



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
HIDALGO**

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**EL DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO EN LA  
EDUCACIÓN ESPECIAL: Estudio de un caso.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

**GARCÍA UGALDE JESICA MONSERRAT**

**PEÑA VELÁZQUEZ HAIDE SUSANA**

**ASESOR:** Jorge Gonzalo Escobar Torres



PACHUCA, HGO.

2005

**ESTE TRABAJO SE LO DEDICAMOS  
CON MUCHO CARIÑO A RAÚL... Y A  
TODOS ESOS NIÑOS QUE NO TIENEN  
ESPACIO PARA SER OÍDOS.**

**A:**

**JORGE ESCOBAR**

**MIL GRACIAS.**

**A:**

**RUBÉN GARCÍA CRUZ**

**MIL GRACIAS.**

**A Jorge:** Por ser mi amor... sostén de mis voces, por convertirte en un catalizador de mi inspiración, por apaciguar mis latidos e impulsar mis sueños.

**A Jaina:** Por nacer y convertirte en una estrella caída del cielo que bendice todos mis días. Por bendecirnos siempre.

**A mis padres:** Por la vida y por haberme enseñado a amarla por encima de todos los obstáculos, por enseñarme el valor de las cosas, por que este fruto es compartido y por el abono que pacientemente han regado.

**A mi hermano:** Por no abandonarme cuando más te necesite.

**A Haide:** Por que cuando nos encontramos en un mar desconocido remamos juntas contra corriente y por ser compañera de viaje en este tren de incertidumbres.

**Al personal del CAM no. 1:** muy especialmente a Irma por mostrarme los senderos de la experiencia, por el apoyo recibido y por abrirme las puertas de su corazón, sin olvidarme de Susana que tuvo paciencia en tiempos difíciles.

**Y muy especialmente a Raúl...**

**A los que faltaron...**

**Gracias.**

**Jesica Monserrat García Ugalde.**

Invierno 2005

## AGRADECIMIENTOS

A mi Esposo:  
Ricardo Torres Julian  
*Por haberte atravesado y transformado mi vida*

A mi hijo:  
Oscar Gabriel Torres Peña  
*Por ser la nueva luz en la oscuridad*

A mis padres:  
Susana Velázquez Tovar  
Valente Peña León  
*Por estar conmigo e impulsarme en esos momentos*

A mis hermanos:  
Omar Valente Peña Velázquez  
Valeria Susana Peña Velázquez  
Cintia Susana Peña Velázquez  
*Por el solo hecho de estar ahí*

A mi amiga y compañera:  
Jesica Monserrat García Ugalde  
*Por ser tú misma y prestarme tu hombro*

A mis suegros:  
Piedad Julián Sosa  
Bernabé Torres Serrano  
*Por ser mí respaldo*

“Y a aquellas personas que estuvieron a mi lado en esos momentos tan especiales y que sin darse cuenta pusieron su granito de arena para facilitar este paso tan grande...”

*A todos gracias...*

*Haide Susana Peña Velázquez*

INDICE.	1
RESUMEN.	4
INTRODUCCIÓN.	5

## 1. SOBRE LA METODOLOGÍA UTILIZADA.

1.1. Método.....	8
1.2. Planteamiento del problema y objetivos. ....	9
1.3. Ejes de análisis. ....	13
1.4. Tipo de investigación. ....	14
1.5. Instrumentos y su aplicación. ....	17
1.5.1. Las técnicas. ....	18
1.5.2. La aplicación. ....	18

## 2. CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGOGICO

2.1 Definición. ....	
2.2 Tipos de Diagnóstico. ....	20
2.3 Elementos que debe contener un diagnóstico psicopedagógico. ....	22
2.4 Valoración psicológica de la discapacidad intelectual basada en pruebas y otras técnicas. ....	26
2.5 La entrevista. ....	28
2.5.1 Clasificación de la entrevista. ....	34
	34

## 3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

3.1 Antecedentes Históricos de la Discapacidad	
--	--

intelectual. ....	39
3.2 Definición de la Discapacidad intelectual. ....	45
3.3 Clasificación de la Discapacidad intelectual. ....	
3.3.1 Tipos y grados de la Discapacidad intelectual. ....	48
3.3.2 Discapacidad intelectual límite o borderline. ....	49
3.3.3 Discapacidad intelectual ligera o leve. ...	50
3.3.4 Discapacidad intelectual moderada o media. ....	50
3.3.5 Discapacidad intelectual severa o grave. ....	50
3.3.6 Discapacidad intelectual profunda. ....	51
3.3.7 Discapacidad intelectual no clasificada. ....	51
3.4 Etiología de la Discapacidad intelectual. ....	52
3.4.1 Factores genéticos. ....	52
3.4.2 Factores extrínsecos. ....	54
3.5 Características evolutivas e implicaciones educativas	56
3.6 El desarrollo de la personalidad en el deficiente mental. ....	62
4. BREVE RESEÑA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO	64
5. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA EPILEPSIA	
5.1. Antecedentes históricos. ....	72
5.2. Definición de la epilepsia. ....	72
5.3. Fenómenos psíquicos que se presentan en la epilepsia. ....	75
5.3.1 Fenómenos ictales. ....	75
5.3.2 Fenómenos periictales. ....	77

5.4. Formas de Diagnóstico médico. ....	78
5.5. Clasificación de la epilepsia. ....	79
5.5.1. Crisis Parciales o focales. ....	79
5.5.2. Crisis generalizadas. ....	81
5.5.3. Crisis unilaterales. ....	82
5.6. Etiología de la epilepsia. ....	83
5.7. Tratamiento médico. ....	85
6. PRESENTACIÓN DE CASO.	
6.1 Genograma. ....	87
6.2 Entrevista. ....	88
6.3 Test Gestáltico visomotor de Laretta Bender, valorado de acuerdo a la escala de Elizabeth Kopptiz. ....	96
6.4 Test de Proyectivo de Karen Machover de la Figura Humana. ....	98
6.5 Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay. ....	100
6.6 Escala de inteligencia de Wescheler (WISC-RM). ...	104
6.7 Resultados. ....	107
6.8 Impresión diagnóstica. ....	110
7. CONCLUSIONES. ....	114
8. REFERENCIAS. ....	125
9. ANEXOS. ....	129
10. GLOSARIO. ....	214

**RESUMEN.**

Las escuelas de Educación especial o Centros de Atención Múltiples (CAM) son lugares en los cuales se atiende a “múltiples” diversidades, los salones están llenos de caritas que tienen ya desde antes de llegar a este lugar, una etiqueta que les designa un lugar que se puede considerar apartado.

Así pues, la Integración Educativa, filosofía que actualmente retumba en los pasillos de las escuelas, especiales y no, busca otorgarles a estos niños un lugar digno, con educación de calidad, y todo lo que esto implica, comenzando por darles acceso al Currículo de Educación Básica... pero ¿Qué pasa cuando la mayoría de ellos tiene serias deficiencias? O bien ¿Cuándo un daño neurológico le impide tener el acceso que se esperaría de un niño de su misma edad?

En este trabajo creemos que primero hay que prepararlos, entrenarlos para tener una mejor oportunidad de aprender en los términos que se espera, para poder realizar esto, es necesario “conocerle las etiquetas”, en otras palabras realizar un Psicodiagnóstico.

A lo largo del trabajo pretendemos explicar la importancia de aplicar el Psicodiagnóstico a los niños que llegan a las puertas del CAM. Para lograr esto nos asomamos a la vida de un niño que vive, como la mayoría de ellos, en espera de una educación de calidad.

Un aspecto que no se puede olvidar es que casi todos ellos, son tratados desde un punto médico, pues diversas causas les han ocasionado en la gran mayoría convulsiones o epilepsia. Por ello es que se dedica un capítulo entero a esta enfermedad, pues es una parte medular de sus vidas.

Pretendemos desde la realidad de Raúl, mostrar otras que se han quedado en el tintero y explicar una realidad que poco se conoce.

## INTRODUCCIÓN

*“Raúl es un niño muy especial, y no solo por que esta inscrito en una escuela de “educación especial”, si no que es su particularidad lo que brilla y permite visualizar de manera más certera en él y su situación, la necesidad de conocer a los niños que entran a instituciones como el CAM. Al decir “conocer “, nos referimos a verlo con detenimiento, a saberle los colores y a mirar más allá de sus palabras para poder tener un punto de partida, para que la escuela y todo lo que lo compone (incluyendo las relaciones con la sociedad y la familia) sea un motor de impulso para poder ofrecerle una vida, desde ahora, plena.”*

La escuela es un medio en el cual el niño adquiere habilidades básicas, que le permiten poder funcionar dentro de la sociedad, dichas habilidades son un conjunto de experiencias que sentarán la base de su desempeño como adulto. Al respecto, Paín (1979) dice que “el sujeto que no aprende no realiza ninguna de las funciones sociales de la educación”.

Dicho de otra manera la importancia de la escuela en los niños, radica en el hecho de que ésta, además de la familia, es la institución encargada de ingresarlos a la sociedad. Es decir coloca al sujeto en el lugar que se espera que ocupe, con un rol social asignado que permita la conservación del sistema.

Los *niños que no aprenden* son considerados como niños con “*Necesidades Educativas Especiales*” (NEE) y son inscritos en una institución escolar especial en donde, de acuerdo con la Integración Educativa que actualmente rige nuestro sistema de educación, se pone a su alcance el programa básico de educación regular; esta postura cuenta con fundamentos filosóficos y principios básicos que se explican en el capítulo tercero.

De acuerdo con los lineamientos de la Integración Educativa, la Educación Especial no debe quedar marginada de los criterios globales de calidad educativa, por ello es necesario que la calidad del servicio educativo se mejore, pero ¿como lograr que un

niño con NEE tenga acceso a la educación regular si existe de por medio un daño neurológico?

Esta pregunta fue trabajada en el Centro de Atención Múltiple No. 1 “Dolores Freixa Batlle”, en donde una de las necesidades que se presenta es la de elaborar un diagnóstico de los niños que ahí se atienden con el fin de saber como ayudarlos de mejor manera, pues la Integración no sólo busca ser escolar, si no que por la naturaleza de la escuela como agente mediativo, se extienda a otras áreas como la familiar, social y laboral.

La decisión de centrarnos en el estudio de casos predominantemente de carácter cualitativo radica en el hecho de que este diseño se elige precisamente por que los investigadores están interesados en la intuición, el descubrimiento y la interpretación más que en la comprensión de hipótesis.

El método cualitativo del estudio de casos puede contemplarse en la actualidad desde diferentes perspectivas: como medio de formación de profesionales o estudiantes, como modalidad de investigación educativa y como instrumento de un sujeto o realidad única, con finalidad de diagnóstico, terapia y orientación.

El objetivo final del trabajo es exponer como una realidad concreta es la necesidad de conocer a los niños que se reciben en instituciones como el CAM y para poder lograrlo se realizó una valoración diagnóstica con un enfoque psicopedagógico, desde un punto de vista integral (esto es considerando aspectos cognitivos, pedagógicos, emocionales y sociales).

Por lo tanto esta investigación pretende exponer que el Psicodiagnóstico Educativo es una manera eficaz de realizar un primer acercamiento a la realidad particular del niño que se va a recibir, pues permite tener una base de partida para dirigir las metas de manera coherente con su entorno, de modo tal que el ámbito escolar y la Integración Educativa sea un medio por el cual logre tener acceso a una educación digna y de calidad; lo que se extenderá a su vida en general.

No conviene olvidar que Bassedas (1991) argumenta: que considerar que en el Diagnóstico Psicopedagógico no siempre es necesario esperar a obtener una información exhaustiva del caso para dar prescripciones, sin embargo como se ha explicado anteriormente este será el punto de partida para emitir sugerencias, planes para el futuro trabajo del niño, por lo cual en las conclusiones sugerimos un modelo de entrenamiento de acuerdo a las necesidades de Raúl.

Los niños que muestran Necesidades Educativas Especiales asociadas a una discapacidad, generalmente presentan a la vez disfunciones que son tratadas desde un punto de vista médico, por lo que no se puede dejar de explicar algunas situaciones de ésta índole (por ello es que al final se anexa un glosario con los términos utilizados), de hecho se dedica un capítulo a la epilepsia para entender como este padecimiento afecta la vida de Raúl.

Para poder abordar mejor el tema, el orden los capítulos es presentado de la siguiente manera: el capítulo primero es la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación, en el segundo capítulo se explica desde diversas ópticas el manejo del diagnóstico psicopedagógico, en el capítulo tercero se habla de la Discapacidad Intelectual, sus antecedentes, la clasificación y algunas características en el capítulo es una breve reseña de la educación especial en México y la filosofía que constituye la Integración Educativa; en el quinto se realiza una explicación desde un punto de vista médico de lo que es la epilepsia, su clasificación y tratamiento; el capítulo sexto es la presentación del caso Raúl y finalmente se presentan en el capítulo séptimo las conclusiones

## Capítulo 1. SOBRE LA METODOLOGÍA UTILIZADA.

### 1.1. Método.

A lo largo de la formación del estudio de las ciencias sociales, han existido dos posturas básicas que representan dos corrientes de investigación diferentes: cuantitativa y cualitativa.

Esto significa que existen múltiples modos globales de contemplar, conceptualizar y acceder a la realidad social, multiplicidad que afecta no solo a las posiciones ontológicas, metafóricas y epistemológicas, ni no también las técnicas empíricas; una investigación no necesita adecuarse a un protocolo de investigación para ser científica, como se utiliza en las ciencias físico-naturales por medio del denominado método científico, ni de ser desarrolladas mediante un modelo experimental estadístico y con variables establecidas de antemano. Lo que se requiere es respetar la naturaleza de los fenómenos y contar con un plan metodológico que permita acceder a ellos. (Zapata, 2005)

Por ello es que la realización de esta investigación fue hecha como un **Estudio de Caso**, que es un método cualitativo, en donde las **técnicas de recolección de datos son las propias de esta postura como son la observación y la entrevista; pero también se utilizaron algunas técnicas (instrumentos) de corte cuantitativo**, como lo fue la prueba de Inteligencia De WISC-RM de la escala de David Wescheler, entre otras.

Según Pérez (1994) “la lógica de este tipo de investigación deriva de una visión global, su objetivo básico es comprender el *significado de una experiencia*, lo cual indica que no se niega la presencia de datos cuantitativos en un estudio de caso.”

El método cualitativo del estudio de casos puede contemplarse en la actualidad desde diferentes perspectivas: como medio de formación de profesionales o estudiantes,

como modalidad de investigación educativa y como instrumento de un sujeto o realidad única, con finalidad de diagnóstico, terapia y orientación.

Por otro lado existe la dificultad e incluso imposibilidad de aplicar diseños experimentales en educación especial, educación social y orientación. Los cambios que se han producido en la metodología han obligado a la utilización de todos los métodos de estudio a nuestro alcance: cuantitativos y cualitativos. De este modo se permite al estudio de caos la posibilidad de analizar los problemas psicológicos, sociales o de cualquier otro tipo, tal y como viven la realidad los profesores, los alumnos y la propia dinámica de participación de los padres y de la comunidad. (Pérez 1994)

También cita el documento del *Centro Nacional de recursos para la Educación Especial*, ubicado en España: “*Si se quiere penetrar en la profundidad y descubrir la complejidad de los procesos educativos y sus relaciones, la investigación cualitativa puede ser el medio de conseguirlo*”. (Pérez 1994)

## **1.2. Planteamiento del problema y objetivos.**

Para conocer cuales son las causas que originan que un niño no desarrolle las habilidades motrices finas y gruesas, los contenidos matemáticos, las habilidades sociales, urbanidad, autosuficiencia, por mencionar algunos y los conocimientos del medio que comúnmente se conocen como aprender, es necesario elaborar un diagnóstico Psicopedagógico, y es tal, por que no podemos dejar fuera el lado escolar, pues fue en el Centro de Atención Múltiple # 1 donde se realizó el trabajo.

Según Paín (1979) “el proceso de aprendizaje se inscribe en la dinámica de la transmisión de la cultura, que constituye la definición más amplia de la palabra *educación*”. Ella hace una clasificación de las funciones de ésta, que para los fines de este trabajo se pueden resumir en dos:

1. Producción en cada individuo de lo normativo de la actividad humana: en otras palabras equivale a la civilización de cada individuo, incluyendo la función represora, para que el sujeto pueda reconocer que una sociedad es la que rige como aparato educativo, pues es su tarea conservar y reproducir las limitaciones que el poder asigna a cada clase social.
2. Función socializante: Esto equivale al adiestramiento del uso de los utensilios, lenguaje, enseñar las modalidades básicas de las acciones comunes como comer, dormir, trabajar, etc.

Los *niños que no aprenden* son considerados como niños con “*Necesidades Educativas Especiales*” (NEE) y son inscritos en una institución escolar especial en donde, de acuerdo con la Integración Educativa que actualmente rige nuestro sistema de educación, se pone a su alcance el programa básico de educación regular; esta postura cuenta con fundamentos filosóficos y principios básicos que se explican en el capítulo tercero.

El concepto de NEE forma parte de los supuestos básicos que definen al movimiento de integración educativa. Se adopta con objeto de disminuir los efectos nocivos de la etiquetación indiscriminada que ha privado en la educación especial. Al asumir que cada niño, independientemente de su discapacidad, tiene una necesidad particular de educación, se atiende a la persona y no a la etiqueta (discapacidad intelectual, problemas de aprendizaje, etcétera), pero a pesar de ello con fines técnicos es necesario tener una base de la cual partir para la adecuada atención de estos niños.

De acuerdo con los lineamientos de la Integración Educativa, la Educación Especial no debe quedar marginada de los criterios globales de calidad educativa, por ello es necesario que la calidad de el servicio educativo se mejore, pero ¿cómo lograr que un niño con NEE tenga acceso a la educación regular si existe de por medio un daño neurológico?

Los niños que ahí se atienden tienen Necesidades Educativas Especiales asociadas a una discapacidad, y aunque existe mucha polémica respecto a la definición de este

concepto, entendemos que estas son representadas por personas con capacidades diferentes y/o dificultades para el aprendizaje, en muchas ocasiones estas capacidades son regidas por algún daño neurológico y por lo tanto van acompañadas de crisis convulsivas; siendo estas últimas un factor que potencializa el deterioro del funcionamiento del cerebro.

Las escuelas de Educación Especial son lugares en los que se busca encontrar técnicas y herramientas con las cuales sea posible integrar a los niños que tienen un ritmo de aprendizaje diferente debido a sus discapacidades, cualquiera que estas sean; y poder proporcionarles acceso al currículo de educación básica que rige actualmente nuestro país.

Además de que gracias las reformas que ha sufrido la práctica educativa en México, se genera la Integración Educativa; ésta busca que los alumnos con NEE se encuentren entre niños de su misma edad, lo que facilita que desarrollen una “vida normal” pues la Integración no sólo busca ser escolar, si no que por la naturaleza de la escuela como agente mediativo, se extienda a otras áreas como la familiar, social y laboral.

Para poder saber cuales son las causas que originan que un niño tenga problemas adaptativos en el aprendizaje, es necesario un análisis detallado de los factores que intervienen en el proceso escolar, tomando en cuenta el marco social, ya que es en la escuela donde el niño vive el proceso enseñanza-aprendizaje.

Cuando se presenta un caso con las características ya mencionadas, es necesario hacer una evaluación adecuada del niño a través de un diagnóstico psicopedagógico, con el fin de saber cual es el grado de discapacidad intelectual en el que se encuentra y más aun si esta inscrito en una escuela especial como este caso.

