En dicha revisión sobre estos cinco experimentos sobre autismo se describen los aspectos más relevantes como son los revisados por Payá y Fuentes (2007) los cuales se describen a continuación:

1.- Estudios de neuropatología cerebral

Kemper y Bauman (citados en Payá y Fuentes, 2007) conducen en 1991 uno de los estudios más relevantes de las alteraciones anatómicas en el autismo. Analizan los cerebros de seis pacientes autistas, encontrando las principales alteraciones a nivel de sistema límbico, cerebelo y oliva inferior. Estos cerebros no presentaban alteraciones morfológicas groseras; sin embargo, se encontró una disminución de la talla de células neuronales y un aumento de la densidad neuronal a nivel de la amígdala cerebral y de otras estructuras del sistema límbico en comparación con los cerebros de los controles.

En todos los cerebros analizados por estos autores se apreciaba además una disminución de las células de Purkinje (citado en Payá y Fuentes, 2007) a nivel de corteza cerebelosa, lo que sugería una etiología congénita y manejo de niveles altos de serotonina anormales a las etapas cronológicas del desarrollo normal de un niño(a).

2.- Estudios de neuroimagen

En los estudios de neuroimagen estructural el hallazgo que parece más específico en el autismo es el aumento del volumen cerebral. Filipek (citado en Payá y Fuentes, 2007), 2007) detectan por primera vez en un estudio con imagen por resonancia magnética (RM) un aumento del volumen cerebral en sujetos con autismo en comparación con un grupo control que presentaba alteraciones en el desarrollo del lenguaje. Este hallazgo fue confirmado posteriormente por otros grupos que describen un aumento del volumen cerebral total, del tejido cerebral y del volumen de los ventrículos laterales en los sujetos con autismo.

Piven (citado en Payá y Fuentes, 2007) por otra parte tras analizar estructuras cerebrales independientes encuentra que el aumento del volumen cerebral total se produce a expensas del aumento del volumen de los lóbulos temporal, parietal y occipital, pero no del lóbulo frontal.

Estos autores proponen, por tanto, que el aumento del volumen cerebral en el autismo no es a expensas de toda la estructura cerebral, sino de determinadas áreas cuya identificación podría tener implicaciones importantes a nivel neurobiológico.

3.- Cerebelo

Piven usando Resonancia Magnética en 35 pacientes con autismo encuentra un aumento global del volumen cerebeloso con ausencia de anomalías a nivel de neocerebelo.

El aumento del volumen cerebeloso detectado era del mismo rango que el encontrado en un estudio previo a nivel de lóbulo temporal, parietal y occipital, surgiendo de este modo la idea de una posible alteración a nivel de unas redes neuronales y químicas constituidas por distintas estructuras cerebrales en el autismo.

Las alteraciones a nivel de estructuras cerebelosas fueron objeto de controversias ya que el hallazgo inicial de la hipoplasia cerebelosa (menor cantidad de células) no pudo ser replicado por otros autores.

Tras la controversia de esta primera hipótesis de la hipoplasia cerebelosa en el autismo, Courchesese (citado en Payá y Fuentes, 2007) por otra parte propone la posible existencia de dos tipos de patrones cerebelosos en los sujetos con autismo, unos presentarían hipoplasia y otros hiperplasia cerebelosa (mayor cantidad de células).

4.- Sistema límbico

Como indica Payá y Fuentes (2007), los primeros estudios utilizando neuroencefalografía realizados en la década de 1970, describían en los sujetos con autismo una dilatación del cuerno izquierdo del ventrículo lateral en el lóbulo temporal, postulando la existencia de una disfunción del lóbulo temporal medio subyacente a esta área de dilatación.

La disfunción de las estructuras límbicas (relacionado con las emociones) como causante de la sintomatología observada en el autismo ha sido apoyada por diversos autores y confirmada en los datos obtenidos en estudios de neuropatología cerebral y en estudios con animales.

5.- Lóbulo frontal

Zilbovicius (citado en Payá y Fuentes, 2007) en un estudio con tomografía computarizada con emisión de fotón único (SPECT) observaba un patrón de hipoperfusión frontal (pequeño) en una muestra de sujetos con autismo de 3-4 años similar al de niños normales a edades más tempranas.

Al realizar otra SPECT cerebral a la misma muestra de pacientes 3 años después, observaba una normalización de la perfusión, apareciendo un patrón igual al observado en los sujetos control; lo cual sugiere un retraso a destiempo en el desarrollo normal de las estructuras cerebrales.

Estos hallazgos sugerían la existencia de un retraso en la maduración posnatal del lóbulo frontal en el autismo. Un retraso en la maduración frontal podría dar como consecuencia alteraciones funcionales de esta estructura, así como hacer pensar en una conexión o activación cortical anormal.

Las alteraciones frontales se han puesto de manifiesto en estudios de activación funcional, que muestran disminuciones en la activación de la corteza prefrontal en sujetos

con síndrome de Asperger cuando se les somete a pruebas que requieren la utilización de la teoría de la mente, función cognitiva que se supone alterada en los sujetos con autismo.

Los contrastes en resultados especializados en el área de la neurobiología del autismo concluyen que (Rondal, 2007):

Los estudios recientes sobre problemas particulares de lenguaje en el síndrome de Asperger (que afecta entre 3 y 7 sujetos sobre 1.000) sugieren un nivel aún más avanzado de teoría de la mente. En este síndrome (definido a veces como «autismo de alto nivel») se ponen de manifiesto anomalías cualitativas de las interacciones sociales, una gama restringida de intereses personales perseguidos muy a menudo en modo obsesivo, y actividades muy repetitivas. La gran diferencia con el autismo es la ausencia de retraso en el desarrollo del lenguaje y de retraso mental; al contrario, los sujetos con el síndrome de Asperger presentan a menudo perfiles de precocidad en el desarrollo del lenguaje y de las capacidades intelectuales superiores. Los problemas lingüísticos en este síndrome se refieren a una tendencia marcada a interpretar todos los enunciados literalmente, con una comprensión reducida del lenguaje figurativo.

Este perfil se ha confirmado en una investigación llevada a cabo por Rosano (2006): En nuestro laboratorio se verifica que los sujetos con el síndrome de Asperger tienen problemas con los actos ilocutorios indirectos y las metáforas y más generalmente en todas las actividades sociales relacionadas con «leer la mente del otro». Adultos con el síndrome de Asperger con altos niveles de capacidad cognitiva refieren que ya mucho antes de ser diagnosticados como tales (hecho que viene a menudo vivenciado como una liberación porque al menos se ha encontrado una razón objetiva a sus dificultades) han tenido y continúan teniendo problemas para entender las intenciones de sus pares. No siempre consiguen distinguir la realidad de la ficción. Tienen dificultad para «leer entre líneas» y para entender los sobreentendidos y el humor. Expresan poco sus emociones (la expresión no verbal está empobrecida y la prosodia del lenguaje es plana). Les cuesta trabajo percibir las emociones de los otros. Sus modos y estrategias intelectuales son poco flexibles. A menudo son descritos como monomaniacos. A pesar de sus óptimas capacidades intelectuales tienen dificultad para entender las reglas de la vida social, en especial las más arbitrarias (p.53).

Hecho el análisis previo se puede sintetizar que las causas psicofisiológicas son múltiples y no se puede generalizar un diagnóstico simple; para un mejor entendimiento sobre este tema a continuación se hará una descripción sobre el nivel de profundidad del TEA y también se explica que el SA es un tipo de autismo de alto funcionamiento; es decir un autismo leve.

Síndrome de Asperger es un tipo de autismo

El SA es un tipo de autismo leve, ya que existen dentro del TEA niveles de autismo más profundos que el mismo SA (grados más severos de autismo y con mayores complicaciones generales).

El Síndrome de Asperger se distingue del autismo clásico (Happe, 2007) principalmente por lo severo de los síntomas o características. Una intervención temprana incrementa las posibilidades de que el niño pueda efectuar sus estudios normales y logre su independencia en el futuro.

Se distinguen principalmente por:

- Su coeficiente intelectual o nivel de inteligencia es normal o superior al promedio.
- Su lenguaje no tiene retraso, aunque tienen problemas para comprender conceptos abstractos así como la ironía y el humor.
- Buscan interactuar con los demás aunque tienen dificultades en la comprensión de los roles sociales, así como en los gestos y ademanes de las personas.
- Sus intereses en algunos temas pueden rallar en lo obsesivo.

Es posible que un niño que haya sido diagnosticado con autismo inicialmente, pueda ser cambiado el diagnóstico a Síndrome de Asperger o este evolucione a otra tipología. En tal caso es importante reconocer cuando el niño tiene dificultad en el lenguaje expresivo o bien no quiere hablar (mutismo selectivo); cuando sus habilidades sociales son torpes o bien presenta psicopatía infantil, esto ayudará a diferenciar entre el grado del espectro autista (Meneghello y Martínez, 2000).

Después de comprender que el SA está incluido dentro del TEA como un autismo leve, se hace una descripción a continuación del concepto de comorbilidad, la cual implica de modo general: dificultades mixtas del desarrollo y del aprendizaje.

Comorbilidad

El síndrome de Asperger es un conjunto de signos y síntomas que se puede definir de la siguiente manera:

Un síndrome (del griego *syndromé*, concurso) es un cuadro clínico o conjunto

sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiologías.

En psiquiatría y psicología la comorbilidad consiste en la presencia de más de un diagnóstico que se da en un individuo simultáneamente. En psiquiatría esto no implica necesariamente la presencia de múltiples enfermedades, sino que en realidad puede reflejar la incapacidad en ese momento para asignar un único diagnóstico para todos los síntomas. Un ejemplo es: Las características de comorbilidad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tienen un importante impacto en la conducta, aprendizaje y desarrollo cognitivo de los sujetos que las presentan (Flores, 2009).

En este caso en particular el niño que participó en este informe fue diagnosticado con SA en comorbilidad con TDAH, esto en el Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro en la Ciudad de México como primer escenario.

Este trastorno (TDAH), de modo general se caracteriza principalmente por periodos cortos de atención al momento de iniciar una tarea, dificultad para permanecer quieto en su lugar, hiperquinesia, impulsividad; presentando periodos de ansiedad y déficit en la concentración (Carrera et al., 2005).

En síntesis este capítulo podrá ser útil al lector para que una vez que se evalúen fortalezas y debilidades en el aprendizaje de un niño(a) con TEA, se tenga presente que sus NEE pueden no presentarse de modo aislado; puede estar combinada con otra(s) dificultad(es) en el desarrollo normal u otro(s) trastorno(s) del aprendizaje. Así mismo la relevancia y utilidad de este apartado pretende hacer observación diferencial o cuando exista la presencia de más de una NEE en el alumno(a) se tome en cuenta para su intervención. A continuación en el tercer capítulo se abordará de modo directo el tema del tratamiento e intervención en el TEA desde un enfoque psicoeducativo.

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE ENSEÑANZA ESTRUCTURADA:

TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN DE NIÑOS(AS) CON AUTISMO Y DESVENTAJAS EN LA COMUNICACIÓN, COMO INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

Numerosas investigaciones en Estados Unidos de América se han hecho y la experiencia en el campo educativo que tiene este modelo de Tratamiento y Educación de Niños(as) con Autismo y Desventajas en la Comunicación (TEACCH) como un programa de intervención, ha reflejado resultados positivos desde hace ya más de cuarenta años.

Como ya se mencionó en un inicio, en este trabajo se han detallado dos dimensiones analíticas del objeto de atención psicoeducativa:

- a) Trastorno del Espectro Autista (TEA): Fue ubicado como el concepto más genérico.
- b) Síndrome de Asperger (SA): Conceptualizado como el conjunto de signos y síntomas los cuales están incluidos dentro del TEA. El SA es el objeto de intervención.

Estudios pivote para el desarrollo del TEACCH se describen por el pionero en el campo:

Mi primer estudio fue mi tesis doctoral (Schopler citado en Mesibov; Shea y Schopler, 2005), la cual fue diseñada para demostrar que el autismo no era una enfermedad emocional causada por los errores inconscientes de los padres y madres en la crianza del niño, pero en cambio, en el autismo y los trastornos relacionados con el desarrollo son afectadas principalmente las formas de experimentar el mundo y el entendimiento de las interacciones. Esto incluye los procesos de deterioro sensorial, formas poco comunes de pensamiento, la comprensión, la interacción social restringida, problemas de comunicación, e intereses estereotipados (p.2).

En el año 2006 el programa TEACCH recibió la medalla de oro por parte de la Fundación Americana de Psicología, como método eficaz en el tratamiento del autismo (Worldlingo, 2009).

En México su aplicación en escuelas regulares es aun tardía y no solo hace falta moldear el programa, sino que se requiere de una serie de condiciones ambientales que posibiliten su aplicación y su eficacia; por este motivo en México es escaso el

conocimiento sobre la existencia de este tipo de modelos de intervención para niños con TEA.

Principios educativos del TEACCH: Ventajas y desventajas

El objetivo primario del TEACCH según la experiencia en terapias impartidas por la asociación Autismo México es que: se busque prevenir la institucionalización innecesaria preparando a la gente con autismo a vivir y trabajar más efectivamente en el hogar, en la escuela y en la comunidad, poniendo especial énfasis en los planes individualizados reduciendo comportamientos disociales entrenando a padres y capacitando a personal de la escuela; trabajando siempre bajo supervisión, pero sin perder el sentido de comunidad. Así mismo la asociación Autismo México (2010) resalta las ventajas y desventajas del programa TEACCH como se muestra en la Tabla 3:

Tabla 3. Ventajas y desventajas

Ventajas	Desventajas
Modelo dinámico que se beneficia de la investigación de varias áreas por más de 40 años	
Modelo inclusivo (para ser utilizado en escuelas regulares)	Visto por algunos como un sistema exclusivo, que segrega a los niños autistas de los demás
Compatible con otras terapias como terapia ocupacional, terapia física y modificación de conducta	
Ayuda a identificar talentos con mayor probabilidad de éxito	No hace mucho énfasis en comunicación y socialización
Modificable para reducir el estrés del niño y de la familia	

Datos obtenidos de la asociación Autismo México (2010).

Como puede observarse según el análisis de esta asociación especializada en el tratamiento de niños(as) con autismo en México, son más los beneficios que ofrece el programa TEACCH que sus defectos.

Entonces el factor entorno, es una variable en definitiva a tratarse. Lo que comenta Carrera et al. (2005) en cuanto a los factores ambientales en el diagnóstico de los problemas de aprendizaje es que: en el entorno de la escuela se deben analizar las condiciones materiales de la enseñanza, como por ejemplo si las clases están saturadas, si las condiciones físicas son inadecuadas y si se trabaja con material inapropiado. Por lo anterior es necesaria una serie de condiciones ambientales básicas para la aplicación del TEACCH, programa que pretende mejorar el aprendizaje.

En general se encontró que este modelo basado en la Enseñanza Estructurada aborda intervenciones basadas en la comunicación intentando desarrollar cierto grado de iniciación e interacción a través de un sistema funcional de intercambio de información, verbal y no verbal.

El TEACCH es un programa de intervención que intenta comprender al alumno con autismo y, basándose en una evaluación continuada y cuidadosa de las habilidades, establece objetivos de acuerdo con sus puntos fuertes y destaca la necesidad de independencia y adquisición de habilidades funcionales para comprender y vivir en el mundo que lo rodea de manera integral (Gándara, 2007).

Todo método de intervención actual necesita ser motivador e interesar al niño(a) para que su validez sea más amplia y más aun si se trata de un caso de NEE; un ejemplo de tal atmosfera es la estrategia de juego, donde se ha observado que el niño(a) autista evita el contacto social con pares, presentando hipersensibilidad, en especial si se le cambia de casa o si algo le sale mal, en este sentido el juego es una parte importante, ya que es de carácter social, con reglas, turnos, funciones, normas, espacios y líderes, el niño aprende valores, y la codificación de reglas (Piaget citado en Delval, 1998).

Adecuando el ambiente educativo

En esta búsqueda por desarrollar una internalización de habilidades sociales en el alumno(a) autista *la escuela* puede considerarse un grupo social que forma parte de una comunidad más amplia, en la que la interacción entre iguales es indispensable para el aprendizaje cooperativo mediante el conflicto sociocognitivo (Lacasa, 1994).

El desarrollo de un sistema de comunicación funcional es una alta prioridad del TEACCH, principalmente porque mejora la comprensión del mundo desde el punto de

vista de la persona con TEA o SA, reduce la ansiedad, ayuda a controlar el entorno y permite el aprendizaje y la realización de la persona (autonomía).

El objetivo más importante del TEACCH (Schopler, Mesibov y Hearsey citados en Gándara, 2007) es mejorar la adaptación de cada individuo mediante:

- a) la contribución a la mejoría de sus habilidades, y
- b) la modificación y estructuración del entorno para adaptarse a los déficits autísticos; en la terminología del TEACCH, esto recibe el nombre de *acomodación mutua*.

Se abordarán específicamente las diferencias en el pensamiento y el aprendizaje. Cabe considerar la dificultad que una persona con TEA tiene para comprender el significado subyacente y para dotar de significado específico a las experiencias, así como la falta de habilidades para la priorización y evaluación funcionales de su entorno.

Generalmente los(as) alumnos(as) autistas se centran en el detalle y en claves visuales. La distractibilidad, procedente de estímulos tanto internos como externos, también debe ser tomada en cuenta. Déficit en el pensamiento concreto, entendido como la dificultad con el pensamiento simbólico y abstracto, y la comprensión literal del entorno, más la dificultad con la generalización de experiencias y procedimientos en diferentes ámbitos, conducen a una vida gobernada por normas no habituales que pueden tomarse como un punto fuerte para la enseñanza concreta, pero pueden ser problemáticas en los cambios cotidianos (Tortosa, 2003).

Para abordar estos cambios es necesaria una flexibilidad docente la cual se aborda en la Enseñanza Estructurada sistemáticamente mediante la introducción de cambios en calendarios, de manera que el alumno pueda habituarse y esperar que en dicho día se produzcan cambios. Los objetivos básicos de la Enseñanza Estructurada son: a) incrementar y maximizar la independencia y reducir la necesidad de corrección y b) evitar problemas conductuales.

El modelo TEACCH en cuanto a mejorar la comunicación del alumno(a) con TEA, tiene la función de ir generalizando los significados del lenguaje, con el objeto de que tenga impacto principalmente en el aula, pero que sea reforzado por los docentes y por los familiares; en esta investigación se pretende ese objetivo integral.

Carr (citado en Gándara, 2007) describe la necesidad de ayudar a la persona con autismo a utilizar habilidades aprendidas en tantos ámbitos como sea posible. Por lo anterior se ha observado que la Multiple Exemplar Training (Entrenamiento Ejemplar Múltiple) es la más efectiva; el procedimiento formativo consiste en que el alumno aprenda las mismas habilidades con los mismos métodos en diferentes ámbitos, orientado por

diferentes adultos y en las diferentes tareas, utilizando materiales especiales para socializar, comunicarse y trabajar.