Una vez que se tiene una base de partida: el diagnóstico psicopedagógico, se podrá ubicar al alumno en alguna categoría de acuerdo con sus capacidades, por ejemplo, las características que definen una persona con discapacidad intelectual educable son que logran los niveles mínimos requeridos para finalizar la escuela primaria, contando con auxilios específicos y adaptaciones curriculares. O bien la discapacidad intelectual

entrenable que corresponde a personas que lograran aprender a leer y escribir de manera comprensiva a la vez que adquirirán operatoriamente los números; aunque será necesario apoyos especializados como adaptaciones curriculares significativas.

Todo esto con el fin de proporcionar información valiosa que ayude a la maestra y a la familia para poder forjar una educación, no solo académica, para que el niño que es estudiado en este caso pueda aspirar a una mejor calidad de vida.

Por lo tanto el presente trabajo es desde un estudio de caso una propuesta para mejorar la manera en que se aborda el problema de la valoración de niños especiales que se reciben en instituciones dedicadas a ello, pues consideramos que siendo el Psicodiagnóstico el punto de partida del trabajo a realizar en el marco de la escuela, es necesario que éste sea convertido en una herramienta flexible que permita de manera veraz y eficiente conocer cuál es la situación del niño.

Para poder abordar el tema antes descrito se utilizó el método del estudio de caso; que hace referencia al paradigma  $n=1$ , trata de tomar a un individuo sujeto único o unidad social como universo de investigación y observación. Este estudio se puede realizar, en ocasiones, considerando al sujeto en un momento concreto y empleando las más diversas técnicas (método clínico), o bien al observar de un modo sistemático y continuo la conducta individual en un periodo de tiempo. (López 1994)

Por lo tanto esta investigación pretende exponer que el Psicodiagnóstico Educativo es una manera eficaz de realizar un primer acercamiento a la realidad particular del niño que se va a recibir, pues permite tener una base de partida para dirigir las metas de manera coherente con su entorno, de manera tal que el ámbito escolar y la Integración Educativa sea un medio por el cual logre tener acceso a una educación digna y de calidad; lo que se extenderá a su vida en general.

Por lo cual el **objetivo general** de este trabajo es:

- Exponer la importancia de la realización del diagnóstico psicopedagógico a los niños que están o serán inscritos en un Centro de Atención Múltiple.

Para poder llevar a cabo dicho objetivo, el desarrollo de esta investigación se basa en el cumplimiento de los **objetivos específicos**:

- Diagnosticar al sujeto a través de una batería de pruebas, con el fin de obtener una impresión diagnóstica.
- Observar al niño en el medio escolar como es el salón de clases y el recreo.
- Detectar los factores familiares que influyen emocionalmente en el desenvolvimiento del niño en la escuela.
- Proponer, de acuerdo con el resultado del diagnóstico un modelo de entrenamiento básico para desarrollar en el niño habilidades que faciliten su acceso a la curricula básica.

### **1.3. Ejes de análisis.**

Por lo anterior, la pregunta de este estudio de caso es: **¿Cuál es la importancia de realizar un diagnóstico psicopedagógico a los niños que están o serán inscritos en un Centro de Atención Múltiple?**, pues consideramos como hipótesis que: Mientras que el niño no sea valorado con un Diagnóstico Psicopedagógico, no será posible potencializar sus habilidades, para poder facilitar su inserción a la curricula regular debido a que no se tiene un punto de partida.

#### **Entendiendo por Psicodiagnóstico:**

Bassedas (1991) dice que “se entiende al diagnóstico psicopedagógico como un proceso en el que se analiza la situación del alumno con dificultades en el marco del aula y la escuela, a fin de proporcionar a los maestros orientaciones e instrumentos que permitan modificar el conflicto manifestado.”

#### **Entendiendo por Centro de Atención Múltiple:**

“Institución educativa que ofrece educación básica para alumnos que presenten necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad”, y se le establecieron los siguientes propósitos:

- Proporcionar educación básica a los alumnos con o sin discapacidad que presentan necesidades educativas especiales realizando las adecuaciones pertinentes para lograr el acceso curricular.
- Propiciar el desarrollo integral de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales para favorecer su integración escolar, laboral y social conforme a sus requerimientos, características e intereses.
- Orientar a los padres de familia de la comunidad educativa acerca de los apoyos que requieren los alumnos con necesidades educativas especiales para propiciar su integración social y laboral.

Cuadro explicativo de los ejes analíticos:

<b>Concepto</b>	<b>Objeto</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Subdimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
La importancia del Psicodiagnóstico	Diagnóstico	Pruebas psicológicas.	Personalidad, C.I, maduración,	Déficits emocionales
		Pruebas neurológicas	Elementos dados por el neurólogo.	Déficits físicos (motores, de coordinación)
		Pruebas cognitivas	Inventario de habilidades básicas	Déficits escolares

#### **1.4. Tipo de investigación.**

El presente trabajo constituye un Estudio de caso ya que se realiza una valoración de un caso único, es además una investigación de tipo exploratorio, descriptivo transversal

y enriquecido con datos previos a la investigación como son valoraciones neurológicas, psicológicas y pedagógicas. (Todos estos presentados en los anexos)

El estudio de caso, como modalidad de investigación está encaminado no solo a la solución de problemas de aprendizaje y orientación escolar, si no también a la formación de profesionales y probablemente a la búsqueda de un mayor conocimiento de la personalidad humana.

Como ya se mencionó antes, se utilizaron diversas técnicas de aproximación al sujeto, pues esto permite observar desde diferentes puntos lo que compone a Raúl.

El propósito de tal observación consiste en probar de modo profundo y analizar el fenómeno, que constituye el ciclo vital de la unidad, con el fin de establecer generalizaciones acerca de una población más amplia a la que pertenece el particular observado (Pérez, 1994).

Para poder explicar el estudio de caso, es necesario primero establecer una breve exposición de lo que constituye este método; Pérez (1994) en el libro "Investigación cualitativa. Retos e interrogantes", presenta una serie de definiciones de diversos autores algunas de ellas, las que consideramos más relevantes al caso son expuestas a continuación.

- *Diccionario de las Ciencias de la Educación*: considera este método en una doble vertiente por un lado, para el aprendizaje de la toma de decisiones y, por el otro, como una modalidad de investigación.
- *Hegarty y Evans*: sobre metodología en educación especial, se identifica prácticamente el estudio de casos con la investigación cualitativa.
- *Yin*: El estudio de casos es un diseño particularmente adecuado en las situaciones en donde es imposible separar las variables del fenómeno en su contexto.

- *Becker*: Llegar a un entendimiento comprensivo de los grupos objeto de estudio y desarrollar afirmaciones teóricas generales sobre las regularidades en la estructura y en el proceso social.

Por lo anterior se puede definir el estudio de casos como una metodología de análisis grupal cuyo aspecto cualitativo nos permite extraer conclusiones de fenómenos reales o simulados en una línea formativa-experimental.

Este método surgió en los Estados Unidos pero los autores no se ponen de acuerdo en cuanto a la fecha; no obstante parece que el uso del método presenta una larga tradición en la educación.

La metodología del estudio de casos se proyecta en la línea de la investigación educativa, principalmente al originarse procesos de evaluación de determinados proyectos curriculares o innovadores, organización y clima social del aula y/o pensamiento del profesor, del administrador, de la educación o del propio alumno (Pérez, 1994).

El estudio de casos puede definirse como una descripción intensiva, holística y un análisis de una entidad singular, un fenómeno o unidad social. Los estudios de casos son particularistas, descriptivos y heurísticos y se basan en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes de datos.

El estudio de casos puede considerarse como una de las modalidades de investigación educativa que se ha aplicado con éxito en diversas ciencias. De acuerdo con López (1994) hace referencia al paradigma  $n=1$ , trata de tomar a un individuo sujeto único o unidad social como universo de investigación y observación. Este estudio se puede realizar, en ocasiones, considerando al sujeto en un momento concreto y empleando las más diversas técnicas (método clínico), o bien al observar de un modo sistemático y continuo la conducta individual en un periodo de tiempo.

Todo hecho humano está sometido a leyes, en vez de buscar casos conforme a las leyes, se debe tomar en cuenta, simplemente casos particulares. La validez y el

carácter probativo que tiene un caso, depende de su realidad, de su autenticidad y no de su frecuencia o de su representatividad con respecto a un promedio estadístico.

Lo esencial es analizar una situación auténtica en su complejidad real y el progreso en psicología consiste en lograr cada vez más esta gimnasia sutil que permite ver el juego de las interrelaciones, describirlas, formularlas y comprenderlas sin salir de lo concreto.

Según Pérez (1994) un estudio de caso es una situación concreta que para que sea auténtica y quede representada en su totalidad (sin amputaciones ni artificios), se basa en los fundamentos del método del caso:

- a) El análisis de un caso concreto auténtico, aun en su singularidad, es un camino seguro hacia las leyes generales del dominio considerado.
- b) Comprender aquí, no es buscar causas profundas, escondidas en los bajos sótanos del inconsciente o veladas entre las brumas del pasado; simplemente es poner en relación los datos actuales de una situación, captar su configuración y evolución.
- c) Conceptualización es algo pedagógicamente esencial, después del análisis de un caso. Significa que los participantes deben formular expresamente las ideas generales o los conceptos claves que resultan del estudio del caso.

## **1.5. Instrumentos y su aplicación.**

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó el modelo funcional (Molina, 1999) pues consiste en el análisis de los síntomas más relevantes que aquejan al sujeto en función de los objetivos que se persiga y del contexto en el que está inmersa la persona a diagnosticar.

Puede decirse que es principalmente descriptivo, aunque no tiene por que serlo exclusivamente, ya que también debe comprender una evaluación de acuerdo con el o los criterios referenciales de los que se parta.

Este tipo de diagnóstico debe ser realizado en situaciones lo más naturales y ecológicas posibles, con el fin de que los síntomas detectados respondan a las exigencias reales de los contextos en que la persona está ubicada. Es decir si se trata de problemas de aprendizaje escolar, el diagnóstico funcional debe hacerse cuando el niño está resolviendo las tareas escolares, en la propia aula y/o en los momentos en que esta trabajando; valiéndose para ello de la observación y con el apoyo de un cuestionario estructurado, semi estructurado o libre.

### **1.5.1. Las técnicas.**

Para poder llevar a cabo el diagnóstico pertinente, se le aplicó a Raúl una batería de pruebas, en las que se incluye la prueba de Inteligencia De WISC-RM de la escala de David Wescheler, el Test Gestaltico visomotor de Lauretta Bender; la Prueba Proyectiva de la Figura Humana Karen Machover y finalmente el Inventario Básico de Habilidades.

Fueron escogidas estas pruebas debido a que con ellas se cubren los indicadores mencionados en el eje analítico mencionado anteriormente.

Debido a que el objeto de investigación de esta Tesis es el diagnóstico en sí, la fundamentación necesaria de estas pruebas se encuentra en el capítulo primero.

### **1.5.2. La aplicación**

La aplicación de los instrumentos se realizó en dos partes:

1. Con Raúl, en la primera sesión se aplicó en la prueba de Inteligencia De WISC-RM de la escala de David Wescheler, sin embargo debido a situaciones de tiempo y de atención de Raúl no fue posible terminar y se terminó de aplicar en la segunda, en donde también se llevó a cabo la aplicación el Test Gestaltico visomotor de Lauretta Bender; en la tercera sesión se aplicó la Prueba Proyectiva de la Figura Humana Karen Machover. En un lapso de ocho semanas con cuatro sesiones se aplicó cada una de las áreas del Inventario Básico de Habilidades.

2. En cuanto a las entrevistas, en una primera sesión se entrevistó a la madre, sin embargo ante la resistencia, para complementar la información se realizaron tres entrevistas a la abuela. (las cuatro entrevistas se transcriben en el anexo 9)

<b>Sujeto</b>	<b>Primera sesión</b>	<b>Segunda sesión</b>	<b>Tercera sesión</b>	<b>Cuarta sesión</b>	<b>Quinta sesión</b>	<b>Sexta sesión</b>
Raúl	WISC-RM	WISC-RM BENDER	MACHOVER INVENTARIO DE H.B.	INVENTARIO DE H.B.	INVENTARIO DE H.B. Observación	INVENTARIO DE H.B.
Madre	ENTREVISTA					
Abuela		ENTREVISTA		ENTREVISTA		ENTREVISTA

## **Capítulo 2: CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO PSICO-PEDAGÓGICO.**

### **2.1. Definición.**

Para poder realizar el diagnóstico por principio de cuentas es necesario definir ¿Cuáles son los elementos que integran el diagnóstico?

Para Esquivel, Heredia y Lucio (1999) “el diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total.” Aún cuando de manera aislada se exploren los diferentes aspectos que conforman la personalidad, como son el rendimiento intelectual, desarrollo perceptual, funcionamiento y desarrollo emocional; es necesario comprender globalmente el padecimiento o desajuste por el que la persona es remitida

Según Molina (1999) “el diagnóstico tiene el auténtico sentido de proporcionar información para que posteriormente el tratamiento tenga una congruencia con la Necesidad real del alumno”.

Bassedas (1991) dice que “se entiende al diagnóstico psicopedagógico como un proceso en el que se analiza la situación del alumno con dificultades en el marco del aula y la escuela, a fin de proporcionar a los maestros orientaciones e instrumentos que permitan modificar el conflicto manifestado.”

En la misma línea de definición; otra noción implícita en el diagnóstico psicopedagógico es el análisis de las dificultades del alumno en el marco escolar.

El diagnóstico psicopedagógico es también un proceso de inferencia clínica mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos con estas técnicas, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del

desarrollo y personalidad; pueden ser funcionalistas, cognoscitivistas, gestálticas y psicoanalíticas. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1999).

En otros términos en el diagnóstico psicopedagógico la exploración de la problemática del alumno no recae únicamente en el psicólogo, si no que también se hace participe al maestro quien aporta una visión complementaria y fundamental.

Según Molina (1999), “una de las funciones del dx es que se promueva una intervención pluridisciplinar, ello implica la participación de profesores, psicólogos, terapeuta de lenguaje, trabajadoras sociales; sin dejar de fuera el marco institucional en el que se desarrolle la observación.”

De la misma forma Bassedas (1999) dice que “esta valoración debe ser de corte multidisciplinar, cuando habla de que intervienen como mínimo dos profesionales: en primer lugar el Psicólogo como especialista, pero también, el maestro que es quien conoce al alumno en situaciones cotidianas de aprendizaje.”

Otro elemento a destacar es que, es que el marco de la valoración diagnóstica radica en la escuela; ya que es el diagnóstico psicopedagógico intenta sentar las bases para poder modificar las manifestaciones de los conflictos que se expresan en el ámbito escolar. (Bassedas 1999 y Molina 1999),

Otros tipos de intervenciones dirigidas a mejorar aspectos de la personalidad del alumno, como pueden ser actuaciones con las familias o bien los tratamientos psicológicos, se entienden como un cierto soporte de la tarea educativa de la escuela.

También trata de conseguir comunicaciones funcionales y operativas entre dos sistemas fundamentales para el niño: la familia y la escuela.

Bassedas (1991) argumenta: que considerar que en el Diagnóstico psicopedagógico no siempre es necesario esperar a obtener una información exhaustiva del caso para dar prescripciones.

Teniendo en cuenta que la duración del curso es relativamente corta y que la naturaleza de las relaciones personales en la escuela es muy viva y dinámica, pueden encontrarse fácilmente puntos de anclaje para empezar a trabajar; a veces el psicólogo puede optar por detener el diagnóstico a partir del momento en que considere que la información obtenida y por tanto, las orientaciones que pueden ofrecer son susceptibles de producir cambios en relación a la demanda inicial. Posteriormente durante el curso irá complementado el conocimiento del problema con el seguimiento del caso.

No se debe olvidar que el diagnóstico es una hipótesis y puede irse modificando a lo largo de la intervención; por ejemplo se a un pequeño problema se le suma una madre que no admite la dificultad. (Paín 1979)

Ya que la intención es llegar a un diagnóstico que permita considerar una perspectiva de tratamiento que pueda liberar al niño de sus síntomas sin estigmatizarlo aun más. (Bassedas, 1999)

## **2.2. Tipos de diagnóstico**

Molina (1999) hace una distinción entre los tipos de diagnóstico que hay; para empezar utiliza un primer criterio: profesional, en este se habla de un diagnóstico médico, psicológico y pedagógico todos necesarios y complementarios entre sí.

En una segunda clasificación emplea un criterio basado en los objetivos específicos que se pretendan lograr con el diagnóstico, siendo siempre el objetivo general la obtención de datos fiables que faciliten el tratamiento:

**Funcional:** es el análisis de los síntomas más relevantes que aquejan al sujeto en función de los objetivos que se persiga y del contexto en el que está inmersa la persona a diagnosticar.

Puede decirse que es principalmente descriptivo, aunque no tiene por que serlo exclusivamente, ya que también debe comprender una evaluación de acuerdo con el o los criterios referenciales de los que se parta.

Este tipo de diagnóstico debe ser realizado en situaciones lo más naturales y ecológicas posibles, con el fin de que los síntomas detectados respondan a las exigencias reales de los contextos en que la persona está ubicada. Es decir si se trata de problemas de aprendizaje escolar, el diagnóstico funcional debe hacerse cuando el niño está resolviendo las tareas escolares, en la propia aula y/o en los momentos en que esta trabajando; valiéndose para ello de la observación y con el apoyo de un cuestionario estructurado, semi estructurado o libre.

Este modelo, consideramos que es el más adecuado para utilizar en una escuela de educación especial, pues permite aprovechar la espontaneidad, ya que la valoración no se hace en un medio controlado.

**General:** La finalidad fundamental es llegar a saber el grado de retraso o deficiencia que el sujeto posee y el tipo de síndrome o deficiencia en que podría encuadrarse la persona diagnóstico; suele ser un diagnóstico cuantitativo y muy útil para la toma de decisiones administrativas.

Como en la explicación se menciona este modelo sirve para poder clasificar de manera rápida de los alumnos, aunque considerando la postura de la “Integración Educativa” no parece concordar con el hecho de etiquetar a los alumnos, parece que se tratará de catalogar que tipo de discapacidades hay en la escuela, con fines estadísticos, lo que no es precisamente lo que se busca con esta investigación.

**Diferencial:** La finalidad de esta modalidad es el conocimiento de los defectos específicos que posee la persona en cada una de áreas analizadas: funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y lingüísticas, desarrollo de la personalidad, etc.

Es un diagnóstico más interpretativo que descriptivo lo que conlleva a que las personas que lo ejecutan sean profesionales.

Aunque este modelo sería interesante para los fines que se persiguen, también buscamos demostrar que la aplicación del Diagnóstico no debe detenerse por falta de personal o convertirse en algo engorroso.

### **Tres modelos de evaluación según Molina:**

El autor describe tres modelos de evaluación diagnóstica para abordar la Discapacidad intelectual:

**Modelo psicométrico:** Es un enfoque evaluativo que pretende la descripción y clasificación del comportamiento del niño e incluso la predicción de su situación en determinados ámbitos a partir de las características cognitivas, medidas a través de los tests.

Se desarrollo a partir de la publicación de la Escala para medir la Inteligencia (E.M.I) elaborada por Binet y Simon en 1905, la escala tenía una doble función descriptiva y predictiva. La rigidez con que posteriormente se utilizó la escala se contradice con el propio carácter de los autores.

La no adaptación a la escuela sería interpretada desde los déficits cognitivos, influyendo en el proceso de elaboración y estandarización de los tests de inteligencia posteriores.

La escala de Binet y Simon proporcionaba un índice numérico: la Edad mental, que permitía establecer diferencias entre el propio grupo de retrasados y/o normales; una diferencia de 2 años entre la Edad Mental y la Edad Cronológica era considerada como retraso.

Las respuestas de los sujetos en los tests se consideran como una manifestación de dicha estructura, es decir como signos de esos factores o rasgos, produciéndose un proceso de influencia en la interpretación de los datos. Se podría decir por lo tanto que bajo el amparo de este punto de vista la inteligencia es genética casi de manera exclusiva.

Esta herramienta es útil para situar a los sujetos en su grupo, por que la ejecución de un test de inteligencia siempre será el medio más objetivo a la hora de clasificar o seleccionar a los alumnos. En los aspectos predictivos se considera que solo es una información parcial que debe complementarse con otras fuentes.

Calero plantea como una alternativa a la evaluación psicométrica tradicional las escalas de desarrollo. Estas se basan en el supuesto de que la inteligencia se desarrolla según una secuencia fija de etapas, cuyo nivel final está determinado sólo por aspectos biológicos y madurativos, que determinan la aparición de ciertas funciones cognitivas.

**Análisis funcional de la conducta:** este enfoque de evaluación se centra en la identificación y análisis de conductas-problema con vistas a su posterior modificación.

El análisis se centra en las variables externas e internas que mantienen o controlan la conducta, así como en otras variables que pueden utilizarse en el tratamiento.

La inteligencia no es considerada como un conjunto de estructuras latentes estáticas, sino como un repertorio de conductas cognitivas, que a su vez pueden mediar en la aparición de otros comportamientos cognitivos del niño; es decir, pueden ser variables dependientes e independientes y en cuanto variables dependientes pueden ser modificadas por el ambiente.

El comportamiento que un individuo manifiesta ante un ítem será tan solo una muestra de su ejecución, que deberá contrastarse con otras situaciones materiales o tareas. Es, por tanto, una evaluación directa de conductas observables. El análisis de los repertorios conductuales se hará más de forma molecular que molar.

**Modelo dinámico o interactivo:** Este modelo tiene muchos aspectos en común con el enfoque anterior. Se trata de una evaluación dinámica, centrada en la modificabilidad de los procesos cognitivos y en la estrecha relación entre el proceso de evaluación o intervención, aunque hace especial énfasis en detectar en que ha fallado el desarrollo normal. En este sentido es un enfoque mucho más global que el anterior.

Desde una perspectiva histórica, puede considerarse a Vigotsky como el creador de este enfoque. Sin embargo, cuando se realiza un análisis de la bibliografía al respecto se evidencia una clara disfunción entre el gran desarrollo y profundización que se ha hecho de las teorías elaboradas por Vigotsky y los escasos modelos y pruebas que han sido contruidos para evaluar la capacidad cognitiva partiendo del constructo denominado “potencial de aprendizaje”.

### **2.3. Elementos que debe contener el diagnóstico psicopedagógico.**

Para poder realizar un diagnóstico psicopedagógico completo y eficiente es necesaria la recopilación de información relevante; Paín (1979) describe cuales son los elementos básicos que debe contener un diagnóstico, para comenzar se trabaja con los datos que se obtiene en la entrevista:

1. Historia de vida: Se preguntará de posibles antecedentes genéticos, sobre la educación del control de esfínteres, etc. Nos proveerá de una serie de datos relativamente objetivos vinculados a las condiciones actuales del problema, al mismo tiempo detectar que grado de vinculación tiene con la madre.
  - a. Antecedentes prenatales: Se refieren a las condiciones de la gestación y a las expectativas de la pareja y de la familia. Es necesario consignar si la alimentación y el cuidado de la madre cuando estaba embarazada, de manera tal, para saber si sentía protegida material y afectivamente. La ocurrencia de enfermedades durante el embarazo y datos genéticos y hereditarios si el caso lo justifica.
  - b. Antecedentes peri natales: tienen que ver con todas las circunstancias del parto, particularmente aquellas que puedan hacer sospechar de sufrimiento fetal, placenta previa, hipoxia, anoxia, postergación de la cesárea, incompatibilidad del Rh.

- c. Antecedentes neonatales: Se refieren a la adaptación del recién nacido a las exigencias de la supervivencia, y sus pautas con un primer llanto fuerte seguido de un sueño tranquilo, luego, la presencia de llanto como demanda con consuelo a la succión y finalmente, la alimentación suficiente con aumento de peso y suficiente descanso del niño y los padres.
2. Enfermedades: En primer lugar interesan las enfermedades y los traumatismos ligados directamente a la actividad nerviosa superior.

Los estados que denotan pérdida de conocimiento, sonambulismo, espasmos o convulsiones, terrores nocturnos, distracciones descritas como lagunas, pueden suponer epilepsia en todas sus variantes, mientras que los estados en los cuales ha habido rigidez con o sin secuela de estrabismo y trastornos en la locomoción pueden atribuirse a procesos encefalopáticos.

3. Desarrollo: Interesa establecer si las adquisiciones fueron hechos por el niño en el momento que se esperaba o si, por el contrario, se dio precocidad o retardo en las mismas. Las pautas en las cuales la memoria de los padres es más fiel son las siguientes:
  - a. Desarrollo motor: A que edad el niño comenzó a caminar independientemente y las circunstancias que rodearon este hecho (gateo previo, recaudos para que no peligrara, disponibilidad de espacio).
  - b. Desarrollo del lenguaje: A que edad el niño comenzó a hablar, es decir designar un objeto ausente, como, por ejemplo pedir agua y que palabras pronunciaba con dificultad.
  - c. Desarrollo de hábitos: A que edad el niño comenzó a pedir para solucionar su necesidad de evacuación y desde que edad se desenvuelve solo en este aspecto. También interesan otros aspectos como la alimentación, sueño y calle.

4. Aprendizaje: Tratándose del diagnóstico de los problemas de aprendizaje privilegiaremos en la historia vital aquellos aspectos que constituyen antecedentes de la construcción de esa función son las siguientes:

Modalidad del proceso asimilativo-acomodativo: Los problemas de aprendizaje están ligados frecuentemente a perturbaciones precoces que determinaron ya sea la inhibición de los procesos, ya sea el predominio de uno de los momentos sobre otro, impidiendo la integración que posibilita el aprendizaje.

Para indagar la modalidad particular en la que se dieron los procesos asimilativos en el sujeto, podemos elegir situaciones ejemplares como la lactancia, el pasaje a la comida semisólida, el manejo de la cuchara, etc.

Para indagar, respectivamente, por los aspectos ligados a la acomodación, elegimos la situación de control de esfínteres, es decir, interrogamos a la madre acerca de los recursos adoptados para conseguir que el niño demandara que se prestara atención a sus necesidades de evacuación en la vida diurna.

## **2.4. Valoración psicológica de la discapacidad intelectual basada en pruebas y otras técnicas.**

Para poder obtener esta información es necesaria la aplicación de una batería de pruebas que permita la valoración completa del caso; de acuerdo con Solomon y Match (1976), los niños levemente deficientes son identificados a menudo cuando la ejecución escolar defectuosa los lleva a las pruebas de inteligencia.

Por lo tanto el trabajo del psicólogo es valorar la cualidad de los procesos de pensamiento, habilidades y flaquezas específicas, avances a la resolución de problemas y la presencia de deficiencias perceptivas y motoras. En el cuadro 1 se muestra una tabla de características que componen las diferentes pruebas en donde se describe cual es el valor predictivo y su uso para el diagnóstico diferencial.

<b>Prueba</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentarios</b>
<i>Escala de inteligencia Infantil</i> <b>Catell</b>	Principalmente una prueba de desarrollo neuromuscular. Empleada hasta los 30 meses de edad.	De poco valor predictivo para la inteligencia posterior. Buena descripción del funcionamiento actual. Detecta retraso mental y daño encefálico.
<i>Cronología de desarrollo de</i> <b>Gesell</b>	Escala basada en observaciones de conducta. Mide el desarrollo desde las 4 semanas hasta los 6 años	Pobre valor predictivo. Buena medida de funcionamiento actual. Detecta el retraso del desarrollo.
<i>Escala de la prueba social de</i> <b>Vineland</b>	Programación de entrevistas individuales enfocadas a determinar la tasa del desarrollo. Cubre desde el nacimiento hasta la madurez.	Más fácil de dar y de calificar que la de Gesell, pero basada en los reportes de la madre en vez de las observaciones del examinador. Proporciona un cuadro valioso del funcionamiento social actual.
Escala de inteligencia de <b>Stranford-Binet</b>	Usada desde los 2 años en adelante. Consta de varios incisos de prueba arreglados en orden de dificultad. Se da individualmente.	Prueba de inteligencia confiable. Recalca las pruebas verbales en los grupos de mayor edad. Correlaciona bien con la ejecución escolar. Debido a que hace hincapié en el lenguaje es afectada por factores culturales y por la afasia.
Escala <b>Weschler</b> de inteligencia para niños	Prueba de inteligencia individual para edades de 5- 16 años. Consta de 6 subpruebas verbales y de 6 no verbales. Da un C.I verbal y de ejecución.	El análisis de las subpruebas permite determinar las áreas de destreza y de torpeza. Pruebas de ejecución son menos afectada por 5 factores culturales y no se basan tanto en habilidades del lenguaje intacto como la de Binet.
Prueba de Bender <b>Gestalt</b>	El paciente copia 8 figuras geométricas. Usada desde los 3 años en adelante	Usada para el diagnóstico diferencial del daño encefálico. Usada también para valorar el desarrollo perceptivo-motor en niños. Se correlacionan muy bien con la habilidad para leer
<b>Prueba Illinois</b> de habilidad psicolinguística	Una prueba de las funciones de lenguaje expresivo receptivo y central. Prueba las respuesta auditivas, vocales y motoras solas y en combinación	Proporciona un perfil del desarrollo del lenguaje del niño. Útil en casos de inmadurez del lenguaje. Muchas de las habilidades lingüísticas medidas son empleadas en los salones de clase, los resultados pueden ser útiles en relación al avance en la enseñanza
Prueba de vocabulario-fotografía de <b>Peabody</b>	Una serie de fotografías que ilustra el significado de las palabras. Al paciente se le pide que señale la fotografía que muestra el significado de la palabra dada oralmente por el examinador	Útil para determinar las funciones del lenguaje central y de la inteligencia en individuo con trastornos expresivos del lenguaje

Cuadro 1. Características de las pruebas para el diagnóstico del discapacitado intelectual.

Existen otras pruebas que miden habilidades específicas tales como el desarrollo del lenguaje y de habilidades motoras el tipo de prueba elegida variara con el problema y la edad del niño.

Esquivel (et.al 1999) menciona al respecto que otra técnica a la que puede recurrirse es al uso de listas de verificación acerca de aspectos del comportamiento, esta es una herramienta muy útil que ayuda a sistematizar la información, particularmente en casos especiales; ya que en este tipo de listas se incluyen las conductas con los compañeros, en el salón de clases, en relación con la limpieza, hábitos de autocuidado, etc.

Un ejemplo puede ser el “Inventario de Habilidades Básicas” propuesto por Macotella y Romay (2001), en el cual se dice que la evaluación representa el primer paso para la habilitación del niño con necesidades especiales.

Por medio de la evaluación o valoración se determina la naturaleza o magnitud de una incapacidad determinada, de manera que se tomen las medidas apropiadas para la intervención y la prevención. (Falle y Mc Gover, 1978).

De acuerdo con Harina y Brown (1976) la evaluación como proceso permite al especialista conocer destrezas y habilidades, así como los patrones conductuales de una persona. Como herramienta la evaluación le indica al especialista donde empezar. Utilizada con habilidad la evaluación define metas educacionales para un grupo en particular y los objetivos instruccionales para un estudiante determinado.

En este orden de ideas, un instrumento que evalúe habilidades y destrezas específicas y que determine cuales son las que el individuo posee y cuales no, permite establecer de manera directa e inmediata las bases para elaborar un programa instruccional.

Las habilidades que el niño no posee, de acuerdo con la evaluación se convierten en objetivos instruccionales. El dato de las habilidades y destrezas que el niño ya posee es el punto de partida para crear repertorios más complejos dentro de una secuencia instruccional. Una estrategia de esta naturaleza vincula a la evaluación con la intervención educativa.

El Inventario Básico de Habilidades fue desarrollado con el objeto de ofrecer una herramienta de utilidad múltiple a los profesionales que trabajan con niños con retardo en el desarrollo.

El objetivo general de este instrumento consiste en vincular el diagnóstico con el tratamiento de problemas asociados al retardo y determinar habilidades que el niño posee y habilidades de las que carece.

El Inventario Básico de Habilidades tiene tres objetivos particulares:

1. Establecer las bases para la subsecuente programación educativa utilizando el contenido para derivar objetivos, procedimientos y actividades dentro de un programa instruccional.
2. Ofrecer una estrategia de agrupamiento de sujetos con base en la similitud entre repertorios en contra posición a las estrategias tradicionales de agrupamiento por edad, C.I., o etiquetas.
3. Servir como modelo de trabajo que puede ser adaptado según las condiciones y facilidades tanto de instituciones como de gabinetes o consultorios.

Entre las otras técnicas de recolección de datos de corte cualitativo se encuentra la Observación y de acuerdo con Zapata (2005), esta requiere de las siguientes características:

- La observación directa y de primera mano de los procesos que se estudian, es cercana y detallada en los hechos, se observa la situación local y específica tratando de encontrar patrones en los procesos.

- Tiene importancia crucial en la observación de casos concretos y en el análisis de la conducta de los sujetos en las actividades normales que ellos desarrollan.
- Se trata de comprender los significados y los contextos de las interacciones sociales en que los actos de los sujetos resultan relevantes.

También la define como: *“observar es el proceso de percibir y captar sistemáticamente y detenidamente el fenómeno que nos interesa estudiar en su proceso natural, sin manipularlo ni modificarlo, tal como ocurre en la vida cotidiana.”*

Cabe aclarar que la diferencia entre la observación espontánea y la científica radica en que esta última tiene como características la intencionalidad, sistematicidad y control, para ello se pueden utilizar recursos técnicos como filmación, grabación, etc.

Zapata (2005) menciona a la observación participante como una de las variantes de la observación y explica que su diseño es flexible y los observadores concurren con una visión teórica que les indica que buscar y donde y que la mayor parte de los observadores participante entran al campo sin hipótesis o preconceptos específicos.

Es importante mencionar que se debe considerar que un existe una lectura pura de la realidad: por tanto toda observación está cargada de teoría o experiencia del sujeto observador, es importante por lo tanto buscar el punto de vista del observado, por que resulta esencial conocer el mundo conceptual en que vive el sujeto.

Otra prueba que puede ser utilizada es el Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender, pues sirve para conocer el patrón de desarrollo, la maduración de cada individuo y el estado patológico funcional u orgánicamente inducido.

El test de Bender consiste en nueve Figuras que son presentadas una por vez para ser copiadas por el sujeto en una hoja en blanco; Bender señala que la percepción y la

reproducción de las figuras está determinado por principios biológicos de acción sensorio motriz que varían en función del patrón de desarrollo y el nivel de maduración de cada individuo y su estado patológico funcional u orgánicamente inducido. (Koppitz, 1984)

La validez de esta prueba fue obtenida al correlacionarlo con varias pruebas como: la escala de Randall, la prueba de Goodenough y la escala de Pitner-Patterson. Los resultados fueron muy satisfactorios en la actualidad se siguen realizando estudios en los que se compara los resultados del Bender con otras pruebas como el WISC, el ITPA y el Kauffman, entre otras, obteniéndose correlaciones significativas. (Koppitz, 1984)

La evaluación del Bender puede llevarse a cabo de dos maneras una cualitativa y otra cuantitativa. En la primera se analiza los detalles y se estima la producción total; se observan las características de la reproducción, que determinantes se presentan y con base en ellos se establece el diagnóstico.

En este caso como método cuantitativo se usa la escala de Koppitz, ya que su confiabilidad y validez son muy altas, y es utilizada en el rango de edad de 4 a 11 años. (Rappaport 1992)

El test de Bender es muy apropiado para una interpretación múltiple de diferentes dimensiones de la personalidad, es posible evaluar su madurez perceptual, posible deterioro neurológico, ajuste emocional en base a un solo protocolo. Los métodos de puntaje que se utilizan en la escala de Koppitz son aplicables a todos los niños entre 5 y 10 años cualquiera que sea su inteligencia o el tipo de problemas que presenta. (Koppitz, 1984)

## **2.5. La Entrevista.**

Otro instrumento para recabar información que sea útil para la elaboración del diagnóstico es la entrevista. Esta según Méndez (1998) se entiende como una conversación entre un entrevistador y un entrevistado que proporciona determinada información.

Zapata (2005) la explica como una técnica para recolectar datos, estrictamente es una conversación durante cual se formulan preguntas y se reciben respuestas, es un recurso muy útil de la investigación cualitativa. La entrevista cubre un espectro que puede ir de la plática totalmente libre a la interrogación estructurada y codificada pero siempre se debe contar con un esquema o guía

Como lo explica Esquivel (et.al 1999) cuando se utiliza una entrevista en psicología clínica es con la finalidad de “comprender” a un individuo o un grupo de individuos (una familia por ejemplo), o para que ellos mismos puedan “comprenderse”. La comprensión buscada puede ser a diferentes niveles: de diagnóstico, de investigación, para un tratamiento psicoterapéutico y algunos otros.

### **1.5.1. Clasificación de la entrevista.**

Sin embargo no se puede dejar en el olvido el hecho de que es necesario adecuar la entrevista a los objetivos que se persiguen, así como a las necesidades de las instituciones y las personas. Las entrevistas pueden cambiar dependiendo del tipo de pacientes, de los tratamientos que se ofrecen o de la edad de los sujetos.

Molina (1999) afirma que la entrevista es una situación psicosocial compleja cuyas diferentes funciones, se disocian en lo profesional, además de ello menciona una clasificación de las entrevistas:

- a) Entrevista de investigación: Se trata de recoger información acerca de un estado de las cosas, siendo luego sometidos los datos a un procesamiento que no tiene repercusión directa sobre el entrevistado.

b) Entrevista de intervención: Llamadas también *entrevistas diagnósticas*, se realizan cuando no se busca primariamente producir cambios más o menos duraderos en la conducta del entrevistado a través del manejo de la entrevista. Si no obtener información útil para diseñar y llevar a cabo planes de modificación, Dentro de las entrevistas diagnósticas conviene distinguir entre tres:

- Entrevista de recepción: las cuales permiten una oportunidad para conocer al usuario y suministrar información que va desde las quejas y problemas que se plantean como motivo de consulta hasta la exploración de los comportamientos problemáticos más específicos y sus posibles determinantes funcionales.
- Entrevista anamnésicas: las cuales sirven para obtener información acerca de áreas más amplias de la vida, tanto actual como pasada, con especial énfasis en la génesis y evolución de los comportamientos problemáticos, pero también explorando los recursos que tiene el usuario.
- Entrevista de planificación: las cuales, tras haber recogido la información necesaria a través de la relación interpersonal y de otras técnicas e instrumentos de evaluación, se habla con el usuario de objetivos, prioridades y estrategias a seguir

Otro criterio según Molina (1999), Esquivel (et.al.1999) y Zapata (2005) para la clasificación de las entrevistas es según el grado de estructuración y se distinguen tres tipos:

- **Entrevistas estructuradas o cerradas:** Su característica determinante es el llevar cabo la entrevista siguiendo un cuestionario en el que hay una secuencia prefijada de preguntas que no puede alterarse, generalmente de respuesta cerrada.

- ✦ **Entrevista no estructuradas o abiertas:** en estas el entrevistador lleva el curso de la conversación de acuerdo con el ritmo y los temas presentados por el usuario, tiene toda la flexibilidad necesaria, limitándose el entrevistador a reflejar sus verbalizaciones, usando estrategias típicas para tal efecto y cuidando ser lo menos directivo posible. Incluso puede no realizar preguntas para que la persona se exprese con toda libertad. Esta técnica puede orientarse como: entrevistas clínica, entrevista focalizada o no dirigida.
  