El programa TEACCH alcanza la cobertura necesaria educando a los padres y profesionales en sus estrategias. Es esencial la comunicación y la coherencia entre cuidadores y profesionales. Esta manera de educar, por supuesto, es un proceso relativamente largo. Implica inicialmente la enseñanza una por una de las habilidades evaluadas y es necesaria en un ámbito familiar.

Estudios recientes al analizar la aplicación del TEACCH concluyen que (Tortosa, 2003):

Los padres de las personas con TEA, al principio observan las sesiones de tratamiento como un padre consejero, y siguen adelante con este trabajo en su casa. Los programas escolares ofrecen instrucción individualizada, enfatizando las habilidades adecuadas para la edad y el nivel evolutivo de cada estudiante en un ambiente de aprendizaje estructurado. Para todas las edades, el énfasis se pone en las habilidades de comunicación, socialización y también en fomentar la independencia y preparación para la vida adulta.

El hecho de ser colocados en escuelas públicas regulares ofrece, a los estudiantes autistas, muchas oportunidades de aprender de sus pares no discapacitados, al tiempo que permite a éstos últimos ampliar su comprensión de los individuos discapacitados. Los estudiantes que necesitan de servicios relacionados tales como terapia del habla, pueden acceder a los mismos en la escuela o pueden continuar recibiendo el tratamiento en el centro de educación especial. Esta decisión se toma de acuerdo a las necesidades de cada estudiante y su familia.

Los principios en los que se fundamenta, según Eric Schopler (2001) son:

- Adaptación óptima
- Colaboración entre padres y profesionales
- Intervención eficaz
- Énfasis en la teoría cognitiva y conductual
- Asesoramiento y diagnóstico temprano
- Enseñanza estructurada con medios audiovisuales
- Entrenamiento multidisciplinario en el modelo generalista (casa, familia, escuela), (p.2).

Es imprescindible la participación y apoyo de los padres y madres, así como de los distintos profesionales para la óptima aplicación de este programa de intervención que está sustentada en los ejercicios de aprendizaje que hace el niño(a) al diferenciar los distintos escenarios donde se aplica el TEACCH actuando de modo asertivo en: escuela, casa y comunidad. Los niños(as) pasan gran parte de su vida (Lacasa y Martin, 1996) aprendiendo en la escuela y el hogar, aunque quizá la gran paradoja es que muchas veces resulta difícil tender <<puentes>> entre ambos contextos.

Además, tanto los pequeños(as) como sus familias suelen considerar esos entornos

como dos mundos separados que apenas tienen que ver entre sí.

Coincide entonces que los deberes escolares bien estructurados y diseñados según los autores Lacasa y Martín (1996), impulsan un nuevo enfoque de la educación. Los padres y madres generalmente colaboran con sus hijos(as) en la realización de los deberes escolares; estableciendo así un *triángulo educativo* formado por alumnos(as), padres y madres, y profesores(as) que permita afrontar de forma conjunta la tarea educativa de los niños(as).

TEACH: *Programa de intervención*

Los pilares del TEACCH son los sistemas de comunicación mediante los cuales se adquiere el aprendizaje de contenidos, reduciendo las complicaciones en la socialización, sobre todo en dinámicas de tipo grupal. Por lo tanto la sofisticación de sistemas de comunicación verbal y no verbal adecua el desarrollo de habilidades de interacción y comunicación en niños(as) con autismo (Schopler y Mesibov, 1995).

La enseñanza estructurada cobra sentido cuando se intenta enseñar a niños(as) con TEA y SA, donde se busca darle al mundo el mayor sentido posible, entendiendo por mundo, en este caso al entorno escolar. Cuando el niño(a) comprende lo que sucede y lo que se espera de él/ella, el aprendizaje se ve potenciado y los problemas de conducta disminuyen. Existen dos aspectos a considerar al enseñar a niños(as) con autismo: ayudarlo(a) a desarrollar sus capacidades y habilidades, así como reconocer la necesidad de efectuar modificaciones en el ambiente para maximizar las potencialidades y minimizar los déficits (Faherty; Sicoli; Gilpin y Simmons, 2000).

Según Tortosa (2003), los componentes generales del TEACCH *son cinco* los cuales deben aplicarse de modo que el ambiente se adecue y los (as) docentes tengan un papel de facilitadores(as) de la intervención:

1. Organización física

Se refiere a la manera en que se disponen el entorno físico, el mobiliario y los materiales para que cobren sentido, lo que se traduce en el uso de fronteras claras, físicas y visuales para incrementar el significado y minimizar las distracciones. Ello permite que el alumno centre su atención y esfuerzos en la tarea. Para conseguir este objetivo se colocan barreras visuales (como situar al alumno(a) frente a la pared y colocar dos piezas de mobiliario para

bloquear la visibilidad a ambos lados de la mesa de trabajo) y se desarrollan áreas de enseñanza (contenido específico). Desde el abordaje del TEACCH, todas las habilidades nuevas se enseñan una por una.

Las áreas de transición se emplean ampliamente en la Enseñanza Estructurada para los(as) alumnos(as) con problemas para cambiar de actividades, una característica muy frecuente del autismo. Estas áreas tienen un calendario y permiten que el alumno se oriente al cambio.

Otro punto sería disponer de un área de pausa/juego separada del área de trabajo para resaltar la diferencia entre el trabajo y el juego y emplearla como factor de refuerzo y de clarificación de lo que el alumno debe hacer en diferentes ámbitos. El área de juego estará alejada de salidas por las que el niño pueda evadir o salirse y será un espacio visualmente limitado.

Es importante considerar que el nivel evolutivo de un alumno con TEA condicionará el cambio para el abordaje de la organización física. Las áreas en las que se va a dividir un entorno diferirán de un niño a un adulto, el mobiliario se adaptará a sus necesidades. La estructura física puede atenuarse o ajustarse a medida que los alumnos aprendan a funcionar con mayor independencia. La individualización se produce a través del proceso de reevaluación y reestructuración (Faherty citado en Gándara, 2007).

2. Calendarios

Un calendario es una instrucción visual que dice la actividad que tendrá lugar y en qué orden, lo que permite al alumno(a) saber y esperar la producción de acontecimientos. Puede ser comparable a una agenda de lo que va a suceder durante el día. Habitualmente se dispone de izquierda a derecha y de arriba a abajo.

Los tipos de calendario pueden ser diversos y se emplean en función del nivel evolutivo del alumno (Fern citado en Tortosa, 2003). Si el alumno(a) presenta un intenso deterioro de la abstracción cognitiva, es recomendable empezar con el uso de objetos como claves visuales que se emplearán en una actividad (p. ej., una toalla para el lavado de manos) o que puedan relacionarse con cierta actividad (p. ej., una caja vacía de galletas para indicar la hora de la merienda); esto se denomina Sistema de Comunicación/Intercambio con imágenes (Picture Communication/Exchange System). Este sistema según Fern fue desarrollado por Andrew Bondy y Lori Frost del Delaware Autistic Program.

A través del intercambio de imágenes y la obtención de objetos, el niño(a) desarrolla el pensamiento simbólico. Este tipo de abordaje de la comunicación sirve al objetivo de contribuir a la iniciación y la interacción, con menos intercambio verbal. Por tanto, considera los puntos fuertes relativos visuales y de concreción del alumno(a) con autismo para permitir la comunicación funcional.

El segundo tipo de calendario emplea imágenes y fotografías como clave de transición y tiene la ventaja de ser más portátil, aunque el alumno debe ser capaz de comprender la imagen como significativa y representativa de determinado acontecimiento. Un paso más está representado por el calendario escrito y de tipo icónico que incluye una lista de cosas con su presentación visual al lado. Y, por último, el calendario textual estándar, muy efectivo para las personas con autismo y elevada funcionalidad.

La manera en que el alumno(a) usa el calendario reside en retirar el objeto o imagen relevante o marcar las palabras escritas correspondientes a la actividad que van a emprender o que ya terminó. Después de esto, el alumno(a) equipara o pone la clave en una caja terminada en la correspondiente área de actividad, en el caso del objeto y de la imagen (Tortosa, 2003).

Cuando el alumno(a) ha terminado, vuelve al calendario (la mayoría de alumnos(as) dispone de una clave para recordar que deben consultar sus calendarios). Finalmente, los alumnos pueden subir a un nivel superior de abstracción si están preparados, aunque cabe recordar que el objetivo es que la comunicación sea funcional, no necesariamente que mejore su forma (Schopler, 1970).

La manera en que el alumno consulta el calendario: puede traerlo consigo, se le puede facilitar una clave visual para indicar que es la hora de acudir al calendario o con una clave verbal. El modo en que el alumno lo manipula: traer el objeto del calendario al área de actividad o guardarlo en una caja o una bolsa de papel para dicho propósito, dar la vuelta a la imagen, trazar una cruz en lo que se va a hacer o cuando se haya finalizado la actividad.

El terapeuta puede personalizar el calendario de acuerdo con los intereses de la persona (p. ej., ilustraciones de Dora la exploradora ó Spiderman en el calendario, si se trata de un interés específico), con el objeto de estimular el abordaje de los aspectos de la comunicación.

De acuerdo con la investigación (Schopler, Brehm, Kinsbourne y Reichler citados en Gándara, 2007), los(as) alumnos(as) con TEA responden mejor a una clase estructurada que a una clase tradicional; por lo tanto, en la práctica al trabajar con un niño(a) con

funcionalidad baja y con autismo se dispondrá de objetos básicos y representativos que respondan a actividades que tendrían lugar en una sesión tradicional.

Las claves visuales de objetos pueden organizarse en una caja de zapatos (p. ej., una taza para la merienda, un coche para jugar, un bloque para la enseñanza individualizada, una tarjeta para el trabajo independiente) o disponer de las mismas claves en imágenes organizadas en una secuencia determinada o en un simple fragmento de papel con una lista para los(as) alumnos(as) con autismo y con superior funcionalidad, educando la flexibilidad y afrontamiento del cambio.

Para introducir dichos cambios puede asignarse un código cromático (colores) distinto a la actividad que variará cada día y escribir al lado lo que se trabajará en su lugar. Se enseñará al alumno(a) a reconocer dichos marcadores.

Los calendarios son un valioso instrumento de comunicación, memoria y ayudan al alumno(a) a organizarse y ser consciente de lo que va a suceder. Un importante resultado de enseñar a usar calendarios a los pacientes con TEA radica en que pueden desarrollar habilidades necesarias para la función de la vida adulta, como el seguimiento de instrucciones tan independientemente como sea posible y trabajar de manera ordenada (Schopler et al., 1995).

Los calendarios son un componente de las estrategias del TEACCH para el tratamiento conductual, contribuyendo a *evitar conductas inapropiadas* a causa de la reducción del nivel de ansiedad del alumno porque ya controla lo que está sucediendo en su entorno.

3. Sistemas de trabajo

El objetivo de los sistemas de trabajo es facilitar al alumno(a) una estrategia para completar el trabajo que debe hacerse de forma independiente. Al construir un sistema de trabajo cabe clarificar al alumno: cuánto trabajo necesita hacer, qué trabajo, cuándo finalizará y qué ocurrirá después (Mesibov, Shea y Schopler citados en Gándara, 2007).

Ocasionalmente, los alumnos confunden el calendario con un sistema de trabajo; el primero le dice al alumno(a) qué actividades generales va a hacer durante el día y con qué secuencia y *el sistema de trabajo dice al alumno lo que va a hacer cuando empiece cada actividad o llegue al área de trabajo.*

Para individualizar un sistema de trabajo, el/la terapeuta puede emplear diferentes claves visuales (trasladando las tareas a la caja de acabado, equiparando la clave de la tarea con el sistema de trabajo o con una lista de etapas o actividades escritas), la organización

también puede variar (el sistema de trabajo puede establecerse de arriba abajo o de izquierda a derecha).

Asimismo debe hacerse claramente y enseñar al alumno(a) cómo manipular el sistema de trabajo (p. ej., el alumno puede situar una tarea o una tarjeta en un sitio de acabado o trazar una marca en una lista escrita de las actividades en las que está trabajando).

Cabe indicar que debe incluirse una clave de transición que responda a una motivación o interés personal para que regrese tras haber finalizado el trabajo independiente, al calendario y que indique al alumno(a) lo que sucede después (reforzador).

El sistema de trabajo puede ir en una pieza de cartón, vertical (para captar mejor la atención visual), de arriba abajo y son: trabajo individualizado, tiempo de juego, cuarto de baño, trabajo independiente y desayuno, cuarto de baño, juego estructurado, comida.

Las claves son objetos adheridos con velcro al cartón; se colocan en una cesta a la derecha del calendario tras cada consulta al mismo terminada una actividad.

4. Organización de tareas

Las tareas *deben organizarse visualmente*; la gestión de los espacios y los contenedores se emplea para centrar la atención y limitar los materiales de modo paulatino dividido en pasos donde se termina una actividad y se coloca en su correspondiente contenedor. Para clarificar la información puede utilizarse el etiquetado, la codificación por colores, el realce y la limitación de la cantidad de materiales expuestos.

Además, las instrucciones visuales dan al alumno(a) claves para reunir las partes o piezas separadas de la tarea en una determinada secuencia. Una de las maneras para su consecución se basa en una imagen o instrucción por escrito o una muestra del producto (un modelo).

El TEACCH es conocido por algunos de los materiales de intervención educativa empleados, como son: las shoebox tasks (tareas de las cajas de zapatos) y las folder tasks (tareas de carpetas) son útiles para desarrollar una diversidad de habilidades de trabajo independiente. La clave para el éxito en estas tareas según Gándara (2007) es precisamente la organización como una manera de comunicar lo que se espera del alumno(a).

La organización de las tareas también alcanza el foco de la atención mediante el realce de las partes relevantes de la tarea y sus relaciones, evitar los errores o los intentos múltiples por la claridad de la tarea y limitar la información facilitada bloqueando lo innecesario, lo que también reduce los factores de distracción sensorial (Mesibov, Shea y

Schopler citados en Gándara, 2007). La organización de la tarea visual es similar a un plan o plantilla, en los que las etapas se especifican claramente en el diseño de la tarea.

Para que la Enseñanza Estructurada sea eficaz, el alumno(a) tiene que manejar ciertas rutinas, como trabajar secuencialmente sabiendo que primero tiene que hacer algo y que sólo después de haberlo hecho, pasará a la siguiente actividad. Debe saber cómo consultar su calendario y lo que conseguirá con ello; también necesita saber cómo seguir su sistema de trabajo y cómo *trabajar las actividades de izquierda a derecha y de arriba abajo* (Schopler, Mesibov y Hearsey, 1995).

5. Sistemas de comunicación (asertividad verbal y no verbal)

Un sistema de comunicación consiste en claves visuales que elige el niño(a) con TEA. Al aprender a manejar las claves, comunicará sus necesidades, deseos y pensamientos. El alumno(a) tendrá acceso a todas las claves de manera organizada en el *Communication Board* (tablero de comunicación), donde encontrará la clave visual que representa la actividad u objeto que quiere y la transmite al interlocutor que inmediatamente responde en consonancia a la solicitud (Fern citado en Tortosa, 2003).

El primer paso hacia la comunicación es evaluar el nivel de habilidad comunicativa que tenga el alumno(a) y elegir la manera en que se va a comunicar: lenguaje asertivo, mediante objetos, imágenes o signos. Su uso no es arbitrario; las imágenes podrían ser difíciles de manejar por las dificultades de la motricidad fina o podrían no ser interesantes para el alumno(a); el lenguaje de los signos no es empleado con frecuencia por los(as) alumnos(as) con TEA por los problemas de planificación de imitación motora, pero puede representar la diferencia si el alumno(a) puede manejar un par de signos para satisfacer sus necesidades.

Al evaluar el lenguaje (Mesibov, Shea y Schopler citados en Gándara, 2007), unos marcadores muy básicos determinan qué sistema puede emplear el niño(a) para comunicarse independientemente, los contextos y situaciones (desarrollar autorregulación) y lo que el niño(a) quiere comunicar (demanda, rechazo, obtener atención, comentar, dar información, buscar información, compartir tareas, expresar sentimientos, situaciones sociales y demás habilidades comunicativas y psicosociales).

Por consiguiente, se le enseñará a dirigir sus peticiones a alguien que pueda ayudarlo o cooperar en una tarea con un compañero(a). Es vital que los intentos de comunicación se conviertan en algo deliberado y voluntario para abordar efectivamente la comunicación; lo que puede alcanzarse disponiendo el entorno de manera que el alumno no pueda obtener lo

que necesita por sí mismo(a); sino que para ello tenga que pedirlo y a la vez el otro(a) desarrolle empatía hacia la discapacidad.

Una vez que se ha establecido la relación entre el objeto/imagen/signo y el significado, puede ayudar al alumno(a) a comprender las opciones que tiene, lo que va a suceder, el pasado y el futuro, sus sentimientos y los sentimientos de los demás, cómo hacer cosas independientemente, cómo actuar en situaciones difíciles. Una vez que el niño(a) ha aprendido el significado de varias ayudas visuales, puede hacerse un *Choice Board* (tablero de elecciones: que tiene claves visuales sólo alrededor de un área de elección, p. ej., juegos o comida), del cual puede elegir lo que quiere transmitir o pedir. Cabe asegurarse de que el *Choice Board* sólo contenga los ítems disponibles (Gándara, 2007).

El/la terapeuta debe ser consciente de proceder despacio y obligarse a una evaluación continuada. Sería recomendable que intentara implicar a tantos cuidadores y ámbitos como fuera posible en la utilización del sistema de comunicación que ha demostrado su eficacia con cada niño en concreto. Asimismo se debe asegurar y ser consciente de que sea motivador, visual, interactivo, significativo y parte de una rutina o disciplina (Fern citado en Gándara, 2007).

En síntesis, se puede indicar que los distintos órganos de los que está compuesto el TEACCH es indispensable que sean adaptados al ambiente escolar; es decir tratar lo más posible de evitar suprimir algún elemento y sobre todo basándose en la evaluación psicodiagnóstica inicial, donde se reflejan indicadores de fortalezas y debilidades en el alumno(a) con SA.

A continuación en el capítulo cuarto se detalla el procedimiento que fue utilizado para intervenir en una situación donde se tiene a un alumno con SA + TDAH en un aula regular de nivel primaria.

CAPÍTULO IV

PROCEDIMIENTO

Identificación de la problemática

A continuación se describen los pasos seguidos para realizar la identificación de necesidades y la intervención:

1.- La identificación de la problemática se llevó a cabo al momento de ingresar al programa de servicio social denominado “La intervención del psicólogo educativo en un hospital psiquiátrico infantil”, Dr. Juan N. Navarro donde se brinda un servicio de apoyo.

2.-El servicio social integra actividades de apoyo con evaluación inicial y terapia psicopedagógica en el área de hospital de día, área en la cual se da seguimiento a protocolos de evaluación diagnóstica, inclusión e intervención con estrategias en el paciente psiquiátrico infantil que presenta necesidades educativas especiales, complejas y bajo rendimiento escolar como principales signos.