- ✦ **Entrevistas semi-estructuradas o semi-abierta:** son aquellas en las que el entrevistador trabaja con preguntas abiertas y en una secuencia prefijada o bien, cuando ni el texto ni la secuencia de las preguntas están prefijadas, pero se trabaja con ayuda de esquemas o pautas de entrevista que deben ser complementadas. Incluso se considera que en la psicología clínica resulta útil este tipo de entrevista.

Zapata (2005) explica que por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, tienen mucho en común con la observación participante; son flexibles, dinámicas, no directivas, no estandarizadas y abiertas

Dentro de la revisión bibliográfica ha sido interesante encontrar poco trabajado el área de la entrevista con los padres, ya que en Educación Especial, en muchos casos, la entrevista sugerida que es con el niño, simplemente no se puede llevar a cabo por el hecho de que los niños son incapaces de mantener una conversación hilada; o bien no tienen lenguaje.

En el diagnóstico psicopedagógico el punto de partida es diferente al de un diagnóstico realizado fuera de la escuela por que en general no son los padres quienes solicitan nuestra ayuda para solucionar un problema, si no que es el profesional quien los cita para pedir su colaboración para resolver o mejorar conflictos que ellos a menudo desconocen.

Según Bassedas (1999) en este tipo de entrevistas, los objetivos que nos proponemos pueden ser diferentes de acuerdo con los objetivos que estemos trabajando; la familia debe saber que pretendemos cuando los citamos para hablar con ellos y han de poder mostrarse de acuerdo o desacuerdo con nuestras intenciones. Incluso menciona algunos aspectos que pueden ser trabajados dentro de esta herramienta:

- ✦ Generalmente, lo que se busca en este tipo de entrevistas es obtener información y datos de la situación familiar y ver que tipo de relaciones se establecen y el papel del niño dentro de la familia.
- ✦ Además se puede tener indicio la capacidad de cambio y flexibilidad de la familia para poder escoger mejor las soluciones que se les pueda llegar a proponer.
- ✦ Solicitar la colaboración de la familia para poder entender mejor que esta pasando y/o intentar introducir cambios que mejoren la situación del niño en la escuela.
- ✦ Se trata de investigar sobre todo que tipo de comunicación existe entre la escuela y los padres, para ver a hasta que punto comparten objetivos, o si la familia está desbordada por otros motivos o problemas más grandes y nos les ocupa el problema de los niños.

Bassedas (1999) sugiere que se puede entrevistar no solo a los padres, si no también a otros elementos importantes de la familia como pueden ser los hermanos, abuelos u otros, para que puedan colaborar a entender que es lo que esta pasando.

Para poder trabajar esta área se puede incluir en diagnóstico otro elemento: el genograma; pues se procura que expliquen la situación y la composición de la familia; miembros que conviven, edades, ocupaciones, horarios y datos de su familia de origen.

Ya que se trata de conocer cual es el funcionamiento de esta familia y estilo de convivencia, para intentar deducir el papel del niño, expectativas, exigencias; etc.

McGoldrick (1996) explica que los genogramas son formatos para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones; presentan información gráfica de manera tal que se proporciona un rápido vistazo a las normas sociales de la familia y una fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.

El mismo autor dice que la pregunta es el elemento principal de la entrevista, por lo que su diseño se debe hacer con todo cuidado para obtener buena información.

Para poder evaluar es necesario conocer las características generales que poseen los niños con discapacidad intelectual, por lo tanto en el siguiente capítulo se hace una recabación de los datos mas importantes que definen el tema.

## Capítulo 3. Discapacidad intelectual.

### 3.1. Antecedentes históricos de la discapacidad intelectual.

Se dice que en el Medievo se fundaron numerosos hospitales y orfanatos; en este período, la mayoría de los deficientes y enfermos mentales eran atendidos tanto por monjes en los monasterios como en otros muchos entornos menos atractivos, como las cárceles. En 1247, el comisario de Londres cedió sus propiedades y todas sus tierras al obispo y a la iglesia de Bethlem, con la finalidad de construir un hospital para las personas asociadas a la Orden de Santa María de Belén.

El hospital de Bethlem que se considera el más antiguo de Europa entre los que todavía existen, se transformó en manicomio en 1377, pero el centro no tardó en ganarse el sobrenombre de *jaula de grillos* porque un inventario efectuado en 1398 consignó cuatro pares de grilletes, once cadenas de hierro, seis cerrojos con sus llaves y dos cepos para 20 pacientes. A los menos violentos se les permitía mendigar por las calles de Londres.

Una comprensión más perspicaz, aunque limitada, de la discapacidad intelectual se fue gestando durante el período comprendido entre la Antigüedad y la Ilustración. Las tradiciones de Hipócrates y Galeno, persistieron, impulsadas fundamentalmente por siguientes médicos árabes:

- **Avicena:** Fue llamado el “Príncipe de la Medicina”, proponía tratamiento para diversas enfermedades y trastornos infantiles, entre ellos la meningitis y la hidrocefalia. Sabía que las lesiones cerebrales podían afectar a la memoria y al habla. Confiaba poco en la teoría de los humores, y en su lugar eligió la *facultad física*, la *facultad nerviosa* y la *facultad vital*. Las variaciones en el nivel de dicha energía vital determinarían el grado de funcionamiento intelectual. Avicena reconocía el discapacidad intelectual pero no se ocupó de él en términos terapéuticos.

- **Maimónides:** Prestó atención a la teoría de los humores. Defendía que el cerebro del hombre flemático era demasiado húmedo, generaba discapacidad intelectual, aunque si estas personas eran debidamente instruidas, podían hacer ciertos progresos intelectuales.

La epilepsia recibió considerable atención en la Edad Media en el primer texto conocido sobre enfermedades pediátricas, publicado en 1472, hacía observar que la epilepsia era una enfermedad que restringía los miembros animados por la pérdida de la conciencia y controla los movimientos, casi enteramente, por la obstrucción que sobreviene en los ventrículos del cerebro y en las trayectorias de las corrientes sensoriales y motoras. Francis Glisson (1597-1677), uno de los pocos médicos autorizados a hacer disecciones durante el reinado de Isabel I de Inglaterra.

Robert Pemell escribió un texto sobre las principales enfermedades de la cabeza. Incluía una disertación en torno a la epilepsia para la que proponía algunos tratamientos posibles.

Franciscus Sylvius (1614-1672), anatomista especializado en el cerebro, se interesó de manera especial por los niños. Su nombre es relevante en cuanto al estudio de la estructura del cerebro por estos nombres: la cisura de Silvio, el acueducto de Silvio, el ventrículo de Silvio, la fosa de Silvio y la arteria de Silvio. En 1674 publicó un texto pediátrico con el título *Praceous Medica liber Quartus*, contenía una descripción de la epilepsia, atribuyendo el discapacidad intelectual a las convulsiones repetitivas.

Wolfgang Hoefler, médico de la corte vienesa. Su única obra conocida, *Hercules Medicus, Sive Locurum Communium Medicorum Tomus Unicus*, en 1657 realiza la primera descripción extensa del cretinismo, mal endémico de Suiza, que conlleva discapacidad intelectual, fue objeto de considerable atención y se le concedió prioridad en el desarrollo de los programas institucionales.

Sostenía que esta afección y la discapacidad intelectual asociado pueden atribuirse a la alimentación y educación.

Quizás el mejor compendio de los conocimientos acumulados a finales del siglo XVIII esté constituido por la obra de Pinel “*A Treatise on Insanity*” (Tratado de la locura), publicada en 1801, clasifica las enfermedades mentales en cinco grandes categorías: melancolía o delirio, manía sin delirio, manía con delirio, demencia o su pensión de la facultad de raciocinio e idiocia o anulación de las facultades intelectuales y los afectos.

Pinel hizo una distinción entre la demencia y la idiocia que estribaba en que la última afección comportaba la pérdida tanto del intelecto como de las facultades afectivas. Pero muchas veces esta distinción era un tanto superficial y en su mente siempre estuvo presente una afinidad entre demente e idiocia.

Sin embargo distinguía entre las formas congénitas y adquiridas de ésta e identificó diversos niveles de funcionamiento intelectual. Mantenía que, salvo raras excepciones, no eran susceptibles de educación, aunque sí podrían entregarse a ocupaciones manuales de acuerdo con sus capacidades. Pinel, que en 1793 rompió las cadenas que sujetaban a varios pacientes en Bicêtre (París), lugar donde se mezcla delincuentes, vagabundos, epilépticos, imbeciles, ancianos y lunáticos y enfermos, ha pasado a la historia por la reforma institucional.

El siglo XIX supuso para Europa el final de muchas tradiciones y el comienzo de otras muchas. Paul Broca editó un atlas del cerebro. Freud, Charcot y Kraepelin impulsaron significativamente el estudio de las enfermedades mentales.

Se hicieron considerables progresos en la comprensión de la discapacidad intelectual y en la identificación de formas clínicas asociadas al trastorno.

A mediados del siglo XIX, W. J. Little rindió una contribución inapreciable al conocimiento del discapacidad intelectual y de la parálisis cerebral. Llamó la atención sobre los posibles efectos nocivos del parto prematuro, el alumbramiento difícil, los traumatismos mecánicos sufridos por el niño en la cabeza y el cuello durante el parto, y la hipoxia. Tales lesiones podían generar desde levísimas disfunciones que pasan inadvertidas o que los padres advierten a su pesar, hasta deficiencias de la percepción

que pueden equivaler a la imbecilidad total. Sus estudios y aportaciones contribuyeron a sensibilizar a la clase médica de cara a la importancia de la debida atención prenatal y perinatal.

Continuando la línea de la frenología, y tras examinar el cráneo de Víctor el famoso pupilo de Itard, escribió: “es un imbécil en alto grado; la frente aparece extendida apenas hacia los lados y muy comprimida en la parte superior, los ojos son pequeños y hundidos, mientras que el cerebelo está poco desarrollado”.

Seguin, es considerado como padre de la educación especial para discapacitados intelectuales, fue él, el verdadero gran reformador de las instituciones para personas con discapacidad intelectual. En 1837 inauguró una escuela privada para jóvenes discapacitados que posiblemente acogiese a uno solo de dichos niños.

En 1846 definió la idiotez como: “una enfermedad del sistema nervioso que tiene como radical efecto la separación entre todos o una parte de los órganos y facultades del niño, por un lado, y el control regular de su voluntad, por otro, con lo que queda abandonado a sus instintos y aislado del mundo. El idiota típico es un individuo que nada sabe, nada piensa y nada desea, y cada idiota se aproxima más o menos al summum de la incapacidad”.Seguin dividió la idiocia en 4 grandes grupos: (Bautista et. Al.1993)

1- Idiocia: que comprendía probablemente a los individuos con discapacidad intelectual moderada, grave y profunda.

2- Imbecilidad: aplicable a una persona levemente retrasada con defectos graves en su desarrollo moral (social). Argumento

3- Debilidad mental o retardo del desarrollo.

4- Simpleza o retraso superficial: manifestado por un desarrollo intelectual lento.

La idiocia “incapacita principalmente las funciones que generan los fenómenos reflejos, instintivos y conscientes de la vida, en consecuencia, el idiota se mueve, siente,

entiende y desea, pero de modo imperfecto; no hace nada, piensa en nada ni nada le importa (casos extremos), es un menor legalmente irresponsable, aislado, sin relaciones, un alma atenazada en órganos imperfectos, un inocente”.

Seguin, suponía la existencia de una relación neurofísica definida entre la actividad sensorial y los niveles superiores del pensamiento. Pensaba que la privación sensorial, como la ceguera y la sordera, podían ser causa de la discapacidad. Hacía hincapié, en el adiestramiento sistemático de los sentidos de la vista, el oído, el gusto y el olfato, así como de la coordinación entre el ojo y la mano. Tal como ilustran sus artículos “El adiestramiento psicofisiológico de la mano del idiota” y “El adiestramiento psicopedagógico del ojo del idiota”. (Maistre, 1986)

La teoría y la práctica pedagógicas de Seguin eran totalizadoras, comprendiendo desde ejercicios pasivos para el niño no deambulante hasta la formación académica y el empleo vocacional para los individuos más capaces. Su programa de estudios revela un carácter absolutamente moderno, comportando el aprendizaje de la percepción, la imitación, la coordinación, la memoria y la generalización

Los primeros decenios del siglo XX representaron el nivel ínfimo de la sensibilidad profesional hacia las personas con discapacidad intelectual, al menos en tanto que clase o población.

Los tres elementos esenciales de la definición de la discapacidad intelectual eran: presentación precoz, funcionamiento intelectual disminuido debido a un trastorno del desarrollo e incapacidad para adaptarse plenamente a las exigencias de la sociedad.

En 1910, el gobierno de Estados Unidos anunciaba que la debilidad mental en sentido amplio comprende todos los grados de discapacidad intelectual que tienen su causa en un desarrollo mental interrumpido o imperfecto, la persona afectada es incapaz de competir en términos de igualdad con sus coetáneos normales, o de controlar su persona y sus asuntos con regular prudencia.

Quien fuese analfabeto, pobre, “mal criado”, huérfano o extranjero podía ser diagnosticado como discapacitado intelectual si no estaba a la altura de las expectativas fijadas en cuanto a participación normal en la sociedad.

La introducción de los tests homologados de inteligencia en Estados Unidos por Goddard, Kuhlmann, Termall y otros, modificó las cosas. El concepto de que una persona con discapacidad intelectual funcionaba a un nivel mental de 12 años o inferior, o presentaba un CI menor de 75-80, acotaba la interpretación de la discapacidad intelectual.

En 1910, el Comité para la Clasificación de los débiles mentales de Primera *American Association On Mental Deficiency*, definía y clasificaba el nivel de retraso incorporando el término “moron” marcado por Goddard:

“El término débil mental se emplea genéticamente para designar todos los grados de discapacidad intelectual debidos a un desarrollo imperfecto o interrumpido según la persona afectada es incapaz de competir en términos de igualdad con sus coetáneos normales o de controlar su persona y sus asuntos con regular prudencia”.

La clasificación tripartita de la discapacidad intelectual comprende:

Idiotas: Los sujetos tan profundamente deficientes que su desarrollo mental no supera al de un niño normal de 2 años.

Imbéciles: Los sujetos cuyo desarrollo mental es superior al de un idiota, pero no rebasa el de un niño normal de 7 años.

“Morones”: Los sujetos cuyo desarrollo mental es superior al de un imbécil, pero no rebasa el de un niño normal de aproximadamente 12 años.

La adopción del término “moron” que, según Goddard (1910) derivaba del vocablo griego *moronia* (estupidez, en el sentido de juicio deficiente), ponía a la doble y equívoca acepción de la categoría “débil mental”, en sentido genético y específico.

### 3.2. Definición de la Discapacidad Intelectual.

La Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D), hace la siguiente definición de la Discapacidad intelectual: "La discapacidad intelectual se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originando durante el periodo de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa "(Grossman, 1983).

La Organización Mundial de la Salud O.M.S. en 1986, define a los deficientes mentales como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos".

En la "Enciclopedia de La Psicología", la discapacidad intelectual o bien discapacidad intelectual es definida como: el funcionamiento intelectual inferior a la media de la población asociado a déficit en la capacidad adaptativa y que tiene su inicio durante el periodo de desarrollo (entre el nacimiento y los 18 años de edad).

La APA define a la discapacidad intelectual en el DSM (las siglas que corresponden al título en inglés: "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"). La *DSM-IV* es la última versión publicada en estados Unidos en 1994 y cuya traducción al español aparece en 1995 por la editorial Masson con la pretensión de que la terminología sea utilizada como referencia en los países de habla hispana. (Aguilera, 2004).

De acuerdo con Verdugo (1999) se produce una revisión de la tercera edición del DSM (APA; 1987) donde había un capítulo de "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia" bajo el epígrafe "Trastornos del desarrollo". (DSM III)

Existe otra clasificación que es emitida por Organización Mundial de la Salud, ésta es el CIE-10 y corresponden a la Clasificación Internacional de enfermedades y es un instrumento orientado a guiar el diagnóstico médico elaborado por la OMS. Esta

clasificación y otras afines otorga a la discapacidad intelectual una categoría específica que incluye sus diversas formas. (Aguilera, 2004).

Los criterios para el diagnóstico de la deficiencia mental son:

- Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio: un CI de 70 o inferior obtenido mediante una prueba de inteligencia administrada de forma individual (en el caso de niños más pequeños, se considerará el juicio clínico que determine una capacidad intelectual general muy por debajo del promedio. Este criterio permitía establecer el diagnóstico cuando las pruebas de inteligencia disponibles no permitan obtener variables del CI).
- Existencia de déficit o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa, por ejemplo, en la eficacia personal del niño para conseguir el rendimiento esperado por su edad y grupo cultural, en áreas como las habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.
- Comienzo antes de los dieciocho años.

El diagnóstico se hace prescindiendo de si hay o no trastornos orgánicos u otros trastornos mentales. Se puede incluir en la categoría de Discapacidad intelectual las personas con CI ligeramente menor de 70, si el juicio clínico considera que no existen déficits relevantes en el funcionamiento adaptativo. Se elige un CI de 70, como punto de corte en de la Discapacidad intelectual, argumentando que mucha gente con un CI inferior a 70 requiere cuidados especiales, particularmente durante la etapa escolar.

Respecto a la edad de comienzo, el tercer criterio diagnóstico para la discapacidad intelectual, requiere una edad menor a los dieciocho años, de modo que cuando un cuadro clínico similar aparece por primera vez después de los dieciocho años, el síndrome constituye una demencia y no una discapacidad intelectual, codificándose dentro de la sección de trastornos mentales orgánicos.

Durante la primera infancia un retraso en el desarrollo sensoriomotor, la comunicación, los comportamientos de autonomía o la socialización, representa una deficiencia potencial del comportamiento adaptativo convirtiéndose en el criterio de discapacidad intelectual. Los comportamientos requeridos durante la segunda infancia y el comienzo de la adolescencia apelan más a los procesos de aprendizaje; contarán particularmente la adquisición de las disciplinas escolares básicas, los conceptos de tiempo y dinero, la responsabilidad social y la respuesta de interacción.

Según Lambert (1987) se entiende por comportamiento adaptativo por la eficacia con que un individuo encuentra las normas de su independencia personal y de responsabilidad social esperadas para su edad y su grupo cultural. Dado que tales normas varían según edades y grupos, el déficit del comportamiento adaptativo será evaluado de distinto modo según las edades.

Para emitir una definición sobre la discapacidad intelectual, Speck (1990) da tres criterios fundamentales, los cuales son los siguientes:

- ✦ *Criterio Psicológico o Psicométrico:* el discapacitado intelectual es aquella persona que presenta un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales, que estas pueden ser medidas a través de Test y expresada en términos de C.I.
- ✦ *Criterio Sociológico o social:* describe al discapacitado intelectual como aquella persona que presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en el que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía personal.
- ✦ *Criterio Médico o Biológico:* El discapacitado intelectual tiene un sustrato biológico, anatómico o fisiológico y se manifiesta durante la edad de desarrollo que es hasta los 18 años.

Además existen otros criterios más novedosos que se suman a los tres ya mencionados:

- ✦ *Criterio Conductista:* este criterio pone énfasis en la contribución del ambiente a la discapacidad intelectual. Donde menciona que el déficit mental es un déficit de conducta que se ha de interpretar como un producto de la interacción entre cuatro factores determinantes como son: 1.-Los factores Biológicos del pasado (genéticos, prenatales, Perinatales y post natales)2.-Los factores Biológicos actuales (drogas o fármacos, cansancio o stress) 3.-Historia previa de interacción con el medio (reforzamiento) 4.-Condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos actuales.
- ✦ *Criterio Pedagógico:* describe al discapacitado intelectual como aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por lo tanto tiene necesidades educativas especiales. Y es en la escuela donde se detectan la mayoría de las deficiencias de grado ligero y límite.