3.-En este servicio se da atención a pacientes ambulatorios acompañados(as) por los(as) padres/madres o algún familiar, los cuales acuden de modo subsecuente estando en tratamiento multidisciplinario: paidopsiquiatría, tratamiento farmacológico, neuropsicología, psicología, pedagogía, sociología, terapia familiar, terapia de lenguaje y terapia conductual entre otras. Los/as niños(as) que son tratados en este servicio son pacientes ambulatorios que están adscritos en su mayoría a una escuela regular de tipo pública.

4.-La problemática que se atendió en el servicio psicopedagógico del hospital durante el servicio social fue: TDA, TDAH, DM, TEA, TOD, distimia, hipersensibilidad social, síndrome de Asperger, dificultades del lenguaje expresivo, dificultades en el aprendizaje de las matemáticas, la lectoescritura, bajo rendimiento escolar, psicomotricidad, neuromotricidad afectada y demás trastornos relacionados con la conducta, las emociones y el desarrollo evolutivo.

5.-El enfoque teórico que fue utilizado en esta intervención y reportado al hospital durante el servicio fue el: Enfoque psicopedagógico en acuerdo con el trabajo multidisciplinario sistémico e integral; utilizando teorías del constructivismo, psicología evolutiva, psicodiagnóstico, cognoscitivismo, análisis conductual aplicado, terapia de juego, psicofisiología, psicofarmacología en el aprendizaje; manuales de la APA y de la OMS.

6.-El hospital cuenta con procedimientos de capacitación para los(as) prestadores de servicio social como medio de garantizar una intervención eficiente, además hay sesiones clínicas, que se dan todos los jueves en el auditorio del hospital, como modo de actualización del conocimiento; y un curso intensivo sobre problemas de aprendizaje en niños(as) y adolescentes.

7.-En el consultorio (servicio psicopedagógico), durante el periodo del servicio social, se atendieron un promedio de cuarenta pacientes por semana. Al final del servicio se acumuló un total de setecientos trece servicios registrados de los cuales se seleccionó solamente un caso: un niño de 9 años quien refiere la maestra de escuela, por bajo rendimiento escolar, dificultad en la socialización y comunicación. El servicio médico lo diagnosticó con síndrome de Asperger en comorbilidad con TDAH.

8.-Por lo anterior se identificó la necesidad de la intervención psicopedagógica como complemento a su tratamiento ya que el alumno fue referido al servicio con el objeto de tratar su rendimiento escolar, sus dificultades de socialización y comunicación. El alumno fue evaluado detalladamente: con entrevistas, tests, monitoreo de actividades, evaluaciones escolares y conductas de planeación en casa para seleccionar el método más conveniente para su avance escolar.

Después de los temas revisados en los capítulos iniciales de este trabajo y de describir los pasos para la identificación de la problemática, se presenta el informe de la intervención psicopedagógica con los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Contribuir a que el alumno desarrolle habilidades de interacción y comunicación hacia su entorno de modo integral.

Objetivos específicos

- Informar acerca de las necesidades educativas especiales mediante la aplicación de una prueba inicial (evaluación psicodiagnóstica inicial) para hacer inventario de las dificultades del alumno.
- Aplicar programa de enseñanza estructurada con instrucciones para el alumno, la maestra, el padre y madre.
- Evaluar (evaluación psicodiagnóstica final) para identificar cambios en las habilidades psicosociales y en el rendimiento escolar global al finalizar el ciclo escolar.

Participantes

Los participantes de la intervención fueron: 1) el alumno de 9 años en 3º de primaria regular pública, con problemas escolares y diagnóstico de SA+TDAH, 2) padre y madre 3) la maestra.

Contexto inicial

Cursa el 3º de primaria en una escuela regular, presenta bajo rendimiento escolar, dificultad para socializar con pares y comunicarse, no sigue instrucciones y no termina las tareas que se le indican. Presenta movimientos estereotipados de brazos, conductas ansiosas, déficit en el lenguaje expresivo. En la escuela se reporta que no hace caso, es muy inquieto y no habla bien (omisiones y sustituciones), también mordió a una

compañera de clase, es aversivo con sus pares y presenta ausencia de motivación para dinámicas grupales.

La madre refiere que el niño es muy sensible, por cualquier cosa llora y le cuesta trabajo para que coopere en casa, se muestra indiferente en realizar sus tareas de la escuela.

Escenario

Se realizaron las pruebas diagnósticas en centro Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr., Juan N. Navarro, en el área de Hospital de día, subdivisión de apoyo psicopedagógico donde se tratan a niños(as) y adolescentes con NEE y complejas como el TDAH, así como TEA de grado profundo y leve (SA) entre otras dificultades del desarrollo y las emociones.

Instrumentos

De acuerdo al procedimiento y a las etapas de esta intervención, los instrumentos con los que se recolectó la información en sus distintas dimensiones fueron los siguientes:

a) La evaluación psicodiagnóstica inicial hacia el escolar fue utilizada como marco de referencia y describe lo que el escolar posee, puede potenciar y modificar.

A continuación se describen las pruebas de la evaluación inicial, diferenciando las del alumno, padre, madre y profesora.

Batería de pruebas

° Alumno:

PRUEBA	PROPÓSITO
* IDEA – Inventario de habilidades sociales y comunicativas de Riviere y Martos (1997)	Recolectar datos sobre el nivel inicial de habilidades sociales, comunicativas, lenguaje y características autísticas
* Test de Disciplina y Autocontrol	Recolectar datos sobre el nivel de habilidades de autorregulación para el

(Gómez, 1993) ANEXO I	aprendizaje y el trabajo en grupo
* Cuestionario de evaluación del ambiente de aprendizaje y rendimiento escolar (Iglesias, 2008) ANEXO II	Recolectar información sobre la estructura del aula, materiales, dinámicas, planificación, rendimiento global del alumno y en contenidos curriculares específicos; estilos y estrategias de la maestra
* Observación en situación de juego: 1) Juego de percepción, socialización y lenguaje: Lotería; y 2) Juego de psicomotricidad y socialización: Pingüinos.	Recolectar información sobre nivel de habilidades de socialización y capacidad de internalizar reglas de juego
* Test Bender (escala de Koppitz), (Bender, 2005)	Recolectar información sobre la capacidad visomotora y el nivel de maduración neurocognitiva
* Figura Humana (Esquivel et al., 2007)	Recolectar indicadores sobre nivel de maduración psicomotriz y desarrollo
* Dibujo de la familia	Recolectar indicadores sobre nivel de maduración psicomotriz y representación de dinámica grupal
* Dibujo de la Casa	Recolectar indicadores sobre nivel de maduración psicomotriz y nivel de representación simbólica
* Árbol	Recolectar indicadores sobre nivel de maduración psicomotriz y nivel de representación simbólica
* CAT-A (Esquivel et al., 2007 y Bellak 1996)	Recolectar información sobre el nivel de habilidades de sensopercepción, reflexión, asimilación, acomodación y pensamiento libre; vinculados a dinámicas de grupo y

figura/fondo.

° Padre y madre:

PRUEBA	PROPÓSITO
* Entrevista estructurada: Historia de Desarrollo de Rueda (2006) ANEXO IV	Recolectar datos del desarrollo evolutivo del niño
* IDEA – Inventario de habilidades sociales y comunicativas de Riviere y Martos (1997)	Recolectar datos sobre el nivel actual de habilidades sociales, comunicativas, lenguaje y características autísticas dirigido a la evaluación del alumno desde la perspectiva del padre y madre.

° Profesora:

PRUEBA	PROPÓSITO
* IDEA – Inventario de habilidades sociales y comunicativas (dirigido a la evaluación del alumno) de Riviere y Martos (1997)	Recolectar datos sobre el nivel actual de habilidades sociales, comunicativas, lenguaje y características autísticas, dirigido a la evaluación del alumno desde la perspectiva de la profesora.
* Cuestionario de Conductas Disruptivas (dirigido a la evaluación del alumno) (Gómez, 1993) ANEXO V	Recolectar indicadores sobre la presencia/ausencia de conductas que dificulten la inclusión, socialización y comunicación en el aula impactando el rendimiento escolar.

- b) La evaluación psicodiagnóstica final para identificar cambios en las habilidades y conductas que fueron objeto de entrenamiento; a continuación se enlistan las que se utilizaron:

Evaluación psicodiagnóstica final:

-
- * IDEA – Inventario de habilidades sociales y comunicativas
-
- * Test de Disciplina y Autocontrol , ver ANEXO I
-
- * Cuestionario de Conductas Disruptivas, ver ANEXO V
-
- * Cuestionario de evaluación del ambiente de aprendizaje y rendimiento escolar, ver ANEXO II
-
- * Observación en situación de juego, ver ANEXO III
-

A continuación se describe lo que se realizó durante la evaluación psicodiagnóstica inicial sistematizando e indicando el objetivo específico y actividades en cada fase de la misma.

Nota: Este protocolo de evaluación psicoeducativa (batería de pruebas) se desarrolló siguiendo los parámetros que se realizan de modo establecido en los servicios de salud pública federal en los hospitales de México; *no obstante* por motivos de confidencialidad no se reportan los formatos oficiales del hospital sino solamente los *indicadores* que se evalúan en la institución, dichos indicadores y escalas de desarrollo se contemplan en la batería de pruebas detallada en este informe, sustentados teórica y experimentalmente con validez y confiabilidad; en otras palabras los indicadores que se evalúan en esta batería de pruebas son los mismos que se evalúan en los formatos oficiales.

Fases de la evaluación psicodiagnóstica inicial

Objetivo General: Informar acerca de las necesidades educativas especiales asociadas al SA+TDAH.

Tiempo: 4 días

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
1	Entrevista al alumno Tiempo aprox: 45-60 minutos.	* IDEA – Inventario de habilidades sociales y comunicativas * Test de Disciplina y Autocontrol	° Recabar datos e indicadores descriptivos sobre el estado actual de las habilidades sociales y comunicativas en la escuela y con su familia. ° Recabar datos sobre habilidades de disciplina y autocontrol que el alumno tiene desarrolladas antes de la intervención psicopedagógica.	° Se realizó la entrevista en una sola sesión. Se procuró un procedimiento de comunicación adecuado para recabar los datos e indicadores suficientes. ° Se aplicó el inventario-IDEA sobre habilidades sociales y comunicativas en modo de entrevista estructurada y posteriormente se aplicó el test de disciplina y autocontrol.

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
2	<p data-bbox="331 571 595 657">Entrevista a padres y madres</p> <p data-bbox="367 737 560 823">Tiempo aprox: 50-60 minutos.</p>	<p data-bbox="680 593 846 695">*Historia de Desarrollo</p> <p data-bbox="680 778 855 1046">* IDEA – Inventario de habilidades sociales y comunicativas</p>	<p data-bbox="904 571 1433 715">° Recabar datos e indicadores descriptivos sobre el desarrollo evolutivo del niño y de los antecedentes familiares.</p> <p data-bbox="904 794 1433 995">° Recabar datos sobre el estado actual de las habilidades sociales y comunicativas del alumno desde el análisis de la información que proporcionan sus padres.</p>	<p data-bbox="1464 571 1971 938">° Se aplicó el inventario IDEA y la Historia de Desarrollo en una sola sesión en modo de entrevista estructurada, procurando utilizar procedimientos de comunicación adecuados y cuidadosos para recabar los datos e indicadores suficientes.</p> <p data-bbox="1464 1018 1971 1219">° Se realizó la historia de desarrollo y posteriormente se aplicó Inventario IDEA de habilidades sociales y comunicativas.</p>

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
3	<p data-bbox="302 406 622 438">Entrevista a la profesora</p> <p data-bbox="369 518 555 598">Tiempo aprox: 25-50 minutos.</p>	<p data-bbox="672 422 851 694">* IDEA – Inventario de habilidades sociales y comunicativas</p> <p data-bbox="672 798 862 949">* Cuestionario de Conductas Disruptivas</p>	<p data-bbox="896 406 1433 1045">° Recabar datos e indicadores descriptivos sobre el estado actual de las habilidades sociales y comunicativas en el aula de clase, la relación que establece con la profesora y sus compañeros(as) de clase antes de la intervención psicopedagógica, su rendimiento académico (calificaciones); así como también las posibles conductas disruptivas que presentare el alumno según la información proporcionada por la profesora.</p>	<p data-bbox="1467 406 1960 869">° Se envió el Inventario- IDEA y el Cuestionario de Conductas Disruptivas en una sola sesión en modo de entrevista estructurada, generalmente si la situación y el tiempo lo requieren se aplican en modo de test, procurando sea un procedimiento de comunicación adecuado para recabar los datos suficientes.</p> <p data-bbox="1467 957 1960 1268">° Se realizó la sesión de aplicación de ambos instrumentos en un momento en el que la profesora estaba relajada y disponible para la entrevista (aviso previo). El procedimiento se llevó a cabo fuera del horario de clases.</p>

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
4	<p>Cuestionario</p> <p>Tiempo aprox: 25-35 minutos</p>	<p>* Cuestionario de evaluación del ambiente de aprendizaje y rendimiento escolar</p>	<p>° Recabar datos e indicadores descriptivos sobre el ambiente escolar, estructura del aula, espacios, conductas y actitudes del alumno en las tareas y la interacción grupal; así como también indicadores sobre las modalidades que toma la profesora para su enseñanza y recursos didácticos, organización y planificación de contenidos que se trabajan en clase.</p> <p>° Monitorear aprendizaje y rendimiento escolar</p>	<p>° Se contestó el cuestionario en una sola sesión. Se procuró un procedimiento breve para contestar el test y recabar los indicadores suficientes.</p> <p>° Se revisó que la maestra contestara los apartados del cuestionario de modo completo.</p>

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
5	<p>Observación en situación de juego:</p> <p>1) Juego de percepción, socialización y lenguaje: Lotería</p> <p>2) Juego de psicomotricidad y socialización: Pingüinos.</p> <p>Tiempo aprox: 50-60 minutos</p>	<p>*Juego tradicional de Lotería</p> <p>*Juego didáctico de pingüinos</p>	<p>° Recabar indicadores descriptivos sobre el desarrollo cognitivo-neurológico y emocional del alumno en función al nivel de autorregulación e introyección de pautas sociales observables al esperar turno, seguir reglas del juego, hacer juego limpio o trampa; así como tipo de lenguaje, estereotipias, tics, niveles de impulsividad y frustración que manejan los niños(as) al momento de socializar con sus pares.</p>	<p>° Se puso al alumno en situación de juego grupal con al menos uno a dos niños(as) aparte de él. Se hicieron explícitas las instrucciones de cada juego:</p> <p>° Se jugó con la Lotería y la otra mitad del tiempo de la sesión se usó para cambiar al segundo juego de los Pingüinos.</p>

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
6	<p>Bender</p> <p>Tiempo aprox:</p> <p>Aunque el test no tiene tiempo límite, hay que registrar el tiempo empleado, ya que si es muy corto o largo tiene valor diagnóstico (aprox. 15-30 minutos).</p>	<p>*Test estandarizado Bender</p> <p>*Hojas blancas y lápiz de trazo mediano 2 HB</p>	<p>° Recabar indicadores descriptivos sobre el desarrollo cognitivo-neurológico y emocional del alumno.</p>	<p>° Se aplicaron las láminas del test gestáltico visomotor una por una, usando un cronómetro para determinar el tiempo que se tarda en cada una y saber cuánto se tarda en terminar todo el test.</p> <p>° Se analizaron posibles distorsiones en tamaño y trazo para obtener el puntaje en función al manual y escala de maduración de Koppitz (citado en Esquivel et al., 2007 y Bender, 2005).</p>

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
7	<p>° Dibujos</p> <p>Tiempo aprox: 10-15 min. En cada uno de los tests aproximadamente, más tres descansos de 5 minutos entre cada test : aprox. 60 min total</p>	<p>* DFH</p> <p>* Dibujo de la familia</p> <p>* Dibujo de la Casa</p> <p>* Hojas blancas y lápiz de trazo mediano 2 HB</p>	<p>° Recabar indicadores descriptivos sobre el desarrollo cognitivo y emocional del alumno mediante pruebas de carácter proyectivo y motricidad.</p>	<p>° Se aplicaron los tres tests al alumno en una sola sesión, asignando un tiempo aproximado para cada uno y un descanso de 5 minutos entre cada uno de los tests. Se dieron instrucciones claras en cada prueba y el material para realizarlas.</p> <p>° Se aplicó el test de la Figura Humana. El test del Dibujo de la Familia y el Dibujo de la Casa. Los indicadores de estos test fueron evaluados (puntaje) y categorizados en base a los manuales propuestos por Esquivel et al. (2007) y los protocolos de diagnóstico.</p>

Fase	Descripción	Material	Objetivo específico	Actividades
8	<p>Dibujo del Árbol y CAT-A</p> <p>Tiempo aprox:</p> <p>El tiempo estimado para ambas pruebas es 50-70 min dependiendo de las historias narrativas que se manejen en el CAT-A</p>	<p>* 10 láminas de apercepción temática</p> <p>* Hojas blancas y lápiz de trazo mediano 2 HB</p>	<p>° Identificar dificultades socio afectivas mediante los indicadores que proponen los tests estandarizados de carácter emocional, proyectivo y de sensopercepción para determinar nivel de interacción en grupo, representación simbólica y figura fondo.</p>	<p>° Se aplicó el test de Apercepción Temática CAT-A, pasando cada una de las 10 láminas al alumno.</p> <p>° Se aplicó el test del Dibujo del Árbol, indicado las instrucciones. Los indicadores de estos tests serán evaluados en base a los manuales propuestos por Esquivel (2007) y los protocolos de diagnóstico del manual de Bellak (1996) para apercepción temática infantil.</p>

A continuación se detallan las necesidades educativas especiales asociadas al SA+TDAH:

Sexo: masculino

Edad: 9 años 2 meses

Escolaridad: 3º primaria

Tipo de escuela: regular/pública

Motivo de la consulta

Bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad social, ansiedad. Idx (diagnóstico inicial) síndrome de Asperger + TDAH (1). Refiere especialista (Dr.) a este servicio como protocolo de tratamiento integral y para realizar valoración psicopedagógica. Actualmente se encuentra bajo tratamiento farmacológico.

° Indicadores de test IDEA:

Buenas condiciones de higiene y aliño, alumno oscila anatomía delgada a robusta, íntegro, con estatura acorde a la edad cronológica, introvertido y tarda en contestar lo que se le pregunta, no retiene la mirada, no espontáneo, le cuesta trabajo expresarse verbalmente.

Al iniciar la valoración, se sale la madre del consultorio por protocolo de evaluación: el alumno se pone a llorar de modo súbito, “tengo miedo”, “mamá no te vayas”, “no quiero hacer letras” (sic alumno); por motivo de la conducta antes citada fue necesario que la madre se regresara y permaneciera en el consultorio durante la valoración, con el objeto de que el alumno dejara de llorar, posterior a esto se tranquiliza.

En general se muestra introvertido, ansioso, contesta lo que se le pregunta, pero se nota hipersensible a la valoración. Dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía, escasas miradas, el mentalismo es lento, simple y limitado.