La Enciclopedia de Psicología menciona que la prevalencia de la discapacidad intelectual es del 2% de la población general, siendo superior en el varón. Aproximadamente a un 50% de los casos de la discapacidad intelectual se añaden trastornos psiquiátricos.

### **3.3. Clasificación de la Discapacidad Intelectual: tipos y grados.**

Aunque existen diferentes criterios para determinar los grados de afectación de la discapacidad intelectual el criterio psicométrico es el que sobre sale, donde se utiliza el C.I para la clasificación de la discapacidad intelectual.

De acuerdo con Speck (1990), Stern fue quien introdujo el concepto de C.I. el cual es el resultado de dividir la E.M (edad mental) entre E.C (edad cronológica) y multiplicarlo por 100. Con respecto al C.I. existen cinco niveles o grados de discapacidad intelectual

propuestos por La Asociación Americana para la Deficiencia Mental, el DSM-III-R y La Organización Mundial de la Salud.

Los niveles de gravedad considerados en el DSM III-R y corregidos en el DSM-IV, para clasificar los tipos de Discapacidad intelectual, son cuatro, los cuales reflejan el grado de déficit intelectual; además (se utiliza el CI para diferenciarlos):

A continuación se presenta un cuadro en el cual se recogen los datos y clasificación, en cual se incluyen los códigos del CIE; en la parte izquierda aparecen los códigos del CIE-10 (emitido en 1998 por la OMS) que es el que actualmente se ocupa en Europa y a la derecha los códigos del sistema CIE-9 MC que es por el momento la codificación oficial en EUA. (Aguilera, 2004)

<b>Retraso mental.<sup>1</sup></b>	F70.9 Retraso mental leve (317)
	F71.9 Retraso mental moderado (318.0)
	F72.9 Retraso mental grave (318.1)
	F73.9 Retraso mental profundo (318.2)
	F70.9 Retraso mental no especificado(319)

Conjuntado lo que menciona Speck (1990) y la información del DSM-IV y el CIE-10 se define cada uno de los tipos de Discapacidad intelectual:

### 3.3.1 Discapacidad intelectual límite o borderline

Su Coeficiente Intelectual está entre 68-85. Existen múltiples diferencias entre los diferentes autores sobre si deberían o no formar parte de ella. En la realidad es difícil catalogarlos como discapacitados intelectuales ya que son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.

<sup>1</sup> Cabe la aclaración de que el término Retraso mental se copia tal cual de la fuente, a pesar de que en el trabajo se ha utilizado el término de Discapacidad Intelectual que es el término que se utiliza para la filosofía de la Integración Educativa.

### 3.3.2. Discapacidad intelectual ligera o leve

De acuerdo con Speck su C.I. está entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, y tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras. Mientras que para el DSM-III-R incluye sujetos con CI de 50-55 a 70. Corresponde a la categoría pedagógica de *educable*. Este grupo reúne una amplia capa de la población afectada por este problema, alrededor del 85%.

### 3.3.3. Discapacidad intelectual moderada o media.

Speck sitúa su C.I. entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pretecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.

Para el DSM-III-R se corresponde con un CI entre 35-40, y 50-55. Equivale a la categoría pedagógica de *entrenable*, aunque este término conduce a confusión ya que hace pensar que estos sujetos no se pueden beneficiar de los programas educativos existentes. Este grupo constituye el 10% de las personas afectadas de Discapacidad intelectual.

### 3.3.4. Discapacidad intelectual severa o grave.

Su C.I. se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre. Puede adiestrarse en habilidades de autocuidado básico y pretecnológicas muy simple.

El DSM-III-R la especifica incluyendo a sujetos con CI de 20-25 a 35-40, constituyendo el 3-4% de la población con Discapacidad intelectual.

### 3.3.5. Discapacidad intelectual profunda.

Su Coeficiente Intelectual es inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices y de comunicación con el medio. Son dependientes de los demás en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de auto ayuda. En el DSM IV se dice que este estado corresponde con un CI de 20-25 a 35-40, constituyendo el 1-2% de la población con discapacidad intelectual.

### 3.3.6 Discapacidad intelectual no clasificada.

La OMS incluye otras dos categorías, una se aplica cuando no se puede evaluar la discapacidad intelectual y la otra cuando no es posible determinar la causa.

El DSM IV menciona dice que esta categoría ha de emplearse cuando existe una fuerte sospecha de discapacidad intelectual, aunque no pueda ser detectado por las pruebas de inteligencia convencionales. Puede ser el caso de los niños, adolescentes o adultos que tengan un deterioro importante o que se muestren muy poco colaboradores al ser evaluados.

Molina (1999) enuncia a otros autores que realizan la siguiente clasificación, basados en la definición de la AAMD:

1. Discapacitados educables: Estas personas logran los niveles mínimos requeridos para finalizar la escuela primaria, contando con auxilios específicos y adaptaciones curriculares. Esta corresponde a la discapacidad intelectual ligera.
2. Discapacitados entrenables: Estas personas lograrán aprender a leer y escribir de manera comprensiva a la vez que adquirirán operatoriamente los números;

aunque será necesario apoyos especializados como adaptaciones curriculares significativas. Corresponde al nivel de discapacidad intelectual moderado.

3. Deficientes mentales severos: Son aquellas personas que no lograrán aprender a leer ni escribir de manera comprensiva, aunque se les brinde apoyos específicos y se trabaje con él un currículo personalizado. Corresponde a la discapacidad intelectual profunda.

### **3.4. ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

La Enciclopedia de la Psicología (dice que entre las causas de la discapacidad intelectual. se encuentran diversas alteraciones genéticas, cromosomopatías, alteraciones en el embarazo y el parto así también infecciones en la infancia o causas ambientales, coexistiendo en algunos casos varias de ellas.

#### **3.4.1. Factores genéticos.**

Speck (1990) define como factores genéticos los que se originan antes de la concepción; la discapacidad intelectual viene ya determinado por los genes o herencia genética. Son factores o causas de tipo endógeno, esto quiere decir que actúan dentro del mismo ser.

Existen dos tipos de causas genéticas:

**a. Genopatías:** Alteraciones genéticas que producen

✦ **Metabolopatías** o alteraciones en el metabolismo de:

- Aminoácidos (fenilcetonuria, homocistinuria, síndrome de Lowe, Histidinemia, Hiperglicinemia, Leucinosi)
- Lípidos (Enfermedades de Gaucher, y Niemann-Pick, Gangliosidosis, Lipoidosis)

- Carbohidratos (galactosemia, Intolerancia a la fructosa, Hipoglusemias, Glucogenosis, mucopolisacaridosis)
- Otras Metabolopatías (síndrome Lesh-Nyhan, acidosis láctica, Cetoaciduria)

✦ **Endocrinopatías:** alteraciones endocrinas y hormonales tales como: hipotiroidismo, Pseudohipoparatiroidismo

- **Síndromes polimalformativos** tales como: Síndrome de Prader-Will, Cornelia de Lange, Anemia aplásica de Fanconi
- **Otras Genopatías:** entre ellas se pueden nombrar las siguientes: Síndrome de Rett, Distrofia muscular progresiva, Distrofia miotónica, Hidrocéfalo, Espina Bífida, Encefalocele y otros defectos del tubo neural.

**b. Cromosopatías:** síndromes debidos a anomalías en los cromosomas que pueden ser fundamentalmente de tres tipos:

✦ **Síndromes autosómicos** específicos en las que podemos destacar las siguientes trisomías:

✦ Trisomía G (trisomía 21, síndrome de Down)

- Trisomía E (trisomía 18, síndrome de Edward)
- Trisomía D (trisomía 13, síndrome de Patau)

✦ **Síndromes autosómicos inespecíficos:** en este grupo también se dan trisomías y de eleciones de cromosomas, aunque no tan conocidas como las anteriores.

✦ **Síndromes Gonosómicos:** Alteraciones que están ligadas a los cromosomas sexuales, conocidos como Síndromes de Turner y de Klinefelter.

### 3.4.2. Factores extrínsecos.

En los cuales están situada la siguiente clasificación atendiendo al orden en el cual pueden aparecer:

a. **Factores *prenatales***: Antes del nacimiento. Y a su vez se clasifican en

- **Embriopatías**: actúa dentro de los primeros tres meses de gestación
- **Fetopatías**: aparecen a partir de los tres meses de gestación. los factores que inciden en el embrión o el feto produciendo discapacidad intelectual u otras deficiencias son las siguientes:

- **Infecciones**: (Rubéola, Citomegalia, Herpes, Sífilis, Lúes, Listeriosis, Toxoplasmosis)
- **Endocrinometabolopatías**: entre las alteraciones endocrinas y metabólicas que afectan al feto se destacan:
  - Trastornos tiroideos
  - Diabetes
  - Déficit nutritivo, vitaminopatías

**Intoxicaciones**: pueden ser varios los productos tóxicos

- -Alcohol, tabaco
- -Fármacos
- -Drogas
- -Plomo, mercurio...
- **Radiaciones, factores mecánicos**
- **Perturbaciones Psíquicas.**

b. **Neonatales**: Durante el momento del parto o recién nacido, es de importancia mencionar las siguientes:

- Prematuridad.
- Metabolopatías.
- Síndrome de sufrimiento cerebral.
- Infecciones.
- Incompatibilidad RH.

**c. Postnatales:** Después del nacimiento. Influyen los siguientes factores:

- Infecciones
- Endocrinopatías
- Convulsiones
- Hipoxia
- Traumatismos craneoencefálicos
- Factores ambientales

Molina (1994), realiza otra clasificación considerando que hay dos tipos de causas y algunas de ellas pueden ser consideradas como factores de riesgo:

**a. Causas predisponentes**

- Edad parental: mujeres mayores de 35 años, riesgo de engendrar niños deficientes.
- Factores genéticos: alteraciones genéticas y de cromosomas.
- Factores socioeconómicos y culturales desfavorables: baja estimulación sensorial, cognitiva y afectiva.
- Factores nutricionales: la carencia nutricional produce una degeneración en el desarrollo cerebral y en el desarrollo mental.
- Sexo: hay más incidencia de discapacidad intelectual en el sexo masculino que en el femenino.

**b. Causas determinantes.**

- Discapacidad intelectual debida a *infección* o agentes tóxicos,
- Discapacidad intelectual debida a *traumatismos*,

- Discapacidad intelectual debida a *tumores*, a influencias *prenatales*, a causas *desconocidas* con signos neurológicos.
- Características evolutivas de la discapacidad intelectual e implicaciones educativas.

### **3.5. Características evolutivas de la discapacidad intelectual e implicaciones educativas**

Dentro de cualquier grupo de personas ya sea deficientes mentales o los demás, la conducta personal y social es enormemente variable y no se puede hablar de unas características que sean semejantes en todo el grupo. No existen dos individuos, deficientes o no que posean las mismas experiencias ambientales ni la misma constitución biológica.

En ese sentido la variabilidad es enorme y mientras unos presentan aspecto de enfermizos, otros están completamente sanos, mientras unos están mal desarrollados, otro presentan un aspecto saludable.

No obstante, a través de algunos estudios experimentales se demuestra la existencia de unas características diferentes entre individuos deficientes y otros que no lo son.

Buatista (1990) cita a M<sup>a</sup> Ángeles Quiroga quien destaca las siguientes características diferenciales que pueden llegar, en algunos casos, sino se les contempla adecuadamente, a ser una traba en el desarrollo de los individuos; es preciso tenerlas en cuenta para cualquier programa educativo del discapacitado intelectual:

#### **1. Físicas:**

- Equilibrio escaso.
- Locomoción deficitaria.
- Dificultades en coordinaciones complejas.
- Dificultades en destrezas manipulativas.

## **2. Personales:**

- Ansiedad.
- Bajo autocontrol.
- Tendencia a evitar el fracaso más que a buscar el éxito.
- Posibilidad de existencia de trastornos en la personalidad.

## **3. Sociales:**

- Retraso evolutivo en el juego, ocio y rol sexual

Según Sainz y Mayor (1989) los déficits más relevantes en los deficientes mentales, serían:

- ✦ Déficit de memoria.
  - Activa.
  - Semántica.
    - ✦ Déficit en la categorización.
    - ✦ Déficit en la solución de problemas.
    - ✦ Déficit lingüístico.
    - ✦ Déficit en el conocimiento social.

Así también las principales dificultades que nos podemos encontrar en el desarrollo de los deficientes mentales pueden clasificarse de la siguiente manera:

- ✦ Dificultades motoras.
- ✦ Dificultades sensoriales.
- ✦ Dificultades en habilidades sociales.
- ✦ Dificultades de autocuidado.
- ✦ Dificultades de lenguaje.

Todas estas deben ser tomadas en cuenta cuando se plantea cualquier acción educativa al igual que tener en cuenta el estudio de sus posibilidades y limitaciones de cada individuo.

Según Solomon y Patch (1976) la siguiente tabla integra edad cronológica, el grado de discapacidad intelectual y el nivel de funcionamiento intelectual vocacional y social.<sup>2</sup>

<b>Grado de discapacidad intelectual</b>	<b>Edad preescolar de 0-5 años Maduración y desarrollo</b>	<b>Edad escolar 6-20 años Entrenamiento y educación</b>	<b>Adulto 21 años y más Adecuación social y vocacional.</b>
Leve	Puede desarrollar comunicación social y habilidades; retraso mínimo en las áreas sensorio-motoras; a menudo no se distingue del normal, si no hasta edad posterior.	Puede aprender habilidades escolares hasta aprox. el sexto grado alrededor de los 16-17 años; puede ser dirigido hacia el conformismo social.	Puede por lo general alcanzar habilidades sociales y vocacionales adecuadas para un mínimo auto apoyo pero puede necesitar guía y ayuda cuando se encuentre bajo tensión excesiva social o económica
Moderado	Puede hablar, comunicarse; cognición social defectuosa, desarrollo motor adecuado; se beneficia del entrenamiento en autoayuda; puede ser manejado con supervisión moderada.	Puede beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales y vocacionales; difícil que progrese mas allá del segundo grado en escolaridad; puede aprender a viajar sólo	Puede alcanzar automantenimiento en un trabajo que requiera pocas habilidades o ninguna habilidad bajo condiciones de abrigo ; necesita

<sup>2</sup> Cuadro textual del libro "Necesidades educativas especiales" de Bautista.

		en lugares familiares	guía y supervisión cuando se encuentra bajo tensión leve social o económica
Grave	Desarrollo motor defectuoso, lenguaje mínimo; por el general incapaz de beneficiarse del entrenamiento en autoayuda; pocas o ninguna habilidades para comunicarse.	Puede hablar o aprender a comunicarse; puede ser entrenado en hábitos elementales de higiene; se beneficia con el entrenamiento sistemático.	Puede contribuir parcialmente al automantenimiento bajo total supervisión; puede desarrollar autoprotección con un grado mínimo en medio controlado.
Profundo	Retardo muy notorio; capacidad mínima para funcionar en las áreas sensorio-motoras; necesita cuidados de enfermería.	Algún desarrollo motor presente; puede responder a entrenamiento mínimo en autoprotección.	Algún desarrollo motor y del habla; puede alcanzar una autoprotección muy limitada; necesita cuidados de enfermería.

Según Sainz y Mayor (1989) las dificultades del habla y del lenguaje son las siguientes:

**A) Dificultades del habla:**

- Existen desórdenes de comunicación,
- Cuanto más bajo el C.I. más dificultades de comunicación,
- Los más frecuentes son desórdenes de articulación y desórdenes de voz.

**B) Dificultades del lenguaje:**

- Los discapacitados intelectuales tienen una edad de lenguaje inferior a su edad mental, un menor conocimiento de reglas gramaticales y un vocabulario más restringido. Sus definiciones sobre las cosas no son concretas, usan

frases menos complejas tanto en sintaxis, como en el uso de pronombres y adjetivos.

Como mencionan Solomon y Patch (1976) surgen problemas de diagnóstico diferencial en estas áreas porque tanto la sordera como la afasia del desarrollo pueden ser confundidas con la discapacidad intelectual por que muchos niños con discapacidad intelectual son parcialmente sordos o tienen algún tipo de invalidez de lenguaje.

En la audición y las pruebas de lenguaje son importantes en la evaluación de los niños de corta edad con desarrollo retardado. El desarrollo físico retardado puede ser la primera causa de preocupación de los progenitores.

### **Déficit cognitivos y meta cognitivos en la discapacidad intelectual.**

Además de las deficiencias ya mencionadas anteriormente, es importante tomar en cuenta los déficit que presentan los niños con discapacidad intelectual, solo por conocer algunos citamos a Hutt y Gwyn (1988) que mencionan algunas características que consideramos pueden servir para el desarrollo del trabajo, pues se describen de acuerdo a los procesos de aprendizaje, sin embargo no conviene olvidar que otros autores como Aguilera (2004) ahondan más en el tema:

#### **a) Déficit perceptivo.**

La capacidad de percepción podría estar afectada, dada la escasa capacidad mental de estos niños, la habilidad para la detección, el reconocimiento y el análisis crítico de los estímulos que perciben.

#### **b) Déficit atencionales.**

Es una atención inestable, dispersa y fatigable, que les impide centrar y mantener la atención, comparar la información, no atender a información relevante y seleccionarla, mientras que atienden a estímulos poco importantes, dificultando así la adaptación a la realidad y entorpeciendo el aprendizaje.

**c) Déficit de memoria**

Limitación de la memoria de trabajo, porque codifican o procesan menos información o más lentamente, lo hacen a nivel superficial, obtienen menos significado y comprensión de las cosas, etc. En la memoria a largo plazo se almacena menos información, tienen dificultad de recuperarla, utilizan escasamente estrategias de recuerdo, etc.

**d) Déficit en la solución de problemas.**

Dificultad en hacer un plan de acción, establecer unos objetivos, relacionar los elementos. No tienen respuestas alternativas frente a una situación, precisan de más tiempo de exposición al estímulo, aun teniendo la información no son capaces de utilizarla eficazmente.

**e) Déficit en la comprensión**

No disponen de estructuras mentales adecuadas para dar sentido y asimilar la realidad, por eso no comprenden ni dan sentido a las cosas. Se mueven más por imágenes (lo concreto) que por conceptos (lo abstracto).

**f) Déficit en el lenguaje**

Se aprecia un menor vocabulario, menor conocimiento de reglas gramaticales, usan frases más simples y concretas, no comprenden la relación entre las palabras y los objetos y personas, a los que hacen referencia, uso inadecuado de las terminaciones verbales, dificultades de concordancia de género y número en pronombres, etc.

**g) Déficit meta cognitivos**

Tienen dificultades para percatarse de sus propios conocimientos y de los procedimientos que utilizan para controlar sus propios procesos. Apenas se implican personalmente en las tareas ni son conscientes de la necesidad de una conducta activa.

### **h) Repercusiones en el aprendizaje**

Los déficits arriba señalados les impiden motivarse para el estudio. Al no seleccionar la información ésta no se simplifica dificultando la comprensión. Tampoco se organizan y se relacionan los distintos elementos entre sí, dificultando con ello la comprensión y el recuerdo. Si no se organiza la información es difícil integrarla con otros conocimientos existentes en la mente formando nuevas estructuras cognitivas o modificando las preexistentes. Si no se almacena adecuadamente la información en la memoria, tampoco se recupera y se transfiere a nuevas situaciones. En estas circunstancias hay escasa conciencia de cómo se aprende y qué estrategias se utilizan al aprender.

### **3.6. El desarrollo de la personalidad en el discapacitado intelectual.**

Speck (1990) habla acerca de la evolución de la personalidad del discapacitado intelectual, ya que se encuentra con una serie de problemas particulares dentro del desarrollo de su personalidad.