(1) Nota: El diagnóstico inicial (Idx) hecho por el área clínica (paidopsiquiatría) fue cotejado en el expediente clínico del alumno por seguimiento al protocolo, así como en su hoja de referencia al servicio psicopedagógico.

Hay conductas comunicativas disminuidas, tal es el caso de declarar, comentar y oraciones ecológicas no logran configurar una conversación: le cuesta trabajo diferenciar entre significado literal e intencional. Resistencia intensa a cambios.

Predominan las estereotipias motoras, rituales simples y apego excesivo a objetos.

Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad. Dificultad para generar gestos comunicativos no verbales.

° Indicadores de test de disciplina y autocontrol:

Llega 45 minutos tarde a la valoración, no suele ser puntual: es inconsistente en trabajos en clase y casa, no cumple las normas de la clase, hay bajo nivel de responsabilidad y compromiso.

Sensible con las críticas, falta de motivación y posible bajo nivel de autoestima, considera no ser comprendido por su maestra. Le cuesta entablar confianza y no ajustarse a las evaluaciones cotidianas. Presenta ataques de risa sin motivación aparente, soliloquios. Tiene pocos amigos(as) y no tiene iniciativa en participar en dinámicas de grupo.

° Indicadores del cuestionario escolar: ambiente, rendimiento escolar y en áreas afectivas/sociales, conducta, lectura, escritura, cálculo, lenguaje y psicomotricidad:

Su rendimiento escolar actual oscila en 6 y 7 de calificación global con antecedentes de reprobado segundo año.

La maestra lo refiere como introvertido más que extrovertido; se observó un mutismo y su mirada tiende a ser hacia abajo, interactúa con la maestra pero se notan tardadas sus respuestas. Se observó ansioso, hipersensible y hay indicadores de apego hacia la madre (se presentó situación extraña, presenta llanto).

Dificultad superficial en lenguaje expresivo y corporal, mutismo selectivo. No hay problemas de articulación, pero sí de fonación-coordinación; el tono de voz está un tanto alterado, pero la velocidad y el volumen se encuentran regularmente conservados.

Identificó letras, vocales, alfabeto, sílabas, palabras, así mismo nivel aceptable en sintaxis en tono y coherencia; volumen y velocidad conservadas, aunque el tono está poco alterado (tono agudo). Pobre nivel de lectura, igualmente sin fallas en articulación, con volumen de voz disminuida por lapsos. Nivel caligráfico por debajo del esperado. Dictado

y copiado lo reproduce de manera correcta, aunque lo hace rápidamente y con un nivel bajo en caligrafía con sustituciones y omisiones.

Correspondencia uno a uno, sabe contar hasta el cien, identifica series numéricas, figuras geométricas, refiere no saber sumar pero comprende procedimientos aritméticos si éste es explicado. Déficit en algoritmos básicos de suma y resta. Tablas de multiplicar y procedimiento de multiplicación por debajo de lo esperado aunque reconoce el procedimiento de manera básica.

Coordinación mano/ojo (1) se observa estable aunque disminuida para su edad.

Las dimensiones físicas como estructura del aula, mobiliarios y dinamismo de la clase se reportaron suficientes para el aprendizaje. La comunicación en clase es escasa, hay dificultad en dinámicas y juego simbólico. Deficiencia en expresión verbal y no verbal. Las organizaciones temporales y de actividades en clase no son suficientes para mejorar su diagnóstico: no termina actividades y se dispersa fácilmente. Las rutinas de clase y materiales son aceptables para su aprendizaje y socialización, eficaces pero no suficientes.

El aula carece de zonas de funcionalidad única (2) y las actividades son por medio de consignas generales al grupo, no hay apoyo individualizado por lo tanto los niveles de control, estilo y participación por parte de la docente no se consideran suficientes.

La maestra indica que la madre se comunica con ella, le ayuda a las tareas y asiste a las juntas regularmente.

° Indicadores de test conductas disruptivas en clase

La maestra reporta conductas de intimidación con algunos compañeros(as), en una ocasión mordió a una compañera, es tramposo, impuntual, juega a destiempo, impertinente, no sigue normas, suele no entregar tareas, risas inapropiadas, tímido más que extrovertido, hipersensible e hiperactivo, piernas inquietas.

(1) Por lo tanto el ritmo para escribir y tomar apuntes es lento y se dispersa, esto si se compara con los(as) alumnos del grupo de la misma edad.

(2) Zonas aptas para el tipo de trastorno (SA+TDAH), tal es el caso de cuando el alumno quiere comunicarse hacia donde está la maestra (supervisión), el espacio (calendarios, organización, y señalizaciones), el material didáctico, el mobiliario no es funcional para trabajo individual y de grupo (ajustar situaciones de trabajo).

° Indicadores de observación en situación de juego:

Juego simbólico en general poco espontáneo y obsesivo se altera volumen de voz. Es impulsivo, no sigue reglas del juego, no respeta turnos, motricidad no coordinada y brusca, se pierde la intensión, hace trampa, no se comunica normalmente con pares, ausencia de motivación social. Se frustra cuando se le indican pautas y reglas del juego. Cuando se emociona se incrementan algunas estereotipias motrices en manos.

° Indicadores de test Bender (escala de desarrollo de Koppitz):

Lateralidad izquierda aunque se observaron conductas ambidiestras. Dificultad en reproducción de figuras, distorsión de formas, rotación, en algunos casos se nota expansión de forma y en otras el tamaño es disminuido, nivel por debajo de lo esperado; hay sustitución de curvas por rectas, sustitución de círculos por puntos, ángulos por curvas, reconoce formas pero se observa dificultad en recortar y colorear, no toma correctamente el lápiz ni las tijeras.

En base a la escala de puntuación se observó nivel de maduración limítrofe a la edad, no hay secuencia ordenada, coordinación visomotriz afectada no obstante no se notan dificultades en la agudeza visual. En síntesis la maduración en puntaje llega al estadio de 6 a 8 años y medio.

° Indicadores de los dibujos (DFH, familia, casa y árbol):

Trazos y detalle por debajo de la edad esperada; omisión de oídos, pelo; extremidades asimétricas. Omisión de hermana mayor y padre. La dimensión de los dibujos es de 4.5 cm de altura (pequeños); los ubica generalmente en la parte central de la hoja y tiende más hacia el lado izquierdo de la misma.

Aunque de cortas dimensiones, adicionó un objeto extra al dibujo de la figura humana, este es un oso, “es mi osito” (sic. alumno) En cuanto a indicadores de desarrollo se observan en límite a la edad.

En base a indicadores de E. Koppitz de maduración se observaron trazos y figura humana por debajo de la edad cronológica. Motricidad gruesa conservada en función a la edad, aunque en la motricidad fina se encuentra un leve déficit, toma el lápiz

incorrectamente. Omite detalles de los dibujos, para la edad cronológica se espera una reproducción mínima de estos el cual no se expresa. En síntesis la puntuación final de los dibujos está alterada y se considera baja para la edad.

° Indicadores de apercepción temática:

Como referencia se observó en expediente un CI de 73 (límitrofe); sin embargo la memoria de trabajo conservada, comprende conceptos y procedimientos si es guiado por el aplicador. Dificultad para orientarse temporalmente aun refiere no saber algunos meses, fecha; dificultad en lateralización y en responder a instrucciones como: “indica arriba, abajo, atrás, adelante”.

Su comprensión está conservada, interpreta lo que observa, las imágenes, la representación simbólica, evoca significados, pensamiento libre coherente y las instrucciones, percibe formas y colores; su atención y memoria de trabajo es de un nivel aceptable para la edad aunque se dispersa con gran facilidad. Aunque la autorregulación continúa en desarrollo presenta periodos cortos de atención, reconoce espectro de colores, sin aparentes problemas visuales ni sensoperceptivos, reconoce figura y fondo, percepción espacial e isométrica.

° Indicadores de entrevista padre, madre:

“No le gusta leer, lo pongo y no quiere” sic. Madre

“Desde octubre está en tratamiento y sí se han observado cambios, antes no hacía nada, ahora si copia y hace las tareas pero a veces hace berrinches y no logro hacer que haga las cosas”

“Lo traigo por que va mal en la escuela, hace berrinches y no quiere trabajar”

La madre indica que pelea cotidianamente con su hermana mayor, refiere antecedentes de dificultades en el lenguaje, indica desarrollo normal de motricidad desde el nacimiento, aunque reitera el bajo rendimiento escolar, repitió segundo año, dinámica familiar variable, ausencia temporal del padre, no vive con ellos. La madre indica ser afectuosa y asegura no ser sobreprotectora aunque refiere debilidad en disciplina y motivación (manejo de límites-recompensa), el niño suele ser agresivo en algunas

situaciones familiares.

Existen tiempos para realizar tareas y pasatiempos: ve mucha televisión y juega video juegos ocasionalmente. La madre indica que el niño suele ser sugestionable, ansioso, desobediente, llorón y se duerme tarde. El nivel socioeconómico otorgado en el hospital es de bajos recursos ya que los ingresos familiares sólo cubren necesidades elementales.

A continuación se enlistan las necesidades educativas especiales que fueron identificadas/detectadas: se incluye una columna de fortalezas para reiterar que desde ellas se pueden hacer procesos reeducativos que modifican /aminoran las dificultades.

Síntesis de las necesidades educativas especiales:

<i>° Test IDEA:</i>	<i>Fortalezas</i>
1.-Dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía.	Nivel de audición conservado.
2.- Escasas miradas, el mentalismo es lento, simple y limitado.	No existe déficit en la visión.
3.-Conductas comunicativas disminuidas.	Capacidad de lenguaje conservada.
4.-Dificultad para generar gestos comunicativos no verbales.	Motricidad gruesa conservada.

<i>° Test disciplina y autocontrol:</i>	<i>Fortalezas</i>
1.- Sensible con las críticas.	Responde a actividades si se le brinda el apoyo necesario.
2.- Falta de motivación.	Asiste a terapias y consultas subsecuentes, así como a la escuela primaria.
3.- Le cuesta entablar confianza y no ajustarse a las evaluaciones cotidianas.	Capacidad para entablar diálogos y coopera en tareas si se le apoya individualmente.
4.- No tiene iniciativa en dinámicas grupales.	Atiende instrucciones de modo parcial.

° Test ambiente, rendimiento escolar y en áreas afectivo/sociales, conducta, lectura, escritura, cálculo, lenguaje y psicomotricidad:

Fortalezas

1.- Su rendimiento escolar actual oscila en 6 y 7 de calificación global con antecedentes de reprobación segundo año.	Atiende tareas cuando es supervisado.
2.- Pobre nivel de lectoescritura.	Nivel básico de reconocimiento de grafemas y fonemas sin problemas de articulación.
3.- Nivel caligráfico por debajo del esperado.	Motricidad fina limítrofe a la etapa de desarrollo.
4.- Déficit en algoritmos básicos de suma, resta y procedimiento de multiplicación por debajo de lo esperado.	Reconoce el procedimiento si se le explica paso a paso.
5.- La participación en clase es escasa, dificultad en dinámicas y juego simbólico.	Comprensión de la necesidad de reglas y pautas pero aun no desarrolla estadio de autorregulación.
6.- No termina actividades y se dispersa fácilmente.	Responde mejor a tareas individuales.
7.- No existen en el aula regular zonas de funcionalidad única y existe un cierto grado de dificultad en habilidades docentes para tratar el caso. Dificultad para recibir atención individualizada.	Disposición parcial por parte de la maestra para apoyar al alumno de modo integral e individual.

<i>° Test conductas disruptivas</i>	<i>Fortalezas</i>
1.- Hace trampas.	Comprensión de la necesidad de reglas y pautas pero aun no desarrolla estadio de autorregulación.
2.- Impuntual.	Disposición a la organización y planeación.
3.- No sigue normas.	Comprensión de la necesidad de reglas y pautas pero aun no desarrolla estadio de autorregulación.
4.- Suele no entregar tareas.	Disposición a modificar actitud.
5.- Hiperactivo.	Comprensión parcial de la dificultad personal actual.

<i>° Situación de juego:</i>	<i>Fortalezas</i>
1.- Poco espontáneo y obsesivo.	Capacidad de observar pautas de otros(a) alumnos(as).
2.- No se comunica normalmente con pares, ausencia de motivación social.	Atiende actividades cuando es supervisado.
3.- Se frustra cuando se le indican pautas y reglas del juego.	Comprensión de la necesidad de reglas y pautas pero aun no desarrolla estadio de autorregulación.

<i>° Test Bender:</i>	<i>Fortalezas</i>
1.- Nivel de maduración limítrofe a la edad. La maduración en puntaje llega al estadio de 6 a 8 años y medio.	Nivel actual es rescatable con terapias y ejercicios.

<i>° Test Dibujos:</i>	<i>Fortalezas</i>
1.- Trazos y detalle por debajo de la edad esperada.	Presenta motivación por dibujar.
2.-En base a indicadores de E. Koppitz de maduración, se observan trazos y figuras por debajo de la edad cronológica. Puntuación final de los dibujos está alterada y se considera baja para la edad.	Nivel actual es rescatable con terapia y ejercicios.

<i>° Test apercepción temática:</i>	<i>Fortalezas</i>
1.- Nivel de representación simbólica limítrofe a la edad cronológica.	Reconoce formas, figura/fondo y conceptos.
2.- Se dispersa con gran facilidad.	Memoria de trabajo conservada.
3.- Periodos cortos de atención.	Responde mejor a tareas individuales.

<i>° Entrevista a padre, madre:</i>	<i>Fortalezas</i>
1.-No le gusta leer.	Motivación por trabajar con fonemas relacionados a imágenes.
2.- Hace berrinches y no quiere trabajar.	Motivación para asistir a terapias.
3.-Bajo rendimiento escolar.	Rendimiento actual bajo; pero suficiente para poder trabajar estrategias de aprendizaje.
4.-Déficit en disciplina y socialización.	Comprensión de la necesidad de reglas y pautas pero aun no desarrolla estadio de autorregulación.

De acuerdo a lo anterior, síntesis de necesidades educativas especiales y fortalezas, el niño:

a) Al no tener problemas de audición, por ejemplo, las instrucciones deben ser claras y secuenciadas, el (la) maestro(a) puede dirigirse al niño para realizar secuencias cortas e ir haciéndolas más complejas.

b) Si hay falta de motivación, con una conversación entretenida se puede acordar incentivos ante éxitos parciales y se refuerzan secuencias.

c) Si hace trampa, se le explican las reglas del juego, con instrucciones claras y secuencias cortas de acción /consecuencia y se refuerza motivación.

En suma se observó un desarrollo por debajo de la edad cronológica (Hernández, 2008; Kohl de Oliveira, 1996 y Marchesi et al., 2001), dificultad en el área social expresiva (Bautista et al., 2008; Gross, 2004 y Tallis y Soprano, 2003), pero se pueden rescatar (Rodríguez, 2008) parcialmente dispositivos de psicomotricidad fina, memoria de trabajo y lenguaje (Carrera et al., 2005).

Se confirman indicadores del diagnóstico inicial de sx. Asperger (APA, 2010 y OMS, 2010) con sus características típicas (movimientos estereotipados de brazos, escasa empatía y comprensión de sutilezas sociales); hay bajo rendimiento escolar por causa de déficit en el lenguaje expresivo, ansiedad, poca autorregulación, planeación y bajo nivel de habilidades psicosociales, así mismo se confirman indicadores de TDAH, hiperquinesia e impulsividad (Flores, 2009 y Payá y Fuentes, 2007).

No existen en el aula regular zonas de funcionalidad única como son el espacio (calendarios, organización, y señalizaciones), el material didáctico, el mobiliario y por lo tanto no hay funcionalidad para trabajo individual, de grupo y acceso para dirigirse hacia donde está la maestra con el fin de hacer supervisión de actividades (Lacasa y Martin, 1996). Existe un cierto grado de dificultad en habilidades docentes (Taylor, 2006) para tratar el caso como son: diversas formas de comunicarse y tecnologías de la comunicación y de la información (TICs), así mismo se identificaron dificultades para brindar atenciones individualizadas y la relación maestra-alumno es poco exitosa impactando en el rendimiento escolar e inclusión (Santrock, 2006).

Sus antecedentes de reprobación 2º año sugieren un aprendizaje significativo insuficiente para alcanzar los objetivos de los planes y programas de estudio actuales.

Como puede observarse el área de habilidades psicosociales por tanto es la más afectada ya que haciendo referencia a los estadios del desarrollo normal esperado para su edad debería ya de comenzar a mostrar inteligencia intuitiva, razonamiento de conceptos, pensamiento reversible y mostrar aspectos de juicio moral, relaciones cooperativas con pares, tomar en cuenta el punto de vista de los demás, empatía e internalización de normas y pautas sociales (Muñoz, 1997): el alumno se encuentra en procesos básicos, toda vez que el síndrome que tiene está afectando esta área.

En síntesis se identificaron patrones biopsicosociales fuera de los parámetros esperados y para poder superar tales dificultades se requiere de un entrenamiento multifactorial donde se traten de manera simultánea las dificultades y las necesidades educativas especiales ya que ningún factor puede aislarse y menos considerarse como fenómenos distintos al proceso de la enseñanza/aprendizaje (Forgas, 2009).

A continuación se detallan las actividades en torno a las cuales se desarrolló la intervención:

Orientaciones psicoeducativas para el entrenamiento de habilidades:

En este apartado se sugiere un programa basado en contenidos, ejercicios, material y dinámicas: programa de enseñanza estructurada (TEACCH) como apoyo paralelo a la enseñanza del niño autista (Faherty et al., 2000; Gándara, 2007; Schopler et al., 1995 y Tortosa, 2003) con las siguientes actividades:

1.-Trabajar lectoescritura y lenguaje expresivo:

Ejercicios de lectoescritura, método silábico con metrónomo, ejercicios de armar crucigramas de imágenes y palabras, ejercicios de lenguaje expresivo y ejercicios de lectoescritura con el material didáctico EDU-KE.

2.-Trabajar cálculo:

Ejercicios de cálculo, multiplicaciones con tablillas aritméticas, suma y resta. Ejercicios de cálculo con el material didáctico EDU-KE. Ejercicios aritméticos para formar dibujos y completar series numéricas.

3.-Trabajar atención y percepción:

Ejercicios de percepción, estimular dispositivo básico para el aprendizaje, tiempos de atención, concentración, disminuir lapsos de dispersión y distracción.

4.-Trabajar autorregulación y psicomotricidad:

Ejercicios de psicomotricidad, ejercicios de percepción y psicomotricidad. Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: gnosias y praxias. Ejercicios de dibujo y percepción. Ejercicios de autorregulación mediante dibujos con dilemas morales.

5.-Trabajar disciplina:

Mejorar sus habilidades de organización, puntualidad y asistencia. Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: memoria. Ejercicios de juego enfocados a introyectar reglas. Manejo de límites.