En primer lugar el discapacitado intelectual para estructurar su experiencia. Cada individuo al momento de entrar en contacto con el mundo que nos rodea comenzamos a establecer una serie de relaciones perceptivo-motrices y a partir de estas percibimos una serie de datos que posteriormente estructuramos, y estos datos estructurados son los que van a formar nuestro propio mundo de objetos.

El discapacitado intelectual no tiene problema alguno al recibir estos datos, donde se encuentra el problema es en la estructuración de estos datos, esto quiere decir, en como estructurarlos de tal forma que adquieran la significación que adquieren para la mayoría de nosotros.

Como consecuencia el discapacitado intelectual cuando estructura la experiencia se rodea de una serie de objetos que están presentes en su mundo, pero que son diferentes a los objetos que rodean al mundo de los demás.

Al respecto Maistre (1986) menciona: "si pudiéramos percibir el mundo del deficiente mental, nos lo encontraríamos mas o menos vacío de los objetos que pueblan el nuestro".

El segundo problema que se plantea dentro del desarrollo de la personalidad del discapacitado intelectual es la dificultad que se encuentra en su educación de acuerdo con Maistre, (1986):"para que se pueda producir la educación es necesario, en primer lugar, que se pueda establecer comunicación con el educando y, en segundo lugar, que éste reconstruya los conocimientos".

El diagnóstico psicopedagógico es una manera útil para conocer al alumno integralmente (esto es reunir información de sus capacidades, habilidades, carencias, personalidad, entorno familiar y social); además de que arroja datos que pueden servirle al maestro para el buen desarrollo de las actividades diarias dentro del salón de clases.

Pero para poder emitir sugerencias acerca de la intervención educativa que se podría llevar a cabo es necesario que se conozca ¿Cuál es la postura que en México tiene la educación acerca de la Integración Educativa? Y ¿Cuál ha sido la evolución de la Educación especial en México?.

## **Capítulo 4. BREVE RESEÑA DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MÉXICO.<sup>3</sup>**

Hay que tomar en cuenta que las instituciones de educación especial surgieron con las instituciones pioneras de educación pública en el país, su tradición es centenaria. El sistema de educación especial se ha venido consolidando, como sistema paralelo, a lo largo de 127 años, por lo que al ser considerada una modalidad de educación básica requiere de un programa institucional que permita las equivalencias por niveles.

Los antecedentes de la educación especial en nuestro país se remontan a la segunda mitad del siglo XIX cuando se crearon escuelas para sordos y ciegos. En 1915 se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender a niños con discapacidad intelectual y posteriormente se diversificó la atención a niños y jóvenes con diferentes discapacidades, principalmente a través de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Orientación para Varones y Niñas, y la Oficina de Coordinación de Educación Especial.

A fines de 1970, por decreto presidencial, se creó la Dirección General de Educación Especial con la finalidad de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación especial y la formación de maestros especialistas. A partir de entonces el servicio de educación especial dio atención a personas con discapacidad intelectual, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales a través de los siguientes centros de atención:

- Centros de Intervención Temprana
- Escuelas de Educación Especial. En estas escuelas se daba atención a niños de educación preescolar y primaria en cuatro áreas: deficiencia mental, trastornos neuromotores, audición y visión.

---

<sup>3</sup> Información extraída del Seminario de actualización para profesores de educación regular y especial, llevado a cabo en el Cendi NO. 3 ubicado en la ciudad de Pachuca Hgo en el mes de agosto del año 2004.

- Centros de Rehabilitación y Educación Especial
- Centros de Capacitación de Educación Especial

A partir de 1992 -como consecuencia de la suscripción del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, la reforma al artículo 3º constitucional y la promulgación de la Ley General de Educación- se inició un proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial, cuyo punto de partida fue la adopción del concepto de necesidades educativas especiales, que implica el tránsito de un modelo de atención clínico-terapéutico a un modelo de atención educativa, esto es la promoción de la integración educativa (que en México, oficialmente se consideró que podía tener diversas modalidades: “integración escolar” o “integración al currículo”).

La “Integración Educativa” es el resultado de años de transformaciones de diversa índole, ya que para llegar a la postura en la cual se está ahora, fue necesario que las diferentes concepciones que la sociedad ha tenido acerca de la discapacidad fueran motor de revolución. Para poder explicar mejor este tema se tomará como referencia el Seminario de Actualización para Profesores de Educación Especial y Regular, impartido en agosto del año 2004 en Taller General de Actualización del Cendi No.3.

El término discapacitado se ha utilizado para referirse a personas que presenten diferentes problemáticas. Así mismo se le llama discapacitado a quien tiene retraso mental o quien tiene un problema de invalidez o mutilación, en el siguiente cuadro se explica como ha sido tal desarrollo:

<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>	
↓ Nocivas y peligrosas para los demás.	→ Para proteger a la sociedad se les recluye.
↓ Dignas de lástima y merecedoras de benevolencia y caridad	→ Para brindarles mejor atención se les segrega en instituciones especiales de rehabilitación, equivalente a un SISTEMA EDUCATIVO PARALELO.
↓ Merecedoras de acceder a una vida normal	→ Para tener una vida normal se facilita su integración en todos los ámbitos, esto quiere decir INTEGRACION FAMILIAR, INTEGRACION SOCIAL, INTEGRACION EDUCATIVA e INTEGRACION LABORAL

Se considera "discapacitada" a toda persona que padezca una alteración permanente o prolongada física o mental que, en relación con su edad o medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educativa o laboral.

En el ámbito educativo este término ha sido utilizado para referirse a individuos que presentan alguna diferencia física, sensorial que conduce a la aparición, en comparación con el grupo, de serios problemas de aprendizaje.

Esta nueva concepción de la discapacidad tiene como fundamentos filosóficos los que a continuación se mencionan:

- El *respeto y la tolerancia hacia las diferencias*: implica la aceptación de que en toda la sociedad humana existen diferencias y rasgos comunes entre sus miembros.
- Los *derechos humanos y la igualdad de oportunidades*: Significa que por el simple hecho de existir y pertenecer a una sociedad, todos tenemos derechos y obligaciones, y que deben estar al alcance de toda persona, es decir los mismos beneficios y oportunidades para tener una vida normal.
- La *escuela para todos* se relaciona con la garantía de que todas las personas cuenten con las posibilidades de educación para satisfacer sus necesidades de aprendizaje. Supone que los sistemas educativos atiendan con calidad a la diversidad presente en la población.

A raíz de estos postulados surgen los principios básicos que propician la operación y el desarrollo de los servicios educativos para que se genere la integración educativa y estos son:

- *Normalización*: Es el derecho de las personas con discapacidad a llevar una vida común como el resto de las personas de las comunidades a que pertenecen para lo cual es necesario que el medio les ofrezca mejores condiciones para su desarrollo personal, tales como: servicios de habilitación, rehabilitación y ayudas técnicas.
- *Integración*: Consiste en que las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de la comunidad, participando en diferentes ámbitos (familiar, social, escolar y laboral) de tal manera que se eliminen la marginación y la segregación.

- *Sectorización:* Implica que todos los niños desarrollen su proceso de escolarización y reciban los servicios de apoyo necesarios cerca del lugar en donde viven,
- *Individualización de la enseñanza:* Se refiere al reconocimiento de la diversidad del alumnado en las aulas y la necesidad de ajustar y variar las formas de enseñanza de acuerdo a las necesidades y peculiaridades de los alumnos.

En el ámbito educativo se habla más que de Discapacitado de niños con Necesidades Educativas Especiales, y cabe recordad que este término contribuye a una nueva percepción de la educación de los niño@s con diferentes dificultades de aprendizaje. Estas Necesidades Educativas Especiales no son una característica intrínseco a él, si no que surgen de la dinámica establecida en su entorno, sobre todo en los ámbitos que asumen prioritariamente funciones educativas: el familiar y el escolar.

Las NEE pueden estar asociadas a tres grandes factores:

- Al ambiente social y familiar en el que se desenvuelve el niño, cuando existen situaciones en este plano que repercuten seriamente en el aprendizaje escolar.
- Al ambiente escolar en el que se educa al niño, si las condiciones al interior de la escuela (de tipo organizacional, de relación u organización académica) no proporcionan el aprendizaje de sus alumnos.
- A condiciones de discapacidad. Aunque la discapacidad no es sinónimo de NEE, la existencia de limitaciones físicas o intelectuales pueden dificultar seriamente las posibilidades de aprendizaje de los alumnos, haciéndose necesario proporcionarles apoyos técnicos y/o estrategias pedagógicas para que accedan al currículo.

Debido a lo anterior la reestructuración de los servicios existentes hasta ese momento ha sido enimente y se ha convertido en:

- a) *Transformación de los servicios escolarizados de educación especial en Centros de Atención Múltiple (CAM), adoptando los programas de los diferentes niveles educativos.* Así por ejemplo, las escuelas de educación especial deberían, en adelante, atender a alumnos con cualquier discapacidad y adoptar los planes de estudios de la educación básica; esta medida se tradujo en acciones como la organización de grupos por edad y no según tipo de discapacidad. Un proceso similar ocurrió en los “centros de intervención temprana” que deberían adoptar los programas de educación inicial, y en los “centros de capacitación de educación especial” que habrían de adoptar los programas de los Centros de Capacitación para el Trabajo Industrial.
  
- b) *Establecimiento de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) con el propósito de promover la integración de las niñas y niños con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación básica regular.* Las unidades que atendían los llamados “grupos integrados” (que atendían a los alumnos con dificultades para el aprendizaje de la lengua escrita y las matemáticas en primer grado), los centros psicopedagógicos que atendían en turno alterno a alumnos con problemas de aprendizaje de 2º a 6º grado y las unidades creadas para atender alumnos con capacidades y aptitudes sobresalientes (CAS) se reorganizaron en este sentido. Aunque no pertenecían a educación especial, sino a la Dirección de Educación Preescolar, también se propuso que los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) se convirtieran en USAER.

**El Centro de Atención Múltiple** fue definido en los siguientes términos: “institución educativa que ofrece educación básica para alumnos que presenten necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad”, y se le establecieron los siguientes propósitos:

- Proporcionar educación básica a los alumnos con o sin discapacidad que presentan necesidades educativas especiales realizando las adecuaciones pertinentes para lograr el acceso curricular.
- Propiciar el desarrollo integral de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales para favorecer su integración escolar, laboral y social conforme a sus requerimientos, características e intereses.
- Orientar a los padres de familia de la comunidad educativa acerca de los apoyos que requieren los alumnos con necesidades educativas especiales para propiciar su integración social y laboral.

La información disponible indica que la creación de los CAM y las diversas interpretaciones de las orientaciones acerca de sus funciones ha provocado situaciones como las siguientes:

- Se ha simulado que se trabaja con el currículo de la escuela regular. Además, las adecuaciones curriculares en muchas ocasiones no son congruentes con las necesidades y características de los alumnos.
- En los últimos años estos centros han rechazado a muchos alumnos con discapacidad severa o con discapacidad múltiple, bajo el argumento de que por sus características “no pueden acceder al currículo de la escuela regular”.
- La atención de alumnos con distintas discapacidades en un mismo grupo ha representado un reto no superado por muchos profesionales de educación especial, debido a que su formación y experiencia se relacionaban con la atención de una discapacidad; este reto se agregó al que implicaba el tránsito de un modelo clínico-terapéutico de atención a otro de tipo pedagógico.

- Algunos CAM atienden alumnos sin discapacidad, con el argumento de que no hay diferencia con las escuelas regulares ya que en ambas instituciones se trabaja con el mismo currículo.

Actualmente existen 1,292 Centros de Atención Múltiple en el país, que atienden 101,491 niños y jóvenes. De éstos, 453 cuentan con la modalidad de intervención temprana, 1,127 de educación primaria y 376 de capacitación laboral. Cabe destacar que ocho entidades no cuentan con la modalidad de intervención temprana. Asimismo, evidentemente, el número de centros que ofrecen capacitación laboral es insuficiente.

La atención educativa de la población infantil y juvenil con alguna discapacidad, tal como se reconoce en el Programa Nacional de Educación 2001-2006, constituye un desafío de la política educativa, no sólo por la insuficiente cobertura de los servicios sino también porque se identifican severos problemas en la calidad de la atención educativa que reciben actualmente. El mejoramiento de estos servicios exige contar con un diagnóstico preciso acerca de los logros del proceso de reorientación, las principales dificultades y especialmente de los beneficios educativos que recibe la población atendida.

Considerando que los niños con NEE, generalmente tienen algún tipo de daño neurológico, en el siguiente capítulo se explica el que nos concierne.

## **Capítulo 5. CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA.**

### **5.1. Antecedentes históricos**

La epilepsia recibió considerable atención en la Edad Media en el primer texto conocido sobre enfermedades pediátricas, publicado en 1472, hacía observar que la epilepsia era una enfermedad que restringía los miembros animados por la pérdida de la conciencia y controla los movimientos, casi enteramente, por la obstrucción que sobreviene en los ventrículos del cerebro y en las trayectorias de las corrientes sensoriales y motoras.

Vallejo (1996) se dice que los primeros estudios serios sobre los aspectos psiquiátricos de la epilepsia fueron publicados por Farlet, en 1860. Sus trabajos tienen vigencia aún, particularmente la distinción que aparece en el periodo ictal, preictal e interictal.

### **5.2. Definición de la epilepsia.**

Para entender como inicia la epilepsia se debe de conocer como funciona normalmente el cerebro. Morris (1997) explica que consiste en millones de neuronas que son células que tienen axones, los cuales conforman una red de conexiones. Cada neurona mantiene un estado eléctrico que es capaz de transmitirse a otras células. Esto sucede con la estimulación de una célula que produce la liberación de distintas sustancias que actúan como neurotransmisoras. El estímulo nervioso origina así el infinidad de procesos que ponen en juego lo que se hace en la vida cotidiana.

Ardila (1998), explica que todas las funciones del cerebro, incluyendo el sentido, la vista, el pensamiento y el movimiento muscular dependen de estos estímulos nerviosos que se originan en una y son transmitidos a otros. El cerebro normal esta constantemente generando estímulos eléctricos.

En la epilepsia este orden se ve afectado por descargas inapropiadas. Existe una descarga anormal breve en forma de tormenta de estímulos nerviosos originados en

una zona neuronal inestable debido a un defecto genético, o a una anomalía metabólica como bajos niveles de azúcar o alcohol. Además, las descargas anormales pueden originarse de zonas irritativas como tumores o traumas cerebrales.

En México, de acuerdo con el Capítulo Mexicano del Buró Internacional para la Epilepsia y el Capítulo Mexicano de la Liga Internacional contra la Epilepsia, esta afecta a 1-2% de la población mundial, por lo que inferimos que en México existen de 1 a 2 millones de personas con epilepsia. Aunque la epilepsia puede presentarse en personas de cualquier nivel socioeconómico, es más frecuente en los sectores de población más desprotegidos. Las personas con epilepsia tienen un riesgo de muerte tres veces más alto que las que no padecen crisis convulsivas.

La definición de la Epilepsia es: Un desorden de un número de células nerviosas en el cual existe una descarga anormal de impulsos nerviosos que son recidivantes y paroxísticos. Esto causa un mal funcionamiento de las otras células desencadenando movimientos involuntarios y pérdida de la conciencia. (Vallejo, 1996)

En 1973 la Liga Internacional contra la Epilepsia y la OMS definieron la epilepsia como "una afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes originadas por descargas excesivas de un grupo neuronal hiperexcitable y que se asocia con diferentes manifestaciones clínicas". (Vallejo, 1996, página 572)

Simon (1992) define una convulsión como un trastorno transitorio de la función cerebral debido a una descarga neural anormal; y la epilepsia como un grupo de trastornos caracterizados por ataques recurrentes, es también una causa común de pérdida episódica de conocimiento.

Y para poder entender mejor cual es el proceso que se genera en la crisis se divide su estudio en tres partes: Fenómenos al inicio de la crisis, Eventos durante la crisis y fenómenos que siguen al ataque (Simon 1992):

**a) Fenómenos al inicio de la crisis:**

En el inicio de algunos ataques se pueden presentar síntomas premonitorios estereotipados con frecuencia breves (aura), por ejemplo fenómenos motores sensitivos focales, como una sacudida involuntaria de una mano, parestesias focales, el voltear en forma forzada la mano.

También puede presentarse una sensación de temor, alucinaciones olfatorias o gustativas, *deja vú*, visión borrosa y desmayo; algunas veces van acompañados de disminución del riego sanguíneo al cerebro.

**b) Eventos durante el ataque:**

Por ejemplo en las convulsiones tónico-clónicas se caracterizan por pérdida de conocimiento (de hecho en la mayoría de los diferentes tipos de convulsiones) acompañadas de una rigidez tónica y seguida de movimientos clónicos.

Pero también se pueden presentar fenómenos ictales o bien hay manifestaciones motoras, se caracterizan por motora involuntaria coordinada, denominada "automatismo", que toma la forma de movimientos buco-linguales en casi el 75% de los pacientes y otros movimientos de cuello o la cara en cerca del 50%.

**c) Fenómenos que siguen al ataque:**

Un poco de confusión, desorientación o agitación (estado posictal), con frecuencia esta conducta es evidente para los que están alrededor, pero no puede ser notada por el paciente.

La epilepsia va acompañada de una serie de efectos secundarios a las convulsiones, son de origen orgánico, pero se reflejan en el aspecto Psíquico, Vallejo (1996) explica cuales son estos tres fenómenos que se presentan con las crisis:

### **5.3. Fenómenos psíquicos que se presentan en la epilepsia.**

De acuerdo con Vallejo (1996), en el libro de “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría” los primeros estudios serios sobre los aspectos psiquiátricos sobre la epilepsia fueron publicados por Farlet en 1980 y sus trabajos aún tienen vigencia; además el área que se debe ver desde el enfoque psiquiátrico son las manifestaciones psicopatológicas que pueden aparecer durante las epilepsias; por lo tanto hace una descripción de los tres fenómenos que acompañan a las crisis.

#### **5.3.1. Fenómenos ictales.**

El más evidente es la alteración del estado consciente. Adquieren especial relieve las alteraciones de está que conllevan un comportamiento complejo, coordinado, aparentemente finalista, pero automático, desligado de la voluntad y característico de la epilepsia psicomotora.

Oller (1982) distingue dos grandes grupos de crisis epilépticas según su corta o larga duración. Entre las primeras incluye:

1. Las ausencias
2. Crisis Parciales Complejas
  - Con Simple pérdida de conciencia.
  - Con sintomatología cognitiva (*deja vú*, pensamiento forzado, sentimientos de extrañeza)
  - Con sintomatología afectiva
  - Psicosenoriales (cuya expresión en el EEG ínter crítica suele ser un foco de puntas temporales. El trazado octal responde a diferentes patrones de crisis parciales complejas).

En las crisis epilépticas con sintomatología psíquica de larga duración aparecen dos grupos:

1. Estados de mal confusionales con punta-onda bilateral sincrona:

- Estado mal de ausencias típicas.
- Estado de mal de ausencias atípicas (frecuentes en niños con graves alteraciones neurológicas)
- Estados de mal confusionales con mioclonía
- Estados de mal con crisis tónica-clónica.
- Formas mixtas.

2. Estados confusionales de crisis parciales complejas:

- Estados de mal de crisis parciales complejas de tipo confusional: el enfermo desarrolla a veces una conducta normal o a veces agresiva o incorrecta.
- Estados de mal de crisis parciales complejas, caracterizadas por crisis subintrantes. Son típicos los automatismos entre mezclados.

No existen episodios psíquicos críticos de larga duración, a excepción de los estados confusionales antes descritos.

Entre las diferentes manifestaciones psíquicas que presenta un paciente con epilepsia se encuentra: agresividad, furor, crisis depresivas, etc. Se considera que probablemente son consecuencia de las mismas lesiones cerebrales que provocan las crisis. El tratamiento con antiepilépticos puede no solo no mejorar, si no agravarse el mal.

### **5.3.2. Fenómenos Periictales.**

Estos se subdividen en:

#### **PREICTALES.**

En primer lugar se encuentra el aura, que se define como un síntoma motor, sensorial, de curso autónomo o psíquico que marca el principio de una crisis parcial secundariamente generalizada o una parcial de sintomatología compleja. En ocasiones el aura no es el síntoma señal, si no que constituye por sí misma una convulsión.

A través de las características clínicas de las auras es posible, en ocasiones, la localización de la zona cerebral donde se origina la descarga. Las auras visuales y de dolor epigástrico acostumbran ser crisis parciales. Las olfativas puede deberse a un posible proceso expansivo cerebral; los fenómenos *jamaís* o *deja vú* son característicos del foco temporal anterior, mientras que la percepción de cambios de tamaño está relacionada con la epilepsia diencefálicas, talámicas o hipotalámicas.

Tienen las mismas localizaciones, las auras que se expresan como cambios en la intensidad del sonido, luces o emociones. La sensación de angustia y miedo van ligadas a una localidad temporal media y frontal. Las ilusiones o alucinaciones complejas son de estirpe temporal. Los trastornos visuales simples son occipitales y por último los hormigueos y parestesias se ligan al lóbulo temporal.

#### **POSTICTALES.**

Desde el punto de vista del EEG, consisten por lo regular en ondas lentas focalizadas o difusas, que se traducen en un sufrimiento neuronal parcial postcrítico o en la totalidad del cerebro. Psiquiátricamente corresponden a los estados de confusión, crepuscular o automatismo epiléptico.

#### **5.4. Formas de diagnóstico médico.**

Para el diagnóstico de la epilepsia la electroencefalografía logra apoyar de manera contundente, ya que permite la comprobación de anormalidad de ondas en espiga o afiladas, puede proporcionar una guía para el pronóstico y es capaz de ayudar en la clasificación del trastorno convulsivo.

Y la clasificación es importante para poder determinar cual es el anticonvulsante que se puede recetar. Por ejemplo las convulsiones de ausencia (pequeño mal) y las parciales complejas llegan a ser difíciles de diferenciar en clínica, pero el EEG y el tratamiento difieren en ambos padecimientos.

De acuerdo con Ardila (1998), en 1978 Richard Caton registró las variaciones de voltaje espontáneo en el cerebro del conejo. Más adelante otros investigadores “redescubrieron” el fenómeno.

En 1924 Hans Berger, psiquiatra alemán, comenzó a registrar los potenciales del cerebro de sujetos humanos a través del cráneo, en 1929 publicó, en su primer artículo, sus descubrimientos sobre la posibilidad de registrar y medir los potenciales eléctricos del cerebro humano. Indicó que la frecuencia y la amplitud de la corriente variaban en función del comportamiento del organismo, lo cual parecía novedoso en esa época.

El trabajo de Berger fue recibido con escepticismo en los círculos científicos, hasta que en 1934 Adrián y Matthews, de Cambridge, comprobaron el fenómeno. Y entre 1933 y 1939 se descubrieron parámetros y aplicaciones, por ejemplo Lennox y Gibbs encontraron patrones de onda que se asocian con la epilepsia. (Ardila, 1998)

Para poder diagnosticar la epilepsia el instrumento más utilizado es el Electroencefalograma, ya que permite una diferenciación entre los diferentes tipos que existen; el electroencefalograma es el registro eléctrico de la actividad cerebral y la presencia de descargas anormales permitirá corroborar la sospecha clínica de epilepsia e identificar el inicio focal o generalizado de las crisis.

No hay descargas específicas, excepto las ausencias típicas donde se presenta el patrón de espiga onda 3 ciclos/seg. Debe recordarse que en el 30 al 40% de los pacientes, el EEG es normal, porcentaje que puede disminuir utilizando métodos de activación como privación de sueño, telemetría, electrodos nasofaríngeos, etc. (Tierney, 2000).

Un EEG normal en un paciente con historia clínica clara de crisis convulsivas no debe ser motivo para no dar tratamiento.

## **5.5. Clasificación de los diferentes tipos de epilepsia.**

De acuerdo con Vallejo (1996) la clasificación de más adecuada es la que emite la Liga Internacional contra la Epilepsia. Por otra parte, Pryse-Philips (1998) dice al respecto que por desgracia los términos usados en esta área son confusos, por ejemplo la palabra *generalizada* describe convulsiones que son *bilaterales*, pero esta palabra también se usa para una clase específica de epilepsia.

De modo similar *Gran Mal* es otro término que se usa para una convulsión tónico-clónica mayor, pero ésta puede ser tanto generalizada como de origen focal.

Sin embargo, al igual que Vallejo (1996), Tierney (2002) y Simon (1992) reconocen la clasificación de la Liga Internacional contra la Epilepsia:

### **5.5.1. Crisis parciales o focales:**

La causa de la descarga eléctrica es una anomalía encefálica focal, aún cuando no pueda encontrarse una lesión estructural en el estudio clínico completo. El tipo de convulsión que resulta indica el área del encéfalo en la cual se inicia la descarga eléctrica anormal.

Pryse-Philips (1998) dice que si el foco de la convulsión esta en un área motora, las primeras manifestaciones serán de esta área; si esta cerca de la franja sensitiva del lóbulo parietal, las primeras manifestaciones serán sensitivas.

En este tipo de crisis, según Thierney (2002) las manifestaciones clínicas iniciales y electroencefalográficas de las convulsiones parciales, indican que solo está activa una porción restringida de los hemisferios cerebrales. Además que las manifestaciones ictales dependen de la región cerebral afectada.

Las convulsiones parciales se dividen en dos:

- **Con Sintomatología Elemental ó Convulsiones parciales simples:**

Para Tierney (2002) estas convulsiones llegan a manifestarse por síntomas motrices focales (espasmos convulsivos) o síntomas somato sensitivos los cuales se diseminan hacia diferentes partes de los miembros o del cuerpo según su representación cortical.

Se conserva el conocimiento a menos de que la descarga se extienda a otras áreas del encéfalo, produciendo ataques tónicos-clónicos. El *aura* es la parte de la convulsión que precede a la pérdida de la conciencia y del cual el paciente recuerda algo. Algunas veces el aura puede ser la manifestación de la descarga epiléptica (Simon, 1992).

Los síntomas psíquicos por lo general se acompañan de deterioro del estado de conciencia, disfasia, síntomas dismnésicos, ilusiones, alucinaciones estructurales, *déjà vu*, pensamiento forzado o procesos elaborados del pensamiento, trastornos afectivos (temor, depresión, una sensación inadecuada de placer).

Los síntomas autónomos pueden consistir en palidez, enrojecimiento, sudoración, piloerección, dilatación pupilar, vómito, borborigmo e incontinencia. Los ataques duran segundos o minutos y el EEG muestra una descarga contralateral generalmente originada focalmente.

▪ **Con sintomatología compleja ó convulsiones parciales complejas:**

De acuerdo a Simon (1992) estas convulsiones eran llamadas anteriormente convulsiones psicomotoras o del lóbulo temporal, son las que consisten en episodios en que la conciencia es dañada, pero no se pierde. La descarga de la convulsión por general se origina en el lóbulo temporal o el lóbulo frontal medial. Los síntomas pueden tomar muchas formas, pero en general son estereotipadas para el paciente individual.

Para Tierney (2002) El deterioro del estado de conciencia suele ir precedido, acompañarse o ir seguido de los síntomas psíquicos mencionados antes, como: deterioro del estado de conciencia, disfasia, síntomas dismnésicos, ilusiones, alucinaciones estructurales, déjà vu, pensamiento forzado o procesos elaborados del pensamiento, trastornos afectivos: temor, depresión, una sensación inadecuada de placer.

Las manifestaciones motoras de las convulsiones se caracterizan por motora involuntaria coordinada, denominada “automatismo”, que toma la forma de movimientos buco-linguales en casi el 75% de los pacientes y otros movimientos de cuello o la cara en cerca del 50%. Para su diagnóstico (Pryse-Philips, 1998) en el EEG se muestra una descarga contra lateral originada focalmente. Los ataques duran minutos y el EEG muestra descargas unilaterales o bilaterales que pueden ser difusas.

### **5.5.2. Crisis Generalizadas**

Simon (1992) describe que en el caso de las convulsiones de este tipo no se encuentra causa patológica ni estructural, los ataques parecen deberse a una disminución inherente del umbral para las convulsiones determinada genéticamente.

Incluso, la descarga se origina en un área profunda de la línea media del cerebro y en la parte superior del tallo encefálico y se propaga a ambos hemisferios causando una convulsión súbdita sin advertencia.

En la mayoría de los pacientes con este tipo de convulsión, es probable que se presenten las siguientes características:

- Opera un factor genético, de modo que a menudo hay antecedentes familiares de epilepsia.
- Las convulsiones se inician después de los 3 años de edad, pero pocas veces después de los 20.
- Las descargas anormales parecen originarse en estructuras centrales profundas del cerebro.
- No hay una anomalía patológica del encéfalo.
- No hay signos físicos entre los accesos convulsivos, y el EEG es el único estudio con resultados anormales.

El paciente no tiene conciencia de que está por iniciarse el ataque, ni de lo que ocurre durante su transcurso. Con la excepción de las mioclonías, los ataques convulsivos dejan a la persona sin memoria después de haberse padecido, a no ser por sus efectos, que son el encontrarse incontinentemente en el piso, con mordeduras en la lengua y músculos adoloridos.

Se dividen en:

- Ausencias
- Mioclónicas masivas bilaterales
- Espasmos infantiles
- Crisis clónicas
- Crisis tónicas
- Crisis atónicas
- Crisis acinéticas.

### **5.5.3. Crisis Unilaterales.**

- Crisis unilaterales.

- Crisis hemiclónicas
- Crisis hemitónicas.
- Crisis hemito-clónicas
- Crisis atónicas unilaterales
- Crisis mioclónicas unilaterales
- Espasmos infantiles unilaterales
- Ausencias con manifestaciones motoras unilaterales.
- Crisis anárquicas.

## **5.6. ETIOLOGÍA DE LA EPILEPSIA.**

Para Tierney (2002) y Simon (1992), la epilepsia tiene varias causas y la más probable se relaciona con la edad de su aparición, en la mayoría de los pacientes, comienzan entre los 5 y 25 años

Las convulsiones pueden ser el resultado de la disfunción del sistema nervioso central o un trastorno metabólico fundamental o enfermedad sistémica. Esta diferenciación debe ser crítica, ya que el tratamiento debe ser dirigido al trastorno fundamental. (Simon, 1992)

Para Tierney (2002) las causas más frecuentes de la epilepsia son:

- Idiopática o constitucional: Las convulsiones por lo general se inician entre los 5 y 20 años de edad, aunque suelen hacerlo de forma tardía. No es posible identificar un motivo específico y no se presentan otras anormalidades neurológicas.
- Sintomática: Existen muchas causas e la convulsiones recidivantes:

1. Las *anormalidades congénitas y las lesiones perinatales* ocasionan convulsiones que aparecen durante la infancia o lactancia.
2. Los *trastornos metabólicos* como la supresión de alcohol y/o fármacos es una causa común de las convulsiones recurrentes y también pueden ser responsables de otros trastornos como la uremia o hipoglucemia.
3. El *Traumatismo* constituye una razón importante de la convulsiones en cualquier edad, pero especialmente en los adultos jóvenes, es más probable que se presente cuando hay una perforación de la duramadre y por lo general se manifiesta en el lapso de dos años consecuentes a la lesión.
4. Los *tumores y otras lesiones ocupantes* suelen dar a lugar en cualquier edad, pero constituye una causa especialmente importante en las etapas media y tardía de la vida, en las cuales aumenta la frecuencia de la enfermedad neoplásica. En varias ocasiones las convulsiones representan los síntomas iniciales de un tumor y a menudo tiene carácter parcial. Es más probable su presencia en el caso de lesiones estructurales que afectan las regiones frontal, parietal o temporal.
5. Cada vez con mayor frecuencia las *enfermedades vasculares* son causa de convulsiones a medida que la edad avanza y constituyen la razón más común de convulsiones con inicio en los 60 años o más.
6. Los *trastornos degenerativos* como la Enfermedad del Alzheimer.
7. Las *enfermedades infecciosas* deben considerarse en todos los grupos de edad, sobre todo cuando se presenta padecimientos

infecciosos o inflamatorios como meningitis bacteriana o encefalitis herpética o bien neurosífilis o cisticercosis cerebral. En los pacientes con Sida pueden ser el resultado de toxoplasmosis en el sistema nervioso o bien meningitis criptocócica, o bien otras complicaciones infecciosas.

## **5.7. TRATAMIENTO MÉDICO.**

Casi en todos los tipos de epilepsia se administra algún tipo de tratamiento farmacológico, con la intención de prevenir los ataques, por lo general se continúa con el medicamento hasta que ya no se presenten las convulsiones.

De acuerdo con lo expuesto por Tierney (2002) y Simon (1998) se puede resumir que para tratar un padecimiento se pueden establecer cuatro principios claves para el manejo del problema:

1. Establecer un diagnóstico de epilepsia antes de iniciar el tratamiento.
2. Elección del medicamento: La dosis del fármaco aumenta de manera gradual hasta que se controlan las convulsiones o los efectos adversos evitan incrementos subsecuentes. En caso de continuar las convulsiones a pesar de fármaco, se agrega un segundo medicamento y la dosis de este se aumenta de acuerdo con la tolerancia. Los medicamentos más utilizados son: Carbamacepina, fenitoína, ácido valproico o fenobarbital o primidona.
3. Vigilancia: Se observan de las concentraciones séricas de los medicamentos ha llevado a logros importantes con los anticonvulsivos. Todos los anticonvulsivos presentan efectos adversos y debido a ello se necesitan estudios periódicos por ejemplo de función hepática o biometría hemática.

Otras de las funciones de vigilar el tratamiento es por que es necesario valorar como esta resultando el medicamento.

4. Interrupción del medicamento: Sólo cuando los pacientes han estado libres de convulsiones durante varios años (al menos 3) se debe valorar la posibilidad de retirar el medicamento.

Pero para Tierney (2002) también existe otra opción: el tratamiento quirúrgico, este es utilizado en pacientes con epilepsia remediable por cirugía o bien con pacientes con convulsiones refractarias al tratamiento farmacológico.

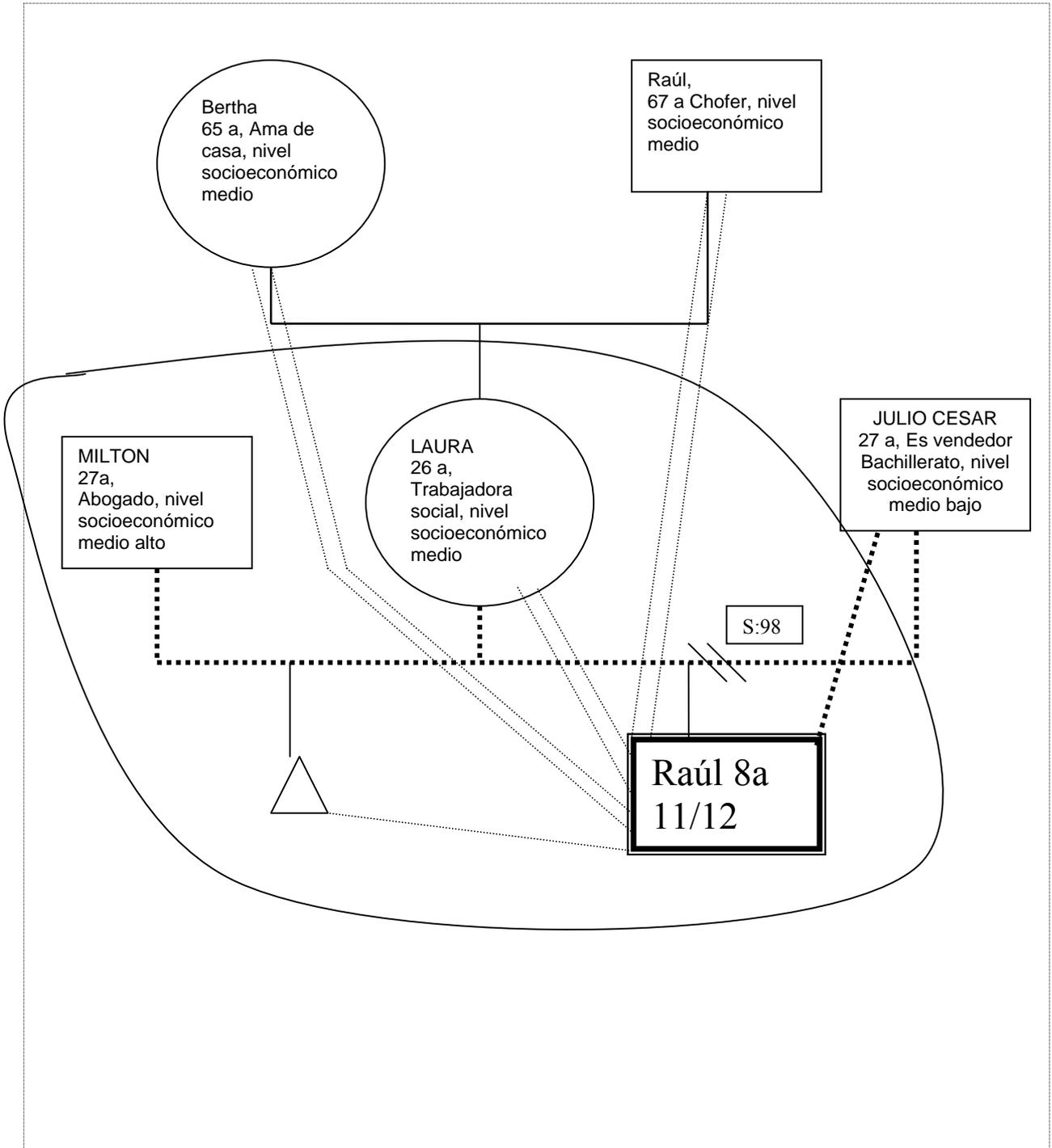
Sin embargo, a pesar de que la epilepsia es una enfermedad que se ve acompañada de un medicamento, no conviene olvidar que no es curable, ni reversible, en el mejor de los casos es solo controlada.

El daño que generan las crisis convulsivas produce que las personas que padecen esta enfermedad tengan secuelas no solo en su vida diaria, si no también en el detrimento de procesos mentales superiores que incluyen el pensamiento, la memoria, etc. Este daño en repetidas ocasiones se ve reflejado en un déficit en los aspectos cognitivos, dicho de otra manera en una discapacidad intelectual.

La finalidad de este capítulo fue una breve explicación de la afección que representa la epilepsia. En el siguiente capítulo se hace la descripción del caso que fue valorado, para la realización de esta tesis.

## Capítulo 6. PRESENTACIÓN DE CASO.

### 6.1. Genograma.



## 6.2. Entrevista.

Las cuatro entrevistas fueron Entrevistas semi-estructuradas o semi-abiertas, pues se trabajo con preguntas abiertas pero utilizamos la secuencia prefijada que aparece en el anexo 9, junto con las transcripciones de las entrevistas.

La primera entrevista fue realizada en Centro de Atención Múltiple No. 1, en el salón de multigrado; la informante fue la madre del niño y las entrevistadoras las autoras de esta tesis, se le informó que la finalidad de la entrevista era recabar información para realizarle un Psicodiagnóstico a Raúl. La madre se mostró cooperativa en cuanto a brindar información acerca del padecimiento del niño, sin embargo pensamos que hubo resistencia para del papá de Raúl, pues en la entrevista sus respuestas fueron muy elocuentes.