6.-Trabajar motivación en casa:

Premios: esta técnica puede aplicarse en la escuela y en la casa, en conductas como hora de despertar, actividades, comer, tareas, pasatiempo y dormir (cuando las realiza adecuadamente). Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: memoria y motivación.

7.-Trabajar habilidades psicosociales:

Juego grupal, ejercicios de respiraciones con metrónomo, entrenar habilidad para sostener la mirada en conversaciones, utilización de emoticones en situaciones disruptivas o difíciles. Realizar ejercicios de percepción/concentración como rompecabezas y juegos didácticos grupales que impliquen planeación y autorregulación. Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: lenguaje verbal y no verbal.

A continuación se detallan las cartas descriptivas para cada sesión del programa:

Sesión	Descripción	Material	Objetivo general	Actividades
1	<p>Es importante indicar que la aplicación de esta estrategia de intervención psicoeducativa se incluye en todos los contenidos escolares y curriculares, ya que su influencia es dirigida no a la adaptación curricular (contenidos), sino como se indicó en el marco teórico (Gross, 2004), será dirigida al área comunicativa y de interacción, por lo tanto:</p> <p>Se aplicará en el aula de clases (profesor/a) y en el hogar del alumno (padre, madre) como mínima cobertura del programa y por tiempo indefinido según se requiera.</p>	<p>Mobiliario del aula y recursos, plumones, hojas, bolígrafos, lápiz, goma, calendarios, imágenes, recipientes, hojas de post-it, cartulina, cartón, madera, cajas y todo el material adicional que sugiera el manual dependiendo la específica configuración de necesidades del alumno que arrojó la evaluación diagnóstica según parámetros de la propia estrategia.</p>	<p>° Mejorar la adaptación del alumno mediante:</p> <p>a) la contribución para estimular y autorregular las habilidades sociales y comunicativas.</p> <p>b) la modificación y estructuración del entorno para adaptarse a los déficits autísticos y del TDAH; a través de un sistema funcional de intercambio de información verbal, no verbal y algunos bloqueos visuales.</p> <p>° Fomentar la adquisición de independencia y habilidades funcionales para desarrollar competencias de planeación y espaciotemporales para las tareas.</p>	(*)

(*) Actividades:

° Iniciar sesión de terapia psicopedagógica con ejercicios de lectoescritura y cálculo con dibujos de crucigrama (material del hospital), aplicar estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa.

Como fase introductoria de la intervención y en base a los datos recabados en las fases anteriores de diagnóstico, batería de pruebas y al posterior análisis y moldeamiento a las necesidades del alumno, se procedió a generar un manual/folleto de instrucciones para el profesor(a) y los padres con el fin de contemplar:

- Organización física del entorno, adecuación con calendarios, instrucciones visuales donde se indique la actividad que tendrá lugar y en qué orden, sistemas de trabajo donde se implementan estrategias de orden de las tareas que se realicen en el aula y en la casa; y finalmente sistemas de comunicación adecuados para la dinámica de clase y dinámica familiar que propone el TEACCH.

De manera general las sesiones de la aplicación de programa TEACCH se hicieron de forma asistida directamente por parte del psicólogo educativo e implicando el hogar como parte del ambiente del programa, dando instrucciones al profesor(a) y padres sobre las pautas y materiales que deben utilizarse y en qué situaciones se deben utilizar.

Al ser considerado el TEA como una NEE de grado complejo, se hace la indicación de que el tiempo que debe durar la intervención para obtener resultados es de *largo plazo*; por lo tanto estos programas suelen utilizarse a lo largo de varios cursos por parte del mismo alumno y en contenidos curriculares diversos.

En esta investigación el tiempo para realizar la evaluación final una vez iniciado el programa de intervención TEACCH fue al terminar el curso parcial (lapsos de evaluación escolar interna por parte de la escuela), esto en un lapso de aproximadamente dos meses desde la evaluación inicial hasta la evaluación final, con el objeto de poder comparar el rendimiento escolar real del alumno en función a las habilidades sociales y comunicativas que desarrolló/modificó durante el tiempo de la intervención psicopedagógica; estos periodos de evaluación escolar suelen ser bimestrales y coinciden con las evaluaciones psicopedagógicas de la institución y registros periódicos de evolución que se hacen en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

Las instrucciones a los padres y a la maestra integraron tablas, fotos e imágenes

donde se esquematizó la estructura adecuada, los materiales y las estrategias de trabajo que requiere el alumno con NEE y complejas.

Ejemplo del Manual/Folleto que se hizo entrega a profesor(a) y madre durante la intervención del programa donde se hizo explícita su aplicación en escuela y casa:

**EL TEACCH COMO UN APOYO PARALELO A LA ENSEÑANZA DEL NIÑO
AUTISTA**



Ejemplo de la temática que incluye el folleto: para la adecuación del TEACCH dependiendo de la evaluación psicodiagnóstica (más detalles ver capítulo III de este informe):

1. Organización física
2. Calendarios
3. Sistemas de trabajo
4. Organización de tareas
5. Sistemas de comunicación

Podría argumentarse que 10 sesiones de intervención psicopedagógica son un promedio de lo que dura una *terapia breve* lo cual no es suficiente para tratar un problema escolar de magnitud como es el TEA; pero tomando en cuenta que fue una sesión por semana duró aproximadamente dos meses y medio el tratamiento de este estudio de caso el cual fue complejo; pero se lograron resultados observables ya que siguiendo *los protocolos*

poblacionales del hospital son suficientes por máximos beneficios (el mayor impacto posible en el alumno ó hasta donde lo limiten sus barreras para el aprendizaje).

El mecanismo mediante el cual funciona el método TEACCH es la enseñanza estructurada probada ya en varios contextos educativos en EUA y en México; su principal beneficio es facilitar el proceso de enseñar-aprender; garantizando lo más posible el funcionamiento de los *dispositivos básicos para el aprendizaje* dependiendo de la gravedad del TEA o de la dificultad comunicativa:

Gnosias, praxias, atención, memoria, pensamiento, comunicación y lenguaje.

° Al finalizar la primera sesión dejar tarea de ejercicios de crucigrama (lectoescritura) y de completar series numéricas (cálculo) que involucran sumas, restas y multiplicación (material didáctico del hospital).

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
2	Entorno físico	<ul style="list-style-type: none"> ° Dar instrucciones al padre y madre, enviar información a la profesora, proporcionándoles la parte del manual/folleto número: 1. Organización física: ° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela. ° Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: Tiempos de atención, concentración, disminuir lapsos de dispersión y distracción. 	<ul style="list-style-type: none"> 1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos. 2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de percepción (material del hospital), indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa. 3° Seleccionar ubicación de enseñanza única donde se tenga acceso al alumno. 4° Ajustar estructura física con bloqueos visuales o paneles de cartón u otro material que permita minimizar distracciones y centrar la atención en la tarea. 5° Indicar al alumno que el procedimiento es para mejorar sus habilidades de concentración evitando que lo interprete como un castigo o segregación. 6° Dejar tarea de ejercicios de psicomotricidad (material del hospital).

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
3	Dimensión temporal	<p>° Dar instrucciones al padre y madre, enviar información a la profesora, proporcionándoles la parte del manual/folleto número: 2. Calendarios</p> <p>° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela.</p> <p>° Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: Memoria.</p>	<p>1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos.</p> <p>2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de cálculo, multiplicaciones con tablillas aritméticas, suma y resta (material del hospital), indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa.</p> <p>3° Seleccionar ubicación donde se coloque visualmente y de tamaño de mediano a grande un calendario comparable a una agenda.</p> <p>4° Indicar que la disposición de las actividades es de izquierda a derecha y de arriba abajo según avanza en cada tarea.</p> <p>5° Indicar que la actividad a realizar debe llevar una imagen que simbolice a la misma y se ubica en la agenda (se pega).</p> <p>6° Indicar al alumno que el procedimiento es para mejorar sus habilidades de organización evitando olvidos y ejerciendo actividad de la memoria.</p> <p>7° Indicar además ubicación en el día actual con una imagen o personaje que el alumno elija para indicar cambios o instrucciones nuevas durante la sesión.</p> <p>8° Dejar tarea de ejercicios de percepción (material del hospital).</p>

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
4	Sistema de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ° Dar instrucciones al padre y madre, enviar información a la profesora, proporcionándoles la parte del manual/folleto número: 3. Sistemas de trabajo ° Trabajar secuencialmente utilizando la planeación de tareas y pasar a otra actividad hasta después de haber terminado la primera ° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela. ° Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: memoria y motivación 	<ul style="list-style-type: none"> 1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos. 2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de lectoescritura (material del hospital), método silábico con metrónomo, indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa. 3° Emplear claves visuales, en la pared: inicio de actividad, avance y término, en cada fase se indica la actividad con una copia del ejercicio a realizar o una imagen representativa. 4° Al finalizar cada actividad se deposita una tarjeta con tal imagen en una caja que indica que se terminó de realizar, continuando con la actividad posterior planeada por el terapeuta en el panel. 5° En el panel indicar: trabajo individual, grupal, juego, fin de la sesión y premio (dulce o galleta), la técnica puede aplicarse en la escuela y en la casa. Ej. Hora de despertar, actividades, comer, tareas, pasatiempo y dormir. 6° Al finalizar una tarea se supervisa y se pone un sello elegido por el alumno (figuras diversas) con objeto de indicar que esta actividad ya se terminó. 7° Dejar tarea de ejercicios de lectoescritura, armar crucigramas de imágenes (material del hospital).

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
5	Organización visual de tareas	<p>° Dar instrucciones al padre y madre, enviar información a la profesora, proporcionándoles la parte del manual/folleto número: 4. Organización de tareas.</p> <p>° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela.</p> <p>° Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: Pensamiento y Motivación.</p>	<p>1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos.</p> <p>2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de percepción y lenguaje expresivo (material del hospital), indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa.</p> <p>3° Proporcionar un modelo terminado a seguir y se le segmenta en pasos o etapas, todo de modo visual en el otro extremo de la pared. Ej. Palabras, fonemas, números, logaritmos, dinámicas grupales, dibujos, instrucciones de las tareas, instrucciones de juego, etc.</p> <p>4° Este apartado puede hacer las veces del pizarrón, láminas o el uso de las TICs (tecnologías de información y comunicación).</p> <p>5° Utilizar folders para cada área o contenido curricular donde el alumno archiva las actividades.</p> <p>6° Insistir en el orden de izquierda a derecha y de arriba a abajo conforme se termina una actividad y se comienza con la siguiente.</p> <p>7° Dejar tarea de ejercicios de cálculo aritmético y series numéricas (material del hospital).</p>

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
6	Sistema de asertividad verbal y no verbal.	<ul style="list-style-type: none"> ° Dar instrucciones al padre y madre, enviar información a la profesora, proporcionándoles la parte del manual/folleto número: 5. Sistemas de comunicación ° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela. ° Dirigir sus peticiones a alguien que pueda ayudarle con las tareas. ° Desarrollar empatía hacia la discapacidad y la socialización. ° Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: Gnosias y Praxias. 	<ul style="list-style-type: none"> 1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos. 2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de percepción y lectoescritura (material del hospital), indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa. 3° Utilizar claves visuales para comunicar: instrucciones, deseos y pensamientos, principalmente en momentos de ausencia de motivación o presencia de conductas disruptivas. 4° El <i>tablero de comunicación</i> se puede hacer con una caja o tabla donde se ubican ítems (objetos, imágenes, emoticones, signos y palabras) de lenguaje asertivo y no verbal a los cuales responde la maestra o algunos de los compañeros. 5° El tablero debe ser motivador, visual, interactivo y significativo. 6° Dejar tarea de ejercicios de percepción y psicomotricidad (material del hospital).

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
7	Seguimiento del programa	<p>° Dar instrucciones a los padres, enviar información al profesor(a), proporcionándoles recomendaciones sobre la educación de niños con TDAH (ya que el diagnóstico del caso es en comorbilidad con sx Asperger)</p> <p>° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela <i>a largo plazo</i>.</p>	<p>1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos.</p> <p>2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de cálculo y juego grupal (material del hospital), así como terapia de respiraciones con metrónomo, indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa.</p> <p>3° Principales recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubicarlo lejos de lugares distractores. - De preferencia lugar accesible y cercano al maestro(a). - Si es posible sentarlo solo sin compañero(a) próximo - Manejo de límites y reforzadores positivos - Llamarle la atención en privado -Cumplir castigos sin ridiculizarlo ni dañar su autoestima - Planear tareas alternas cuando termine actividades -Tenerle paciencia - Evitar sobrecarga de expectativas -Estimular y retener la mirada en las conversaciones -Estimular dialogo e interacción asertiva en dinámicas, utilizar los emoticones en situaciones disruptivas o difíciles. <p>4° Dejar tarea de ejercicios de autorregulación y dibujo (material del hospital).</p>

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
8	Retroalimentación de los elementos del TEACCH	<ul style="list-style-type: none"> ° Aplicar método didáctico EDU-KE. ° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela <i>a largo plazo.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> 1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos. 2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de lectoescritura y cálculo con el material EDU-KE (material del hospital), indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa. 3° Integración sistémica de los cinco elementos del programa TEACCH de <i>modo simultáneo</i> durante toda la sesión: Espacio físico, calendario, sistema de trabajo, organización visual y comunicación. 4° Entrevista no estructurada a madre para retroalimentar dudas: monitorear funcionamiento y aplicación del programa en casa. 5° Dejar tarea de ejercicios aritméticos para formar dibujos (material del hospital).

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
9	Retroalimentación de los elementos del TEACCH	<ul style="list-style-type: none"> ° Aplicar método de ejercicios de percepción y concentración. ° Dar seguimiento de las instrucciones en las tres dimensiones: terapia, casa y escuela <i>a largo plazo</i>. ° Estimular dispositivo básico para el aprendizaje: Lenguaje verbal y no verbal (comunicación) 	<ul style="list-style-type: none"> 1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos. 2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de percepción/ concentración <ul style="list-style-type: none"> - Rompecabezas de Animales Marinos y juego didáctico grupal para planeación y autorregulación - Dinosaurios (material del hospital). Indicarle aplicación de estrategia en clase y recreos (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa. 3° Integración sistémica de los cinco elementos del programa TEACCH de modo simultáneo durante toda la sesión: Espacio físico, calendario, sistema de trabajo, organización visual y comunicación. 4° Entrevista no estructurada a madre para retroalimentar dudas: monitorear funcionamiento y aplicación del programa en la escuela. 5° Dejar tarea de ejercicios de dibujo y percepción (material del hospital).

Sesión	Descripción	Objetivo específico	Actividades
10	Evaluación: post test después de monitorear los periodos bimestrales de evaluación en la escuela al cierre del ciclo escolar y las evaluaciones que se realizan en el hospital.	<p>° Monitorear y hacer comparación de cambios en las dificultades iniciales del alumno y su rendimiento escolar <i>al cierre del ciclo escolar 2010-2011</i> después del programa TEACCH.</p> <p>° Registro de evolución bimestral (protocolo)</p>	<p>1° Revisar tareas de la terapia, poner sellos.</p> <p>2° Iniciar sesión de terapia con ejercicios de percepción y (material del hospital) terapia de lectoescritura con metrónomo así como juego grupal. Indicarle aplicación de estrategia en clase (aula regular) y realizar tarea de la terapia en casa.</p> <p>3° Esta evaluación se cotejó con el rendimiento escolar obtenido al cerrar el ciclo escolar 2010-2011; en el mes de Julio de 2011. Cabe mencionar que en este informe se hace un resumen de los indicadores que se evalúan por protocolo, así como de las estrategias utilizadas para regular la conducta y el aprendizaje de estos(as) alumnos especiales.</p> <p><i>Duración Total:</i> 10 sesiones, una sesión por semana = 2.5 meses de duración= 18 horas aprox.</p>

Especial atención se debe tener al seguimiento de la intervención, ya que si el programa se aplica correctamente hay alta posibilidad de modificar la conducta de inicio.

Según la Fundación Americana de Psicología (Worldlingo, 2009) la distribución en segmentos para la enseñanza individualizada promueve el entrenamiento de habilidades cognitivas de comprensión, atención y áreas interpersonales donde el autismo no es la excepción.

El TEACCH garantiza una participación funcional del alumno, la madre, padre y la maestra concretando el llamado *triángulo educativo* (Lacasa y Martin, 1996) el cual promueve condiciones de inclusión educativa: se trata entonces de que la maestra y el entrenador proporcionen ambientes educativos/participativos, se transfieran recursos al entorno del niño, se amplíen los predictores de adaptación y se consoliden medidas permanentes relacionando necesidad educativa especial (autismo/TDAH) contexto e inclusión educativa.

En las actividades planeadas y desarrolladas se pretendió, en la medida de lo posible, mantener una imagen global de las facetas que se pueden modificar en el niño utilizándose el enfoque de los apoyos hacia él, con un currículum para el desarrollo educativo integral.

La metodología de trabajo durante el desarrollo del TEACCH insistió en que era necesario permitir/promover en el niño la participación en actividades para incrementar su desenvolvimiento social y aumentar su adaptación en situaciones de aula: Si se dan instrucciones claras y precisas el niño colabora/participa y puede responsabilizarse en grupo de determinadas consideraciones.

Los recursos que se incorporan en el aula, escuela y casa promueven el aumento de la interacción comunicativa y modifican/aumentan lo relacionado con la autorregulación.

A lo largo de las sesiones programadas de la intervención, se evidenció la posibilidad de que el niño “*sepa estar y hacer*” con eslabones entre conducta/entrenamiento/adaptación y reflexionando de acuerdo con sus posibilidades comunicativas la intencionalidad y consecuencia de sus acciones. En el proceso anterior se identifican dificultades de manera explícita y se detectan procedimientos a ser entrenados con tres posibilidades de enseñanza/aprendizaje: previo, simultáneo y posterior al entrenamiento/adiestramiento.

Además de los eslabones y la reflexión hubo actividades reforzantes y reforzadas que fueron responsables del aplicador del programa: cuando el niño no lograba resolver la acción, aun después de varios apoyos, se le reforzó éxitos parciales que iban

aproximándose a la modificación deseada. Especial atención se tuvo en la interacción cara a cara y en la utilización/entrenamiento en habilidades interpersonales ya que el sujeto requiere potenciar atribuciones ajustadas con intencionalidad, el uso de instrumentos para comunicarse y el uso del pensamiento abstracto y reflexivo.

De continuar un entrenamiento como se planeó es posible, entonces, que el niño vaya adquiriendo destrezas socioadaptativas y se estabilicen; vaya adquiriendo habilidades socioafectivas y se estabilicen y amplíe el repertorio de habilidades cognitivas que impacten en su rendimiento escolar.

A continuación en el siguiente y último capítulo se describen las conclusiones a las que se llegó en esta investigación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En este apartado se sintetizan los datos más significativos de la evaluación psicodiagnóstica final, relacionados con la identificación del impacto.

- 1.- La comunicación no verbal mejoró en pautas, expresiones y gestos corporales.
- 2.- Retiene ligeramente más la mirada aunque es selectivo en sutilezas sociales.
- 3.- Disminuyó ligeramente la aversión a dinámicas de grupo aunque por el trastorno diagnosticado es de esperarse una lenta evolución en mejorías de esta área.
- 4.- El mentalismo se desarrolla en pautas de acuerdo a su desarrollo cronológico pero con dificultades en función a sus NEE y el síndrome de Asperger+TDAH.
- 5.- Sus conductas comunicativas logró regularlas ligeramente hacia sus iguales y con la maestra, aunque continúan las estereotipias motoras.
- 6.- Atiende con mejoría a las consignas externas para realizar actividades, sólo se reporta que ocasionalmente continúan los berrinches aunque de menor intensidad y duración.
- 7.- Mejoró la ubicación temporal y planeación de tareas, así como la disciplina para realizarlas, su puntualidad y asistencia mejoraron considerablemente.
- 8.- Con la aplicación de algunos elementos de la enseñanza estructurada (TEACCH) se disminuyó significativamente las conductas disruptivas, aumentaron sus periodos de atención y concentración casi al doble de tiempo con relación a lo que duraba en un inicio (menos de 5 minutos; llegando finalmente a mantenerse concentrado por lapsos de más de 10 minutos), ocasionalmente persisten los episodios de risas inmotivadas y dispersión, típicos del TDAH.
- 9.- Se observó cambios en la motivación hacia dinámica grupal aunque pocos cambios en la hipersensibilidad social cuando se involucran cambios en la actividad.

- 10.- Se reporta una disminución considerable de la ansiedad, y continúa en tratamiento farmacológico.
- 11.-Con los elementos de la intervención mejoró su ubicación temporal, secuenciación de actividades y planeación.
- 12.- En casa mejoró la conducta, la organización de tareas y la realización de las mismas ya que hay motivación, modificó sus horarios de sueño.
- 13.- En escuela mejoró comunicación no verbal y entrega de tareas.
- 14.- La hiperactividad continúa presente por motivos del mismo TDAH y su presencia típica a lo largo del desarrollo evolutivo.
- 15.- En primera instancia se cotejó su rendimiento escolar al inicio y al finalizar el ciclo escolar 2010-2011 en el mes de julio, el cual fue aprobatorio, pasó a 4º año de primaria con un promedio de 8 global.
- 16.-Mejóro las habilidades de lectoescritura con método silábico y con el uso de un metrónomo.
- 17.- Mejoró la percepción y cálculo con ejercicios de tablillas y rompecabezas aritméticos, así como con el material didáctico EDU-KE.
- 18.- No se observaron cambios significativos en psicomotricidad, aunque ha corregido el modo de tomar el lápiz y la lateralización se enfoca más del lado izquierdo.
- 19.- El juego simbólico le es favorable para desarrollar empatía social.
- 20.- Termina actividades y tareas con mayor motivación.
- 21.- Se destinó un área de funcionalidad única en casa y en la escuela el apoyo fue parcial
- 22.- En situación de juego mejoró en el seguimiento de reglas (lo cual ayuda a su autorregulación).
- 23.-No hace trampa y respeta turnos, la comunicación no verbal con sus pares ha mejorado su interacción social.

24.-Bajó nivel de frustración al recibir instrucciones sobre las reglas del juego y cuando le toca perder.

25.- Se comunica más regularmente con pares pero por motivos del mismo síndrome de Asperger continúa cierto grado de dificultad.

Alcances y limitaciones

El alumno acudió regularmente a sus terapias, cooperó con ejercicios de la misma y se nota motivado. Se lograron avances significativos en algunas áreas tal fue el rendimiento escolar global, motivación, organización, percepción, atención, concentración, autorregulación de algunas conductas disruptivas; así como en pautas sociales y comunicativas.

Por otra parte continúan las dificultades de lenguaje expresivo, estereotipias, hipersensibilidad social e hiperactividad, los cuales son propios de su trastorno específico (NEE y compleja), aunque no desaparecieron en su totalidad logra regularlas con mayor facilidad y periodicidad.

La aplicación de la enseñanza estructurada (TEACCH) fue apoyada en mayor proporción por la madre en casa que por la maestra de clases, aunque se indicó que es un apoyo paralelo a la enseñanza del niño autista, se reconoce la dificultad de la labor docente para atender de modo individual a este tipo de alumnos(as). En síntesis se reportó un apoyo parcial por parte de la maestra ya que los berrinches ocasionales hacen difícil la interacción: no hay suficiente disposición de la maestra para hacer un trabajo más enfocado al escolar.

En cuanto a los objetivos planteados en un inicio se informa que: como parte del tratamiento se logró promover/modificar las habilidades de comunicación e interacción de modo parcial pues la complejidad del trastorno requiere de un seguimiento a largo plazo. Se aplicaron el programa de intervención sustentado en la enseñanza estructurada (TEACCH) y se realizó una evaluación final donde se pudo corroborar impactos positivos no sólo en el rendimiento escolar sino en la presencia y ampliación de habilidades interpersonales y comunicativas.

Sugerencias

1.-Se logró observar que la intervención psicopedagógica realizada funciona como pieza complementaria al tratamiento holístico multidisciplinario para rehabilitar al alumno; esta funciona a la vez como pauta de estrategia meta-cognitiva (aprender a aprender), como orientación a padre y madre sobre estrategias de aprendizaje; pero sobre todo como guía complementaria para la escuela y maestros(as) sobre los aspectos relevantes que se deberían tomar en cuenta en las evaluaciones periódicas ya que estas evaluaciones son necesariamente especiales.

2.-Tales logros se identificaron al final del curso del alumno con resultados satisfactorios en la mayoría de los contenidos curriculares: la maestra además de tomar en cuenta algunos elementos del programa de intervención monitoreaba su cuaderno de terapia, el cual hizo flexible su evaluación escolar.

3.-Durante la intervención psicopedagógica la escuela primaria mandó una carta al hospital donde se reportaron signos y síntomas en el alumno tales como insomnio, ansiedad y pérdida del apetito principalmente: el médico revisó esto, se le ajustó la dosis del tratamiento farmacológico con mejoras positivas.

4.-Se sugiere la atención adecuada por parte de USAER ya que la madre refirió que el niño también fue enviado a dicha unidad (Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular) pero indica que no lo atendieron ya que le dijeron que no estaban capacitados para tratar ese trastorno. Igualmente fue canalizado a CISAME donde solo se confirmó el diagnóstico pero no recibió terapias.

5.-Se sugiere motivarlo, guiarlo con comunicación verbal y no verbal.

6.-Se sugiere continuar con las terapias de modo regular, continuar con los elementos del TEACCH a largo plazo a modo de que el alumno introyecte procesos de organización espacio-temporal, secuenciación de tareas y comunicación.

7.-Se sugiere continuar con tratamiento multidisciplinario y farmacológico hasta donde el profesional médico crea conveniente y observe mejoría en el niño.

8.-Se sugiere considerar una modalidad de evaluación escolar flexible y multifactorial; es decir se tomen en cuenta diversas áreas de currículo, habilidades cognitivas y distintas estrategias independientemente del contenido a trabajar.

9.-Se sugiere evitar en casa y escuela: ruidos fuertes, tonos de voz alterados en volumen y cuidar la prosodia (acento, tono y entonación de voz), si es que se pretende ayudarlo hacia la mejoría en el seguimiento de instrucciones y/o llamadas de atención.

10.-Se sugiere un seguimiento del programa a largo plazo en escuela y casa.

El papel del psicólogo educativo

Al retomar un programa de entrenamiento como el TEACCH el psicólogo educativo planifica y programa una intervención psicopedagógica donde demuestra habilidades de comprensión, análisis, síntesis y evaluación en contextos reales de aprendizaje. Además, se reitera que las barreras de aprendizaje y participación son áreas/dimensiones en donde la psicología educativa, como disciplina, aporta ideas innovadoras acerca de cómo intervenir en una problemática psicoeducativa ya que responde a condiciones específicas de las necesidades de los(as) participantes.

El psicólogo educativo al aplicar un programa de entrenamiento como el TEACCH puede desarrollar programas educativos individualizados para NEE, como es el autismo, y planificar adecuaciones curriculares compatibles con contenidos diversos.

Por lo tanto, es posible que esta problemática esté presente con mayor frecuencia en las aulas: el psicólogo educativo puede intervenir ante *necesidades educativas especiales*, realizando una evaluación psicoeducativa referida a la valoración de las capacidades personales, grupales e institucionales en relación a los objetivos de la educación, para mejorar el acto educativo y favorecer el desarrollo personal de los(as) escolares inscritos(as) en el sistema educativo: el SA y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no son la excepción.

Durante la estancia en el servicio social se pudo observar que la incidencia del autismo en México ha aumentado significativamente, en el área del hospital colocaron una manta informativa que indicaba que: “Este año en México los diagnósticos de autismo infantil superarán en número a los casos de cáncer y diabetes infantil”. Por lo anterior la

labor de los padres/madres, maestros(as), profesionales de la educación y la salud es atender esta problemática con real compromiso.

En relación a lo anterior, el desempeño del psicólogo educativo en la institución se desarrolló siguiendo rigurosamente las pautas de ética profesional sugeridas por Edwards (citado en Esquivel et al., 2007) donde se indican las normas éticas para la práctica de la psicología:

Principios éticos del psicólogo

- ° Respeto a la dignidad humana
- ° Tratamiento humano y responsable
- ° Integridad profesional
- ° Responsabilidad social

Pautas éticas para evaluaciones psicológicas (APA, 1994):

- ° Entrenamiento
- ° Consulta
- ° Conocimiento de las leyes federales y estatales
- ° Conocimiento de los sesgos personales y sociales y de las prácticas no discriminatorias
- ° Evitar relaciones múltiples/conflictos de intereses que involucren el estado del paciente
- ° Consentimiento informado
- ° Confidencialidad y revelación de información
- ° Diversos métodos de recopilación de la información
- ° Interpretación de los datos

- ° Explicación de los resultados de la evaluación
- ° Registros y datos
- ° Confiabilidad y validez
- ° Entender la influencia que ejercen las recomendaciones
- ° Reconocimiento de competencias
- ° Declaraciones públicas
- ° Explicación de costos financieros
- ° Investigación

Las actividades desarrolladas durante la participación en el programa denominado:
“La intervención del psicólogo educativo en un hospital psiquiátrico infantil “, fueron:

- 1.- Apoyo a la atención integral del paciente psiquiátrico que cursa con necesidades educativas especiales y complejas
- 2.- Evaluación diagnóstica detallada
- 3.- Análisis de expedientes y/o historia de desarrollo
- 4.- Intervención con psicoterapia pedagógica
- 5.- Selección y aplicación de estrategias de aprendizaje y socio comunicativas
- 6.-Evaluación periódica subsecuente, registro de evolución y desarrollo al expediente del hospital

Las actividades antes mencionadas fueron descritas y designadas por las autoridades correspondientes de la institución de salud en función a las necesidades del área de Hospital de día y el trabajo multidisciplinario que allí se desarrolla.

REFERENCIAS

- AACAP (2009). "Problemas de aprendizaje". En: Academia Americana de Psiquiatría en Niños y Adolescentes. Recuperado el día 12 de Noviembre 2009 desde: <http://www.educar.org/articulos/aprendizaje.asp>
- Arias, A. (2007). La integración educativa de personas con necesidades educativas especiales en México: ¿mito o realidad? En: Congreso Internacional para la Investigación y el Desarrollo Educativo. Colegio de Estudios de Posgrado de la Ciudad de México. SEP.
- A.P.A. (1994). American Psychological Association. Publications Manual of the American Psychological Association (4^o Ed.) Washington, D.C.
- APA. (2010). Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV-TR.
- Asperger, H. (1952) *Heilpädagogik*. Berlin: Springer. (Versión en español: *Pedagogía Curativa*). *Introducción a la Psicopatología infantil para uso de médicos, maestros, psicólogos, jueces y asistentes sociales*. Barcelona. Editorial Luis Miracle, edición 1966.
- Autismo México. Terapias. TEACH. 2010 recuperado el día 20 de agosto de 2011 desde <http://www.autismomexico.com>
- Bautista, E; Sifuentes, R; Jiménez, B; Avelar, E. y Miranda, A. (2008). En: Padres de familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual del autismo. En revista intercontinental de psicología y educación. Vol.10. Universidad del Valle de México campus Lomas Verdes.

Bautista, R. (2002) Necesidades educativas especiales. Ediciones Aljibe. España. Tercera edición, Colección Educación para la diversidad.

Bender, L. (2005) Test gestáltico visomotor. Ed. Paidós. ISBN: 9788475093086.

Bellak, L. (1996). TAT, CAT y SAT: Uso Clínico. Edit: El Manual Moderno. México. ISBN 968-426-687-1.

Brown, T. S. y Wallace, P. M. (1989). Psicología fisiológica. Ed. Mc Graw Hill, México, Cap.14, 15 y 16

Bruning, R.; Schraw, G.; Narby, M. y Ronning, R. (2005). Psicología cognitiva y de la instrucción. España. Ed. Pearson.

Buttar, R. (2004). Junta Americana de Toxicología Clínica de Metales, Universidad Estatal de Carolina del Norte. En: Autismo, el mal diagnóstico de nuestras generaciones futuras, Audiencia ante el Subcomité del Congreso de los Estados Unidos.

Carrera, G.; Salgado, A.M.; Espinosa, N. y Carreño, I. (2005). Dificultades infantiles de aprendizaje. Manual orientativo para padres y educadores. Editorial Equipo Cultural, Madrid, España ISBN: 978-84-96713-99-9

CLIMA. (2007). Clínica Mexicana de Autismo. Estadístico de Autismo. Recuperado el día 04 de junio de 2009 desde: <http://www.clima.org.mx>

Delval, J. (1998). *El mecanismo del desarrollo*. En: El desarrollo humano, Siglo XXI: México.

Dubrovsky, S. (comp.); Alegre, S; Campos, M. C; Gallo, A; Gianella, A; González, G; Dibner, N; Gutesman, D; Kuitca, R; Kulesz, A; Niro, A. M; Sipes, M. (2005). *La*

integración de niños con necesidades educativas especiales En: La integración escolar como problemática profesional. Noveduc: Argentina. Cap 1. Pp. 17-36

Díaz Aguado, M. (1996) La interacción profesor alumno, en: *Escuela y Tolerancia*. Madrid, Ed, Pirámide. Cap 3 y 4

Esquivel, F.; Heredia, M. y Lucio, E. (2007). Psicodiagnóstico clínico del niño. 3ª edición. Editorial. Manual Moderno. México. ISBN 978-970-729-286-4

Faherty, C; Sicoli, K; Gilpin, R. W. y Simmons, K. L. (2000). *El entorno educacional en: Asperger... ¿Qué significa para mí?: Un manual dedicado a ayudar a niños y jóvenes con Asperger o autismo de alto funcionamiento*. Ed. Future Horizons Inc. ISBN #: 1-932565-13-12. EUA.

Figuroa, K. (2007). 10 consideraciones básicas para la integración educativa del alumno que presenta necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad. Para maestros de educación básica. México. Ed. Coordinación de informática educativa, ILCE.

Flores, J. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En *Psicothema* 2009 Vol. 21 n° 4 pp592-597.

Forgas, S. (2009). Gestalt en el aula. Una experiencia de trabajo emocional desde el enfoque Gestáltico en enseñanza secundaria. Jornadas de la Asociación Española de Terapia Gestalt. Barcelona.

Freud, S. (1973). Introducción al narcisismo y otros ensayos.

- Freud, S. (1976). *Manuscrito H. los orígenes del psicoanálisis*. Tomo 1. Obras completas. Buenos Aires, argentina: Amorrortu Editores. (trabajo original publicado en 1895).
- Gándara, R. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. En *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. Vol. 27. Charlotte. EE.UU.
- Garrido, I.; Barragán, L.; Burgos, M. A.; Cabrera, M.; Cano, M.; Martínez, R.; Rosales, R.; Saes, A.; Sánchez, J. (1999). Proyecto de Investigación Educativa subvencionado por la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía. En: construcción del conocimiento del niño o la niña con retraso del desarrollo, con espectro autista, a través de su interacción con el medio. España.
- Gesell, A. y Amatruda, C. (2006). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño: *Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar*. México Editorial: Paidós. ISBN: 9688532606
- Gómez, M. (1993) Propuesta de la intervención en el aula. Nancea, A. de ediciones Nancea, A. de ediciones Madrid pp. 57-183
- Gross, J. (2004). “Necesidades educativas especiales en educación primaria”. La inclusión de los niños con necesidades complejas. Morata: Madrid. Cap. XIV p.p. 296-312. ISBN: 8471124920 ISBN-13: 9788471124920
- Happe, F. (2007). Introducción al autismo. 1º edición. Alianza editorial. Madrid.
- Hernández, D. (2008). Manual para educadores de escuelas regulares de alumnos integrados con espectro autista. Tesis de licenciatura en psicología educativa. Universidad Pedagógica Nacional. UPN. México, D.F.

- Hernández, G. (1998). “Descripción del paradigma psicogenético y sus aplicaciones e implicaciones educativas”. En: Paradigmas en psicología de la educación. Ed. Paidós, México, pp. 169-209
- Iglesias, M. (2008). Observación y evaluación del ambiente de aprendizaje en Educación Infantil: dimensiones y variables a considerar. En Revista Iberoamericana de Educación - Número 47. La Universidad de Santiago de Compostela.
- Kohl de Oliveira, M. (1996). “Pensar la educación: las contribuciones de Vygotsky”, en: Castorina, J. et al. De Piaget a Vygotsky: Contribuciones para replantear el debate. Ed. Paidós, México, pp. 45- 67
- Lacasa, P. y Martin, E. (1996) “Los deberes ¿un puente entre la escuela y el hogar?” En: Cultura y educación. (4), 45-62
- Lacasa, P. (1994). La psicología de la educación: buscando la propia identidad, en: *Aprender en la escuela, aprender en la calle*. España, Ed. Visor, 1994. P.p. 47-69
- López, M. (2009). La inclusión educativa de alumnos con discapacidades graves y permanentes en la unión europea. En *Relieve, Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*. v. 15, n. 1, 1-20
- Luján, A. (2008). Habilidades diferentes y discapacidad. (s.f.) recuperado el día 19 de septiembre de 2009 desde <http://www.educared.pe/especial/articulo/1468/dia-mundial-de-la-concientización-sobre-el-autismo/>
- Luria, A. R. (1979). El cerebro Humano y los Procesos Psíquicos. Ed. Barcelona, España pp. 13-66

- Mares, A; Martínez, R. y Rojo, H. (2009). Concepto y expectativas del docente respecto de sus alumnos considerados con necesidades educativas especiales. En RMIE Vol. 14. UNAM. Iztacala, México.
- Marchesi, A; Coll, C. y Palacios, J. (2001). “Del lenguaje de la deficiencia a las escuelas inclusivas”. En: Desarrollo Psicológico y Educación. III Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales. Psicología y Educación. Alianza Editorial. Madrid.
- Meneghello, R. y Martínez, A. G. (2000). Psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia. Editorial Médica Panamericana S. A.
- Mesibov G.; Shea V. y Schopler, E. (2005). The TEACCH: approach to autism spectrum disorders. Autism Society of North Carolina. EUA.
- Moriña, A. (2004). “Teoría y práctica de la educación inclusiva”. Aljibe: Málaga. España. Cap.1 pp. 18-51. El sentido de la educación inclusiva.
- Muñoz, A. (1997). “Crecimiento moral e interacción humana en contextos socioeducativos una perspectiva integradora”, En: Moreno, M. (coord.). Intervención psicoeducativa en las dificultades del desarrollo. Ed. Ariel, Barcelona, pp. 227-250
- OMS. (2010). Organización Mundial de la Salud. Manual Estadístico CIE-10.
- ONU. (2008). Organización de las Naciones Unidas. Centro de noticias. “2 de abril Día Mundial de Concienciación sobre el autismo”. ONU reafirma compromiso con derechos de afectados por ese trastorno. Recuperado el día 29 de Marzo de 2010 desde: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=12056&criteri1=autismo>

- Ortiz, M. (2007). Informe estadístico. Secretaría de Salud. México (SSA). Recuperado el día 28 de abril de 2010 desde: http://www.psiquiatria.com/noticias/trastornos_infantiles/desarrollo_tr_generalizados/32196/
- Payá, B. y Fuentes, N. (2007). Neurobiología del autismo: estudio de neuropatología y neuroimagen. En *Actas Españolas de Psiquiatría* jun2007, Vol. 35 Issue 4, p271-276
- Posner, M. (2004). Enseñanza Efectiva, una revisión de la bibliografía más reciente en los países europeos y anglosajones. En: RMIE vol. 9, Revista Mexicana de Investigación Educativa. ISSN 1405-6666
- Puigdemívol, I. (2007). La educación especial integrada: una perspectiva de la diversidad. ISBN- 9788478271825. Barcelona, España. LC3965 P8.3. UPN. Biblioteca.
- Real Academia de la Lengua Española (2008). Diccionario.
- Riviere, A. y Martos, J. (1997). En: “El tratamiento del Autismo. Nuevas perspectivas”. Madrid INSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. ISBN: 9788488986702 Edición: 1ª Año de edición: 1998.
- Rodríguez, S. 2008. Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. Recuperado el día 13 de Noviembre de 2009. Desde http://www.minusval2000.com/relacines/vidaindependiente/pdf/diversidad_funcional_1.pdf
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro vida independiente. España.

- Rondal, A. (2007). Teoría de la mente y lenguaje. En Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. Vol. 27 N. 2 Pp. 51-55. Universidad de Lieja, Bélgica.
- Rueda, C. (2006). La historia clínica informatizada. En Med Unab Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, España. Recuperado el día 15 de marzo de 2010 desde <http://biblioteca.ajusco.upn.mx/>
- Santrock, J. W. (2006). Cap. 1. “Psicología de la educación: una herramienta para la enseñanza efectiva”; Cap. 7 “ Modelos conductuales y cognitivos sociales”. En: Psicología de la educación. México. Ed. Mc Graw Hill.
- Schopler, E. (1970). Introducción al TEACCH. Division TEACCH - Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children. Recuperado el 14 de febrero de 2009 desde: [http:// www.teacch.com](http://www.teacch.com)
- Schopler, E; Mesibov, G.B. y Hearsey, K. (1995). Learning and cognition in autism. Ed. New York, Plenum. UNAM. Facultad de Psicología. México. Clasificación: RJ506.A9 L43. pp. 102. ISBN: 0-306-44871-8.
- Tallis, J. y Soprano, A. (2003). Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión.
- Taylor, L. (2006). Normalizar la diversidad, diversificar lo normal: modelos canadienses de educación inclusiva en contextos de alta diversidad etnolingüística. Facultad de educación. Bishop’s University. Canadá. www.ubishops.ca/index.asp
- Tortosa, F. (2003). TEACCH. Más que un programa para la comunicación. En I Jornadas de Comunicación Aumentativa y Alternativa. Consejería de Educación y Cultura. Servicio de Atención a la Diversidad. Barcelona.

Valdez, D. (2005). Teoría de la mente, Memoria autobiográfica y Síndrome de Asperger. Fundamentos para la intervención clínica y educativa. En revista del CISNE, No. 179. Buenos Aires.

Worldlingo. (2009). “TEACCH. Premio al mejor programa de intervención para autistas”. En: Erick Schopler pionero americano de la investigación del autismo. Recuperado el día 13 de marzo de 2009 desde: http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/es/Eric_Schopler

ANEXOS

I, II, III, IV y V

Observaciones: el anexo III es una redacción abierta sobre los indicadores identificados en situación de juego (ver evaluación psicodiagnóstica inicial).

ANEXO I

TEST D. Y A.

Nombre: _____

Edad: _____

Instrucciones:

Hola. Por favor llena el cuadro que continuación se presenta, marcando con una X tu respuesta en el cuadro que corresponda a cada oración. Las opciones son: **No, A veces, Bastante y Siempre.** Lee con atención cada oración y contesta lo más honestamente posible. **NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS; CONTESTA LO PRIMERO QUE TE PAREZCA FAMILIAR.** **Por tu cooperación Gracias!!!**



	Yo soy...	No	A veces	Bastante	Siempre
--	-----------	----	---------	----------	---------

N
o
r
m
a
s

1.- Llego puntual.....					
2.- Presento los trabajos y tareas.....					
3.- Estudio.....					
4.- Cumpló las normas de la clase.....					
5.- Cumpló las normas del colegio.....					
6.- Soy responsable.....					

A
u
t
o
e
s
t
i
m
a

Yo soy...	No	A veces	Bastante	Siempre
7.- Me gusta trabajar.....				
8.- Acepto las críticas.....				
9.- Me desanimo fácilmente.....				
10.- Pienso que hago bien las cosas.....				
11.- Creo que soy el mejor en algo.....				
12.- Me enfado por nada.....				
13.- Soy constante.....				
14.- Me acepto como soy.....				
15.- Me siento feliz.....				

P
r
o
f
e
s
o
r
e
s

Yo soy...	No	A veces	Bastante	Siempre
16.- Mis profesores me comprenden.....				
17.- Me valoran como persona.....				
18.- Confían en mí.....				
19.- Se interesan por mis evaluaciones.....				
20.- Acepto su carácter.....				
21.- Confío en mi tutor escolar.....				

C
o
m
p
a
ñ
e
r
o
s

Yo soy...	No	A veces	Bastante	Siempre
22.- Tengo muchos amigos.....				
23.- Me gusta ser líder.....				
24.- Cuentan con migo.....				
25.- Nos enfadamos.....				
26.- Me gusta trabajar en equipo.....				
27.- Confío en mis compañeros.....				

Aplicador: _____

Fecha: _____

Anexo II

Cuestionario de evaluación del ambiente de aprendizaje y rendimiento escolar del alumno(a): Lista de indicadores.

Instrucciones:

De la lista de indicadores que a continuación se describen, lea atentamente y señale con una **X** la presencia ó ausencia del elemento físico ó condición ambiental que se indique; así como una breve descripción del mismo.

Los indicadores se clasifican en 4 grupos por su tipo:

DIMENSIÓN FÍSICA	DIMENSIÓN FUNCIONAL	DIMENSIÓN TEMPORAL	DIMENSIÓN RELACIONAL
Estructura	Tipo de actividades		Agrupamiento
Delimitación	Tipo de zonas	Organización del tiempo	Modalidades de acceso
Dinamismo / estatismo	Polivalencia		Control y participación

1. DIMENSIÓN FÍSICA

A) Estructura

Descripción:

Está relacionada con la manera de distribuir y organizar el mobiliario dentro del aula para crear distintos escenarios de actividad. Según como realicemos esa distribución y los elementos que empleemos para delimitar o dejar abierto el espacio, tendremos como resultado una u otra estructura organizativa. Dentro de esta variable establecemos tres categorías diferentes:

a. Espacio. Denominamos «espacios» a todos aquellos escenarios de actividad constituidos únicamente por elementos del mobiliario que ocupan una extensión que, o bien constituye toda la superficie disponible para la realización de actividades (por ejemplo, una mesa con materiales), o bien esa superficie no aparece delimitada claramente, con lo cual se crea alrededor de ese mobiliario una zona de actividad sin límites espaciales definidos (por ejemplo, una cocina de juguete arrimada a la pared).

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

b. Zona. Categorizamos como «zonas» aquellos escenarios de actividad donde la superficie disponible para la realización de las actividades aparece claramente delimitada a través de una determinada distribución de los elementos del mobiliario (por ejemplo, una zona cerrada por bancos y estanterías).

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

c. Punto. Categorizamos como «puntos» todos los elementos que situados en las paredes constituyen, de algún modo, escenarios de actividad cumpliendo una función importante (por ejemplo, paneles de registro o de información, etcétera).

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

B) Delimitación

Esta variable está ligada a la anterior y hace referencia al nivel de apertura o cierre de los distintos escenarios de actividad organizados en el aula. Se establecen tres categorías dentro de esta variable:

a. No hay delimitación (nd). El mobiliario está disperso sin constituir una zona y la delimitación coincide con los límites y el espacio que aquel ocupa. Esta categoría es la que se asigna a todas las unidades espaciales consideradas como «espacios».

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

b. Delimitación física débil (dd). Cuando las zonas están delimitadas por marcas en el suelo o las paredes, o por medio de mobiliario ligero de fácil movilidad, como biombos, bancos, cajas de material, estanterías bajas con ruedas, etc., que permiten una rápida transformación del espacio en caso de ser necesario.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

c. Delimitación física fuerte (df). La delimitación del espacio viene dada por la posición del mobiliario. Consideramos que una delimitación es fuerte cuando los elementos que se emplean son fijos o bien se comportan como tales por tratarse de elementos pesados de difícil traslado (moqueta grande, estanterías pesadas colocadas perpendicularmente a la pared, armarios, mesas que se emplean para separar, etcétera).

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

C) Dinamismo-Estatismo

Esta variable hace referencia a la transformación de la organización espacial del aula como consecuencia del desplazamiento de mobiliario. Se tienen en cuenta dos tipos de categorías:

- Los desplazamientos del mobiliario (móvil, ligero y pesado) a lo largo de la jornada.
- Las razones por las cuales se llevan a cabo tales movimientos, una de las cuales puede ser el acondicionar el espacio para una actividad o para transformarlo totalmente y crear un nuevo ambiente.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

2. DIMENSIÓN FUNCIONAL

En esta dimensión tenemos en cuenta tres variables: el tipo de actividades que se realizan en cada zona, el tipo de zonas en función de la actividad que se crea en el aula, y la polivalencia de esas zonas.

A) Tipo de actividades

Se incluyen aquí las distintas actividades que se llevan a cabo para desarrollar el currículum, para las que proponemos una clasificación en doce tipos diferentes. Se trata de una categorización emergente realizada a partir de las actividades observadas en las distintas aulas de nuestra investigación, por lo que probablemente será necesario adaptarla para su utilización en otros contextos. Esta es la clasificación:

a. Actividades de encuentro y comunicación. Si bien todas las actividades que se realizan en la escuela suponen un encuentro y la comunicación entre los participantes, nosotros consideramos como actividades de encuentro y comunicación aquellas que, de un modo más específico, suponen un encuentro y tienen como objetivo principal la comunicación. Ejemplos concretos son la asamblea, la conversación informal con los compañeros y con el maestro en los momentos de entrada y salida, la conversación dirigida sobre algún tema o situación específica, las canciones, cuentos, poesías, adivinanzas, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

b. Actividades de juego simbólico y juego libre. Se incluyen dentro de esta categoría todas aquellas actividades en las que los niños recrean la vida de los adultos, de los animales, etc.: jugar al papá y a la mamá, a las tiendas, a comprar y vender, al doctor, a la enfermera, a la peluquería, jugar con coches y construcciones, disfrazarse, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

c. Actividades de movimiento y expresión corporal.

Son representativas de esta categoría todo tipo de actividades que implican movimiento y suponen un modo de expresión para los niños:

- Psicomotrices y de expresión corporal.
- Rítmicas y musicales.
- Dramatizaciones de cuentos o historias, teatro de sombras o marionetas.
- De relajación y control de la respiración, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

d. Actividades de expresión y representación gráfica. Con esta categoría nos referimos a todas aquellas actividades que implican una representación, sobre papel u otros soportes, de conceptos trabajados o adquiridos en otros ámbitos. Según este criterio incluimos aquí tanto la confección de todo tipo de fichas como la realización de dibujos, actividades de recortar y pegar, picar, etc., propuestas por el maestro con motivo de algún tema o contenido específico que se esté trabajando y que, por lo tanto, incluyen la representación de contenidos concretos, o con características específicas.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

e. Actividades de expresión y representación plástica. Se hace aquí referencia a las actividades destinadas a la producción de todo tipo de elaboraciones plásticas que implican la manipulación de distintos materiales y el empleo de técnicas. Actividades representativas de esta categoría son: pintura con todo tipo de materiales y técnicas, modelado (barro, plastilina, pasta de papel, etc.), *collage* con distintos materiales y dibujo libre.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

f. Actividades de observación y lectura. Se incluyen aquí las actividades referidas a la observación de láminas, lectura de libros, etc., llevadas a cabo de un modo autónomo (en la biblioteca), o bien guiadas por el docente (observación de una lámina o libro y conversación dirigida sobre su contenido). También se incluyen otras actividades basadas en la observación como: observaciones de la naturaleza, lectura del encerado, observación de una explicación o demostración que realiza el maestro, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

g. Actividades de manipulación y experimentación. Se incluyen aquí todas aquellas actividades que tienen como objetivo principal la exploración y manipulación de materiales de diverso tipo, así como la experimentación sobre las posibilidades que los mismos ofrecen. Pueden utilizarse tanto materiales del entorno (agua, arena, botellas, cajas, cartones, pequeños electrodomésticos para desmontar, etc.) como comercializados (juegos de construcción tipo Tente3, bloques de madera, coches, etcétera).

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

h. Actividades con juegos didácticos estructurados y no estructurados. Hace referencia a todas aquellas actividades realizadas con juegos y materiales didácticos tanto comercializados (rompecabezas, dominós, mosaicos, regletas, etc.), como procedentes del entorno (chapas, semillas, canicas, cartas, etc.), más o menos estructurados, y que tienen como principal finalidad la adquisición de habilidades o conceptos de lógica matemática (clasificación, seriación, etc.), lenguaje y escritura, motricidad fina, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

i. Actividades de gestión, de servicio y rutinas. Incluimos dentro de esta categoría aquellas actividades, en muchos casos concebidas como rutinas, que tienen como finalidad gestionar u organizar la vida del aula: pasar lista, poner el calendario, distribuir los rincones de juego o las actividades a realizar, hacer fila, colgar la ropa en los percheros y poner el mandilón, organizar y acondicionar los espacios del aula para la realización de alguna tarea, presentar las actividades y organizar el trabajo, etcétera. También hace referencia a actividades de servicios, como regar las plantas o dar de comer a los animales (cuando esta es una tarea únicamente asistencial que no incluye una observación sistemática o el desarrollo de otra actividad en torno a ella); ayudar al lavado de las manos y los materiales después de una actividad de plástica; recoger los objetos utilizados y limpiar el aula y los materiales después de un período de actividad; archivar los trabajos realizados; coger materiales para realizar una actividad, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

j. Actividades de transición. Nos referimos aquí a las acciones que llevan a cabo los niños en los momentos de transición entre una actividad y otra o entre un momento de la jornada y el siguiente, sin entidad suficiente como para considerarlas actividades, ya que constituyen más bien pequeños «enredos» que los niños tienen en esos momentos de transición. También podemos incluir aquí las actividades que realiza el docente antes de iniciar una actividad, o en otros momentos de transición, y que tienen por objeto centrar la atención de los niños: juegos de manos, hacer palmas, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

k. Actividades disruptivas. En realidad no se trata de actividades sino más bien de conductas disruptivas. Son acciones perturbadoras o agresivas que rompen la disciplina y alteran la armonía del aula.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

L. Otras actividades de difícil clasificación. Se trata de aquellas que, por sus características, resulta difícil enmarcar en alguna de las categorías establecidas.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

B) Tipo de zonas en función de la actividad

a. Zonas de actividad principal. A nivel funcional, consideramos como zonas de actividad principal todos aquellos espacios o zonas físicas en las que se realizaron actividades, planificadas o de carácter libre, tanto dirigidas por el profesor como sugeridas para su realización autónoma por parte de los niños, y que están relacionadas más directamente con el desarrollo del currículum de educación infantil. Dentro de este primer tipo de zonas distinguimos las siguientes:

De encuentro y comunicación, en las que se realizan las actividades de expresión y comunicación como la asamblea, cantar canciones, contar cuentos, hacer teatro de marionetas, etcétera.

- De juego simbólico.
- De juegos didácticos.
- De trabajo individual en mesa.
- Específicas de expresión, representación y manipulación.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

b. Zonas de gestión, de servicio y rutinas. A nivel funcional, consideramos en esta categoría todas aquellas zonas, espacios o puntos en los que las actividades que se realizan están relacionadas con actividades de la misma índole (como poner el calendario, control de la asistencia, control y registro de los rincones, etc.), o que prestan algún servicio en la realización de otras actividades (tableros de corcho para la exposición de trabajos o materiales, archivo de los trabajos, etc.), o sirven para guardar los objetos personales, como los percheros o los armarios. En todos los casos las consideramos, desde un punto de vista funcional, como zonas de gestión, de servicio y rutinas por entender que, en muchos casos, las tres funciones están interrelacionadas.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

c. Zonas de almacenamiento de material. Pertenecen a esta categoría aquellos espacios y zonas que no tienen una función activa en el sentido de constituir escenarios de actividad, pero en las que, sin embargo, se depositan materiales que son utilizados en otras zonas. Este puede ser el caso, por ejemplo, del baúl de los disfraces o cajas de juegos que son utilizados en otros espacios.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

d. Zonas nulas. Son aquellas en las que no se registra ninguna actividad a lo largo de toda la jornada de observación.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

C) Polivalencia

Hace referencia a las posibilidades de utilización que ofrecen las distintas zonas del aula. Puede haber zonas claramente definidas y destinadas a una única función, o también estar diseñadas con una funcionalidad múltiple, de tal modo que esa misma zona puede ser usada en distintos momentos de la jornada con distintas funciones. Teniendo esto en cuenta establecemos dos categorías:

a. Zonas de funcionalidad única. Se trata de zonas claramente definidas que están diseñadas para ser utilizadas con una única función, aquella para la que fueron diseñadas.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

b. Zonas de funcionalidad múltiple. Zonas claramente definidas que integran en una misma zona distinto tipo de funciones, o también zonas que pueden ser utilizadas en varios momentos de la jornada con diversas funciones.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

3. DIMENSIÓN TEMPORAL

A) Organización del tiempo

a. Momentos de actividad libre. Entendemos por tales aquellos momentos de la jornada en los que los niños tienen plena libertad para elegir el tipo de actividad que desean realizar, como así también el espacio o zona de la clase donde quieren realizarla, los materiales e incluso los compañeros con los que quieren estar.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

b. Momentos de actividad planificada. Entendemos por tales aquellos momentos de actividad que son planificados por el docente e incluso dirigidos o guiados por él. En este sentido consideramos actividades planificadas tanto las que se realizan a diario, como puede ser la asamblea, como aquellas otras que son planificadas específicamente para cada día en particular.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

c. Momentos de gestión, de servicio y rutinas. Incluimos dentro de esta categoría todas las actividades que tienen que ver con los momentos de entrada y salida (ponerse el mandilón, vestirse, hacer fila, saludar y despedirse, etc.); las que se vinculan con la preparación de las actividades, como recoger y ordenar la clase, tomar el almuerzo, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

4. DIMENSIÓN RELACIONAL

A) Agrupamiento

Hace referencia a la modalidad de agrupamiento de los niños en la realización de la actividad. Se tuvieron en cuenta las siguientes modalidades de agrupamiento: gran grupo, pequeño grupo, parejas e individual.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

B) Modalidades de acceso

Cuando los niños acceden a los espacios pueden hacerlo en distintas circunstancias: libremente, por orden del maestro, etc. De todas las actividades observadas hemos categorizado seis modalidades de acceso a los distintos espacios y zonas de actividad del aula:

a. Acceso libre con sistema de elección y/o registro. Los niños deciden libremente hacia dónde quieren ir y hacen explícita su elección, ya sea a través de algún sistema de elección o bien a través de hojas de control donde deben dejar constancia de su acceso a un determinado espacio.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

b. Acceso libre sin control de ningún tipo. Los niños acceden a un espacio sin dejar constancia de ningún tipo. Por ejemplo, cuando tienen juego libre y el docente dice que cada uno puede ir a jugar a donde quiera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

c. Por orden directa del maestro o acompañados por él. Esta modalidad de acceso se produce cuando es el maestro el que ordena de un modo explícito que los niños acudan a un determinado espacio. Puede ser una decisión repentina, debido a las circunstancias que surgen en el momento, o bien una decisión que responde a una planificación.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

d. Condicionado. Los niños acuden a un espacio solo cuando se cumple una condición previa: terminar el trabajo de mesa, portarse bien, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

e. De rutina. Esta modalidad se lleva a cabo cuando se trata de una actividad que sistemáticamente se realiza todos los días en el mismo sitio y en el mismo horario durante la jornada. Por ejemplo, el acceso a los percheros y otras zonas de servicio en los momentos de entrada y salida, el acceso a la zona de la asamblea, etcétera.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

f. Otras. Condiciones de acceso poco claras.

Presencia: _____ Ausencia: _____

Descripción:

C) Control y participación

Hace referencia al nivel de control y participación que el docente tiene sobre los distintos espacios y zonas en el momento en que se están realizando las actividades, y por lo tanto el control sobre las actividades mismas. Se establecen cinco niveles de control y participación del maestro a cargo en las distintas zonas o espacios de la clase y de las actividades que en ellas se realizan. El control mínimo corresponde al nivel 1 y el máximo al nivel 5.

- **Nivel 1: no hay control ni participación.** El maestro no ejerce ningún tipo de control en la actividad que se realiza, ni participa en ningún momento en su desarrollo. Esta situación puede darse, bien porque se trate de una actividad de gestión o rutina que los niños tienen interiorizada y por lo tanto realizan autónomamente (colgar la ropa en el perchero y ponerse el mandilón), o bien por tratarse de una actividad de libre elección y realización por parte del niño, en la que el docente no participa y tampoco controla.
- **Nivel 2: no hay control - participación puntual.** El maestro no ejerce ningún control en la determinación de la actividad (por tratarse de una actividad de rutina o gestión que ellos realizan autónomamente, o por ser una actividad de libre elección y realización por parte de los niños), pero puede intervenir puntual o esporádicamente atendiendo a la demanda de algún niño que solicita material que no está a su alcance, o también durante el desarrollo de la actividad sugiriendo al niño propuestas alternativas, haciendo preguntas sobre la acción que desarrolla o estimulando su pensamiento con el planteamiento de conflictos cognitivos que debe resolver el niño. El protagonismo de la actividad es del niño y el papel del maestro es subsidiario. En el caso de actividades de gestión y rutina, como hacer la fila, colgar la ropa y ponerse el mandilón, etc., el docente puede tener una participación puntual ayudando a algún niño a ponerse dicha prenda o abotonarla, estando pendiente de cómo realiza esta actividad, o prestando ayudas puntuales a aquellos que lo demandan.
- **Nivel 3: control parcial - participación puntual.** El maestro tiene un control parcial del espacio proponiendo o sugiriendo el acceso a una determinada zona/espacio de la clase para la realización de una actividad, o la utilización de un material concreto, limitando o condicionando así las posibilidades de actuación en ese espacio/zona. El docente no participa después en el desarrollo de la actividad, aunque puede intervenir puntualmente prestando ayuda a los niños, si así lo requieren, para facilitarles material, resolver algún conflicto, etcétera.
- **Nivel 4: control total indirecto - participación puntual.** El maestro tiene un control total del espacio/zona a través de la organización de la acción por realizar: determina el tipo de actividad como también los materiales que se emplearán. Su presencia puede ser permanente, si bien su intervención o participación en el desarrollo de la actividad se reduce a momentos puntuales (presentar la actividad, supervisar su resultado, hacer preguntas para orientar una conversación, dar los turnos de palabra en la asamblea, presentar algún material, etc.). Este puede ser el caso de la asamblea, donde el profesor acompaña a los niños durante el desarrollo de la actividad pero su participación es puntual.
- **Nivel 5: control total directo - participación continuada.** El maestro tiene un control total de la utilización del espacio, dirigiendo la acción que se está realizando: determina el tipo de actividad y los materiales concretos que se emplearán. Además, tiene una participación continuada y activa supervisando todo el proceso de desarrollo de la actividad, para que esta se realice del modo indicado. Finalmente, en algunas actividades puede controlar incluso el resultado de la actividad corrigiéndolo y, en algunos casos, pidiendo a los niños que la repitan si el resultado no es satisfactorio. En el caso de actividades de rutina o gestión del aula, como hacer la fila, lavar las manos, etc., el docente puede acompañar todo el proceso de la actividad supervisando y controlando que esta se realice del modo establecido, o vigilando que no se produzcan conductas disruptivas.

Rendimiento escolar actual (numeral): _____

Nivel de control y participación: _____

Aprendizaje:

	mal	regular	bien
Dictado			
Copia			
Lectura			
Pronunciación			
Matemáticas			
Español			
Ciencias naturales			
Ciencias sociales			
Idioma, especifique:			
Educación física			
Educación artística			
Otras materias, especifique:			
Como ve el niño			
Como escucha			

Observaciones generales y comentarios:

Maestro(a): _____

Fecha: _____

ANEXO IV

HISTORIA DE DESARROLLO

ANTECEDENTES GENERALES

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de entrevista_____

Nombre_____

Fecha de nacimiento_____ Edad_____

Dirección_____

Motivo de la consulta_____

Nombre del padre_____

Fecha de nacimiento_____ Edad_____

Ocupación_____

Lugar de trabajo_____

Dirección_____

Nombre de la madre _____

Fecha de nacimiento_____ Edad_____

Ocupación_____

Lugar de trabajo_____

Dirección_____

Hermanos

nombre	edad	escolaridad

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Neuropsiquiátricos

1. ¿Sus familiares sufren de algún trastorno?

Trastorno de aprendizaje	
Retardo mental	
Trastorno de lenguaje	
epilepsia	

Otras _____ especifique _____

Congénitas

2. ¿Sus familiares sufren de alguna enfermedad?

cardíacas		tuberculosis	
alérgicas		Presión alta	
diabetes		Presión baja	
Cáncer		infecciosas	

Otras _____ especifique _____

3. ¿Si padece alguna enfermedad o trastorno, que parentesco tiene con el paciente?

4. ¿Existe en la familia alguien con adicciones?

SI _____ No _____ ¿A que es adicto? _____

5. ¿Si padece alguna adicción, que parentesco tiene con el paciente?

III. ANTECEDENTES PRENATALES Y PERINATALES

6. ¿Cuántos años tenía al embarazarse? _____

7. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

8. ¿Su embarazo fue planeado? _____

9. ¿Ha tenido abortos?_____ ¿Cuál fue la causa del aborto?_____

10. ¿Durante el embarazo tuvo alguna enfermedad?_____ ¿Cuál?_____

11. ¿Cómo controló la enfermedad?_____

12. ¿Tomo algún medicamento sin prescripción medica?_____ ¿Cuál?_____

13. ¿Cómo fue su alimentación durante el embarazo?_____

14. ¿Ingirió bebidas alcohólicas durante el embarazo?_____

15. ¿Tuvo cuidados adecuados durante el embarazo?_____

16. ¿Con qué frecuencia asistió al médico?_____

17. ¿A los cuantos meses comenzó a moverse el bebé?_____

18. ¿La duración del embarazo fue?

A termino_____ Prematura_____ No. de
meses_____ Posmaduro_____

IV. ANTECEDENTES POSNATALES

19. ¿El parto fue?

Normal_____ Uso de anestésico_____ Fórceps_____

Por cesárea _____ Inducido _____

20. ¿Cuánto tiempo duro el trabajo de parto? _____

21. ¿El nacimiento fue en hospital o en otro lugar? _____

22. ¿Estuvo en incubadora? _____

23. ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Por qué? _____

24. ¿Qué calificación obtuvo en el Apgar? _____

25. ¿Qué coloración tuvo el bebé al nacer? _____

26. ¿Cuánto peso al nacer? _____

27. ¿Tuvo llanto espontáneo? _____

28. ¿Qué posición tenía el bebé al nacer? _____

29. ¿Tomó leche materna? _____

30. ¿Cuando le entregaron a su bebé al nacer, notó algo extraño? _____

31. ¿Cuándo amamantaba al bebé succionaba bien? _____

32. ¿Con qué frecuencia daba pecho al bebé? _____

V. ANTECEDENTES MOTORES SENSORIALES

33. ¿Cuánto tiempo de nacido tenía cuando por primera vez el bebé apretó su mano?

34. ¿Cuando se acercaba usted el bebé la reconocía? _____

35. ¿Cuántos meses tenía cuando comenzó a buscar objetos escondidos? _____

36. ¿a cuantos meses el bebe pudo sostener para su cuello?_____

37. los movimientos del bebe eran:

Seguros_____ Temblaba mucho_____

Rápidos_____ torpes_____

Otros_____ Especifique_____

38. ¿cuantos meses tenia cuando por primera vez se sentó solito?_____

39. ¿a los cuantos meses comenzó a gatear?_____

40. ¿Cuánto tiempo de nacido tenia cuando empezó a caminar solo?_____

41. ¿se caía con frecuencia?_____

VI. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

42. ¿Cuántos meses tenia cuando comenzó a balbucear?_____

43. ¿Cuántos meses tenia cuando comenzó con el laleo?_____

44. ¿Cuántos meses tenia cuando comenzó el gorjeo?_____

45. ¿Cuántos meses tenia cuando pronuncio por primera vez sus palabras?_____

46. ¿cuantos meses tenia cuando menciono sus primeras frases?_____

47. ¿Cuántos meses tenia cuando dijo sus primeras oraciones completas?_____

48. ¿Cuándo hablaba con el entendía lo que decía?_____

49. ¿noto alguna alteración en el lenguaje?_____

50. ¿a los cuantos meses comenzó a avisar para ir al baño? _____

VII. ANTECEDENTES DE SALUD DEL NIÑO.

51. ¿tiene completo el registro de vacunas?

Tuberculosis (BCG) primera _____

Sabin (poliomielitis)

Primera _____ Segunda _____ Tercera _____ Adicional _____

Difteria, Tos ferina, Tétanos (DPT)

Primera _____ Segunda _____ Tercera _____ Refuerzo1 _____ refuerzo2 _____

Sarampión, rubéola, Parotiditis (triple viral)

Primera _____ Segunda _____

Sarampión (ANTISARAMPIONOSA) Adicional _____

Difteria, Tétanos (Td)

Adicional _____ Refuerzo 1 _____

52. ¿padece de enfermedades congénitas?

Enfermedades infecciosas _____

Enfermedades sensoriales _____

Enfermedades bronco pulmonares _____

Enfermedades cardiacas_____

Enfermedades renales_____

Enfermedades alérgicas_____

Otras_____Especifique_____

53. ¿padece de trastornos neuropsiquiátricos?

Epilepsia_____

Disfunción cerebral mínima_____

Convulsiones febriles_____

Traumatismo craneoencefálico_____

Otras_____especifique_____

54. ¿padece trastornos del sueño?

Insomnio_____ sonambulismo_____

Pesadillas_____ hipersomnias_____

Temores nocturnos_____ tiempo que duerme_____

55. ¿padece trastornos de alimentación?

Anorexia_____

Bulimia_____

Fobia a los alimentos_____

Vómitos_____

56. ¿padece de trastornos en los esfínteres?

Perdida de control nocturno para el esfínter vesical?

Si () No ()

Perdida del control del esfínter anal

Si () No ()

VIII. ANTECEDENTES ESCOLARES.

57. ¿a que edad acudió a preescolar?_____

58. ¿Cuántas horas estaba en el preescolar?_____

59. ¿tenia problemas de atención?_____

60. ¿Cómo era la relación con sus compañeros?_____

61. ¿presentaba algún problema de conducta?_____

62. ¿en que horario acudía al preescolar?_____

63. ¿a los cuantos años entro a la primaria?_____

64. ¿en que horario acude a la primaria?_____

65. ¿Cuál es la materia que mas le gusta?_____

66. ¿Cuál es la materia que no le gusta?_____

67. ¿en que materia tiene mas problemas?_____

68. ¿a que edad aprendió a leer y escribir?_____

69. ¿Cómo hace la tarea en casa?_____

70. ¿Quién le ayuda con la tarea?_____

71. hábitos de estudio_____

IX DINÁMICA FAMILIAR.

72. ¿Cuál es la relación del padre con el niño?

Autoritaria_____ De interacción_____

Afectuosa_____ Con dinámica_____

Castigadora_____ Sobre protectora_____

Carente de normas_____

Otras_____ especifique_____

73. ¿Cómo es la relación de la madre con el niño?

Autoritaria_____ De interacción_____

Afectuosa_____ Con dinámica_____

Castigadora_____ Sobre protectora_____

Carente de normas_____

Otras_____ especifique_____

74. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos?

Preferencia_____

Agresividad_____

Peleas_____

Celos_____

Desobediencia_____

Otras_____ especifique_____

75. ¿Cómo es la relación del niño con otros familiares?_____

76. ¿Cuándo se divierten, asiste toda la familia?_____

77. ¿Cuáles son los lugares mas frecuentes de diversión?

Cine () Parque () Teatro ()

Circo () Museos () playa ()

Otras____ Especifique_____

78. ¿de la televisión, cuales son sus programas preferidos?_____

79. ¿cada cuando salen a divertirse?_____

Describe las actividades de un día

X. DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO

80. ¿la personalidad del niño es?

Tranquilo Seguro miedoso extrovertido

desconfiado sugestionable retraído

Ansiosos alegre obediente sociales

Autoritario triste desobediente agresivo

Emotivo quejumbroso dependiente cooperador

Labil llorón comunicativo

Otros_____ Especifique_____

XI. ANTECEDENTES ECONÓMICOS

81. ¿la casa donde vive es propia o paga renta?_____ ¿cuanto?_____

82. ¿de que material esta construida?

Tabique rojo () Madera ()

Block () laminas ()

83. ¿Cuántos metros construidos tiene?_____

84. ¿Cuántos pisos tiene?_____

85. ¿Cuántos cuartos tiene?_____

86. ¿Cuántos habitan en la casa?_____

87. ¿Cuál es su ingreso mensual?_____

88. ¿en su casa cuenta con?

Televisión ()

Grabadora ()

DVD ()

Video casetera ()

Computadora ()

Cablevisión ()

Teléfono ()

Lavadora ()

Microondas ()

89. ¿Cuántas veces a la semana come carne?

Ningún día a la semana () 3-4 días a la semana ()

1-2 días de la semana () 5-6 días de la semana ()

90. ¿Cuántos días a la semana comen verduras?

Ningún día a la semana () 3-4 días a la semana ()

1-2 días de la semana () 5-6 días de la semana ()

91. ¿Cuántos días a la semana comen frutas?

Ningún día a la semana () 3-4 días a la semana ()

1-2 días de la semana () 5-6 días de la semana ()

Observaciones

Nombre del entrevistador_____

Área de especialidad_____

Historia de desarrollo, Rueda, C, (2006),

ANEXO V CUESTIONARIO-OBSERVACIÓN: CONDUCTAS DISRUPTIVAS DE LOS ALUMNOS PRESENTADAS EN CLASE.

Nombre del Profesor: _____

Área académica o especialidad: _____

Instrucciones:

Hola. Por favor llene el cuadro que se presenta, marcando con una X la conducta(s) que usted ha observado en clase en relación al alumno(a) de nombre: _____ el cual cursa el _____ (grado). Esta aplicación es de carácter informativo y por favor se le pide conteste lo más cercano a la realidad y tratando de ser imparcial hacia el alumno(a). Por su cooperación: Gracias!!!



CLASIFICACIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS

TIPO	CONDUCTA	x
------	----------	---

AGRESIVAS	1.- Agresiones verbales	
	2.- Motes, apodos	
	3.- Venganzas	
	4.- Intimidaciones	
	5.- Peleas	

ANTISOCIALES	1.- Perturbador	
	2.- Falta al respeto al maestro	
	3.- Respondón	
	4.- Mentiroso	
	5.- Tramposo	
	6.- Irrespetuoso	

INDISCIPLINARIAS	1.- Falta de puntualidad	
	2.- Interrumpir las explicaciones	
	3.- Charlatanería	
	4.- Jugar a destiempo	
	5.- Impertinencias	
	6.- No seguir las normas	
	7.- No entregar trabajos	
	8.- Risas inapropiadas	
	9.- Hacerse notar	

TIPO	CONDUCTA	x
DE PERSONALIDAD	1.- Caprichoso	
	2.- Tímido	
	3.- Hipersensible	
	4.- Egocéntrico	
	5.- Hiperactivo	
	6.- Extrovertido	
	7.-Introvertido	
	8.- Envidioso	

- PREGUNTA ABIERTA:

EN ALGUNA OCASIÓN DE CLASE, TRABAJO DE MANERA INDIVIDUAL O GRUPAL O INCLUSO EN MOMENTOS DE RECREO, **¿USTED HA IDENTIFICADO EN EL ALUMNO(A) ALGUNA DIFICULTAD EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN Y/O SOCIALIZACIÓN CON SUS COMPAÑEROS O PROFESORES?** POR FAVOR DESCRIBA LA DIFICULTAD(S) O CUALQUIER OTRA OBSERVACIÓN:

Aplicador: _____

Fecha: _____