Debido a lo limitado del tiempo la información que se obtuvo en la entrevista con la madre dejó muchos huecos; sin embargo no se pudo concertar una cita posterior con la informante debido a nos informó que no podía estar faltando a su trabajo y nos dijo que la que si podía estar asistiendo era la abuela.

La información que no fue recabada en esta primera entrevista con la madre fue complementada con la que se obtuvo de la abuela, ya que ella es la encargada del cuidado de Raúl, pues es ella quien va por él a la escuela y está con él todo el día.

Un punto que merece especial atención es que ni la madre ni la abuela proporcionaron datos específicos acerca del padre del Raúl, y los pocos que se mencionaron están relacionados con la actitud del padre respecto al embarazo.

Durante el lapso que se realizó la evaluación Raúl estaba atravesando muchos cambios, por principio de cuentas fue cambiado de maestra y de salón, en donde comenzó a convivir con niños más grandes que él; por otra parte la madre de Raúl se casó. Raúl y su madre vivían con la Sra. Berta en su casa, pero después de este evento se fueron a vivir a otra casa. Además la Sra. Laura estaba embarazada.

Raúl es un niño de 8 años 11 meses, diagnosticado con epilepsia, medicado con Topamax; asiste a la escuela en el Centro de Atención Múltiple No. 1 situado en Pachuca, Hidalgo; cursa en el grupo de tercer año.

### **1. Relación de pareja de los padres.**

Como ya se menciona anteriormente no obtuvo información de este rubro, debido a la resistencia de la madre y la abuela para hablar de este tema. Sin embargo se pudo rescatar el hecho de que los padres de Raúl fueron novios “durante algún tiempo” durante la preparatoria.

### **2. Concepción y embarazo.**

La madre tenía 17 y el padre 18 cuando se embarazó. A los 20 días de que el padre se enteró de que la Sra. Laura estaba embarazada deja de tener contacto.

De acuerdo con lo que dice la abuela, “el padre desapareció después de que se enteró y no se ofreció a nada”, al parecer la abuela paterna se lleva al padre a radicar a otra ciudad.

Durante el embarazo la Sra. Laura vivió con su familia (padres y hermanos); en el aspecto emocional sufrió de “depresiones”, relata que no comía, lloraba todo el día y “se aislaba en su casa”; por otra parte en el aspecto físico padeció de infecciones en las vías urinarias y reporta que asistía a un chequeo mensual para monitorear el embarazo.

Aproximadamente a los 8 meses detectaron en el bebé un “problema”, pero en palabras de la madre, los médicos no supieron explicarle de que se trataba con exactitud.

### 3. Nacimiento.

El embarazo fue una gestación de 9 meses, resuelto a término vía vaginal y de acuerdo a los reportes médicos no hubo datos de hipoxia neonatal, y el niño pesó 3 Kg. al nacer.

Nació en el Hospital General de la ciudad de Tulancingo, a las pocas horas de nacido la abuela (la Sra. Berta) se da cuenta de que el niño “tenía algo raro” pues no lloraba y “como que no reaccionaba”.

Lo llevo con un médico particular que lo trasladó de inmediato a la ciudad de Pachuca, cuando la abuela relata este hecho, lo hace con un poco de ansiedad y angustia, quizá melancolía.

Una vez que habían llegado a Pachuca lo internan en el Hospital General, pues el médico dijo *“si buscamos otro lugar, ya no llega”*. A las 48 horas de nacido ya estaba hospitalizado, se le diagnosticó con “Enfermedad hemorrágica y al parecrespsis” y egresa a los 15 días por mejoría.

Reingresó por hematoma temporoparietoccipital izquierdo y occipital derecho. A las 4 semanas de vida presentó crisis convulsivas Tónico-clónicas focalizadas a hemacuerpos izquierdos.

Durante el periodo que Raúl estuvo hospitalizado, su madre también estuvo internada en el mismo hospital, ya que presentaba hemorragia y estado de choque.

El nacimiento fue un evento detonador de cambio en la estructura familiar, pues antes de que naciera el niño, la familia vivía en la ciudad de Tulancingo y de acuerdo a la abuela “tuve que venirme a vivir para Pachuca, para atenderlos mejor y que Raúl tuviera mejor atención médica”.

Cuando Raúl tenía tres meses la Sra. Laura entró a la Universidad a estudiar Servicio Social y Raúl se quedó a cargo de la abuela materna.

#### **4. Alimentación.**

De recién nacido cuando estaba en el hospital, se lo llevaban a la madre, por que no quería comer; además que no reaccionaba ante los estímulos visuales o táctiles.

Fue amamantado durante 3 meses y después tomó fórmula, comenzó a comer sólidos cuando tenía 6 meses y en general tenía muy buen apetito.

Antes de que se presentaran las crisis convulsivas de difícil control, la abuela de Raúl creía que era un niño muy rebelde y que no obedecía, mencionó que ella era muy estricta con sus hijos y que iba a ser igual con Raúl, por eso es que “lo amarraba” a la silla para que comiera.

Actualmente debido al estado de ánimo que le causa el medicamento, hay periodos en los que no quiere comer; la abuela reporta que no quiere comer más que papas a la francesa, nueces y chatarra en general.

#### **5. Sueño.**

Desde que cumplió un año no tenía siestas durante el día, para cuando cumplió 3 años se tenían que turnar para cuidarlo pues casi no dormía durante las noches, la madre relata que “jugaba como si nada”, pero que los médicos no le dieron importancia.

Actualmente la abuela materna dice que duerme muy poco durante la noche y que cuesta trabajo dormirlo.

#### **5. Entrenamiento de esfínteres**

Comenzó el entrenamiento a los 2 años, pero el niño no respondía, comenzó a controlar el esfínter urinario hasta que entró al Preescolar, “pero a veces le ganaba”. El esfínter anal lo controla medianamente cuando cumplió los 4 años de edad. No se recabó información acerca de la manera de cómo se realizó el entrenamiento.

Cuando entro a la primaria logró un control total, sin embargo debido a las crisis de difícil control que se le presentaron cuando tenía 7 años, de nuevo “le gana a veces”.

La actitud de la madre al respecto era conciliadora, al igual que la de abuela, pues la debido que la situación de Raúl era muy delicada debido a las crisis.

## **6. Lenguaje.**

Comenzó a balbucear a los 10 meses, al año fueron sus primeras palabras, no se tienen datos acerca de cuando sucedió la ilación de palabras.

De acuerdo con lo que reporta la terapeuta de Lenguaje de la Escuela, actualmente en el aspecto fonológico, presenta alteración en fonemas R y RR y sílabas compuestas; la mayor parte de su diálogo es relación a personajes de caricaturas y programas de TV.

De acuerdo con lo observado en las sesiones de la evaluación, Raúl tiende a hablar como bebé, sobre todo cuando se le pregunta cosas que lo ponen nervioso por ejemplo si no sabe la respuesta o le da pena decirlo. También cuando se enoja o se desconcentra habla como algún personaje de caricatura.

## **7. Desarrollo motor.**

Sostuvo la cabeza a los 6 meses, sedestación a los 7-8 meses, no gateó; comenzó a caminar al año; cuando tenía como 4 años se dieron cuenta de que su brazo derecho “era mas delgado y débil” que el izquierdo, debido a eso estuvo durante un año en terapia física en el CRIH.

Cuando comenzaron las convulsiones de difícil control se vieron afectadas muchas áreas y entre ellas el área motora sufrió daños considerables pues dejó de escribir e incluso caminaba de manera poco coordinada.

Actualmente la motora gruesa cursa con aparente normalidad, mientras que la motora fina es más deficiente, para poder tomar los objetos pequeños utiliza su mano como garra.

## **8. Desarrollo sexual.**

Raúl ya sabe cual es diferencia física entre una niña y un niño, lo aprendió en el grupo al cual fue integrado recientemente, sin embargo no identifica claramente cual es rol social que cada uno desempeña.

## **9. Historia escolar.**

El menor paso por cuatro preescolares el primero fue el de la Col. Piracantos, en la que permaneció 6 meses, la familia se muda a Querétaro en donde ingresa a la escuela en donde se le detecta una problemática escolar asociada aparentemente a hiperactividad.

Al regresar de Querétaro cursa 6 meses en el preescolar Colosio, pero lo rechazaron por su Hiperactividad, ingresando 6 meses después al preescolar “Margarita Gómez Palacios”, donde mejora un poco su conducta y es aquí donde concluye la educación preescolar.

A los 6 años, ingresa a la primaria regular, asiste 15 días y es rechazado por su conducta y regresa al preescolar “Margarita Gómez Palacios”, donde cursa el ciclo escolar completo; esto por sugerencia de la Dir. de Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) No. 3.

Reingreso a la primaria a los 7 años en la escuela Leonardo Domínguez de Piracantos, por que contaba con el Servicio de USAER. Cursando hasta Diciembre de 2002, debido a que inicia las crisis convulsivas tipo ausencia. Por recomendación de los neurólogos es canalizado a Educación Especial.

Después de que se presentan las crisis de difícil control Raúl recibe apoyo en su casa y le contratan a un maestro particular, pero dice la madre que “le corrió a 4 maestras, por que no se entendía con ninguna”.

Cuando llegó a la escuela de educación especial, ingresa al grupo de segundo grado, pero la maestra que era la encargada de grupo deja temporalmente la escuela y es asignado a otro grupo, el grupo de tercero.

Ha recibido apoyo en lenguaje, terapia física y ocupacional en el Dif, CRIH; además tuvo apoyo pedagógicos extraescolares cuando cursó la primaria regular.

### **10. Salud.**

Raúl tuvo problemas al nacer, presentó hematoma temporoparietoccipital izquierdo y occipital derecho, lo cual es diagnosticado con una tomografía; de recién nacido estuvo hospitalizado dos veces y en la segunda ocasión permanece 15 días hospitalizado. Tomó fenobarbital hasta el año y medio de vida.

La abuela relata que a raíz de eso corrían al hospital por cualquier situación, pero la salud de Raúl era aparentemente buena.

Cuando Raúl tenía como 4 años se dieron cuenta de que tenía un brazo más delgado que otro y asistía a terapia en el Centro de Rehabilitación de Hidalgo (Crih).

Cuando cumplió los 7 años se presentan convulsiones de difícil control y neurólogo diagnóstica encefalopatía fija con secuelas de retardo psicomotor, y conducta hiperactiva, además de epilepsia.

A partir de este evento la vida de Raúl dio un giro enorme, por que a pesar de que antes de esto su conducta era "inestable", asistía con regularidad a la escuela sin embargo debido a que las crisis le daban muy seguido se le contrato un maestro y se quedó en casa.

Estas crisis de difícil control dejaron graves secuelas y a raíz de estas la motora y otros aspectos cognitivos de Raúl fueron dañados severamente.

La epilepsia que padece ha sido tratada con Fenobarbital, Deakene, Ácido valproico y Valproato de magnesio. Actualmente es tratado con Topamax

### **11. Juego.**

Ve televisión la mayor parte del tiempo, los programas que ve son: Pokemon, Zoids, Yugi-Oh, El chavo del 8, Alegrijes y Rebujos, Power Rangers. Sus fantasías son referidas a estas caricaturas, además adopta el nombre y conducta de algunos de estos personajes.

### *6.3. Test Gestáltico visomotor de Laurretta Bender, valorado de acuerdo a la escala de Elizabeth Koppitz. (Anexo 1)*

Esta prueba será utilizada únicamente para valorar el nivel de maduración, ya que como se menciona antes son diferentes los aspectos que se pueden valorar con esta prueba.

#### VALORES NORMATIVOS:

1. Comparado con otros niños de su edad, Raúl esta muy por debajo de la media.
2. Raúl tiene una percepción viso-motora muy por debajo de la media, comparada con otros niños del mismo nivel de maduración en la percepción viso-motora.
3. En términos escolares esta muy por debajo de la media.

En la actuación dentro de la aplicación de la prueba, se mostró cooperativo, pero omitió o distorsionó las figuras con ángulos como son los rombos y los cuadros, dibujaba rápido y sin coordinación, la velocidad con la que dibuja sugiere impulsividad y mediana capacidad de atención.

Para determinar si hay daño cerebral en el manual se piden determinadas características que no presenta Raúl como se muestra en la tabla, sin embargo existe un estudio neurológico anterior que comprueba la existencia de la organicidad.

FIGURA A		FIGURA 5	
1a Distorsión de la forma	0	15 Círculos por puntos	0
1b Desproporción	1	16 Rotación	1
2 Rotación	1	17a Desintegración de la forma	0
3 Integración	1	17b Línea continua **	0
FIGURA 1		FIGURA 6	
4 Círculos por puntos	0	18A Curvas sustituidas por ángulos	1
5 Rotación	0	18b Ninguna curva **	0
6 Perseverancia &	0	19 Integración	1
		20 Perseveración &	0
FIGURA 2		FIGURA 7	
7 Rotación	0	21a Desproporción	0
8 Integración !	1	21b Distorsión de la forma	0
9 Perseverancia &	0	22 Rotación	0
FIGURA 3		23 Integración	0
10 Círculos por puntos	0		
11 Rotación &	1	Figura 8	
12a Integración	1	24 Distorsión de la forma	0
12b Línea Continua**	0	25 Rotación **	0
FIGURA 4			
13 Rotación **	1		
14 Integración	1		
<b>TOTAL 11</b>			
** Altamente significativa DN			
! Altamente significativa DN 6 años			
& Altamente significativa DN 7 años			

#### **6.4. Test Proyectivo de Karen Machover de la figura humana. (Dibujo anexo 2)**

La realización de esta prueba fue lograda en el inicio de la tercera sesión, Raúl se mostraba cooperativo pero como siempre con atención dispersa y discurso poco hilado; el dibujo que realizó fue el de una caricatura ya que se negó rotundamente a dibujar a alguna persona (al principio la indicación fue dibuja una persona, a lo que el contestó que no, entonces se le digo que se dibujara y de nuevo se negó, se le pidió que dibujara a alguna persona que el que quisiera pero de nuevo no accedió).

El personaje de caricatura que dibujo fue “batamon”, este personaje sin embargo durante el relato del dibujo las características que Raúl mencionaba del personaje no fueron las que en realidad tiene este personaje.

Durante el proceso del dibujo Raúl dio puñetazos al aire y se comienza a enojar, el discurso se presenta como a continuación se relata:

*Esta cuidando tu casa, porque se meten unos perros... los perros son de los vecinos, los perros son malos...a veces un gato y a veces un perro... cuando el gato se mete a la casa tiene garras y rasguña a todos.*

En esta parte se le pregunta ¿Qué están haciendo los de la casa?, a lo que contesta con una descripción de los poderes del personaje: hecha burbujas, vuela, “algo mas que tiene adentro”, “tiene algo para que camine”.

Después relata que Batamon se siente bien y dice: *No tiene casa pero lo cuidan en nuestra casa y contento y feliz se pone a jugar con Raúl y tiene otro poder... yo voy a cuidar de Batamon...*

De acuerdo al discurso se puede decir que en este refleja, la seguridad que le proporciona una nueva casa y se siente contento acerca de los cambios que han ocurrido en su entorno familiar.

Se le pregunta ¿Cuántos años tiene batamon? A lo que responde que 2, también se le pregunta el sexo y dice que es niño, pero remata diciendo que Batamon no tiene mamá.

Esta prueba nos da como resultado los siguientes rasgos, para empezar el trazo realizado no corresponde al trazo de un niño de la edad de Raúl, ya que es una figura grande vacía y pobremente proporcionada. El trazo esta hecho con una línea gruesa y pesada en la cual se muestra poca habilidad. Este rasgo en particular puede ser interpretado como infantilismo y una incapacidad orgánica de controlar el dibujo.

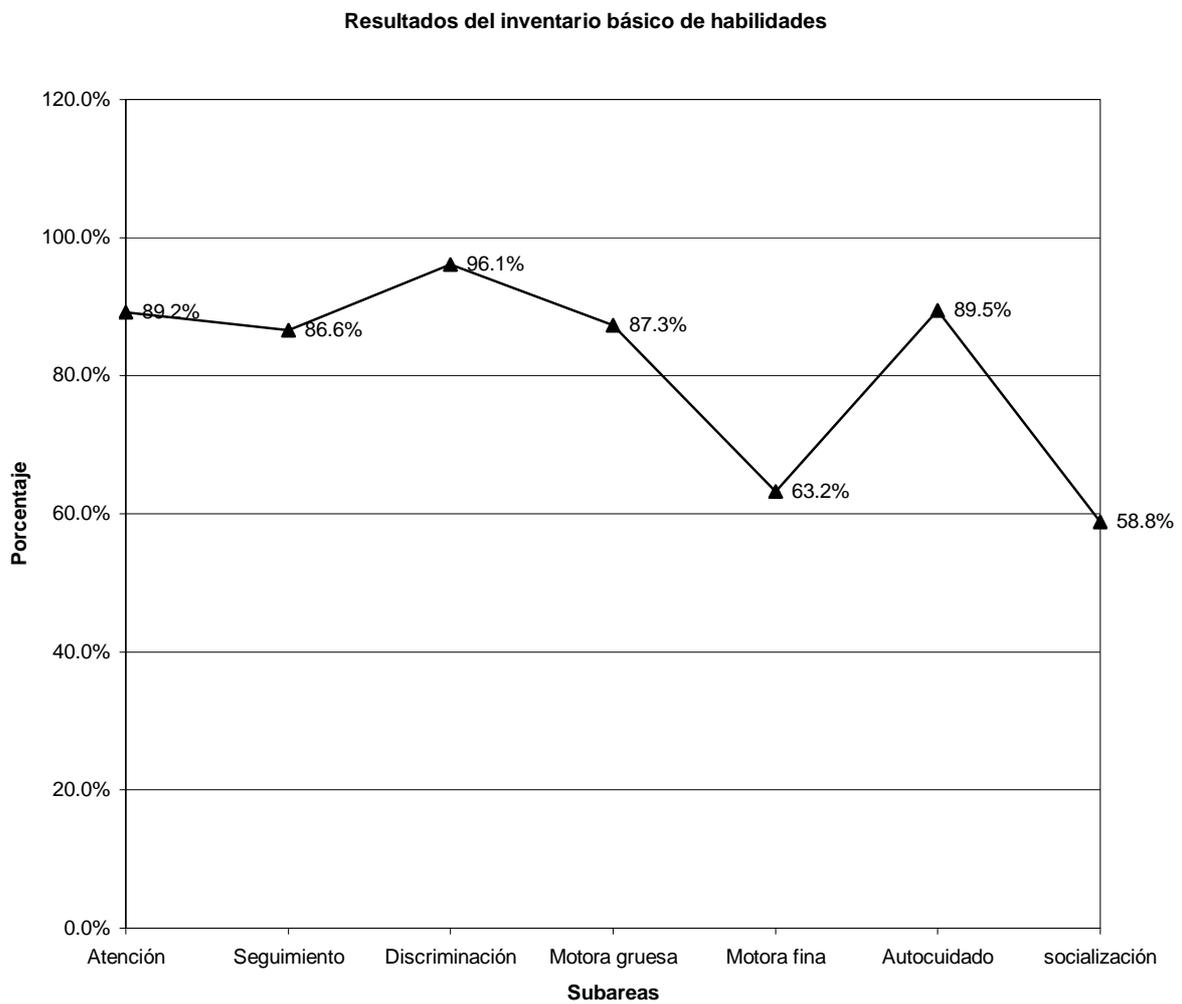
Los ojos son vacíos sintomáticos de inmadurez emocional y egocentrismo, al igual que percibe el mundo vagamente, así como débil discriminación de detalles.

La calidad del trazo y la falta de elementos para su edad cronológica es indicio de organicidad.

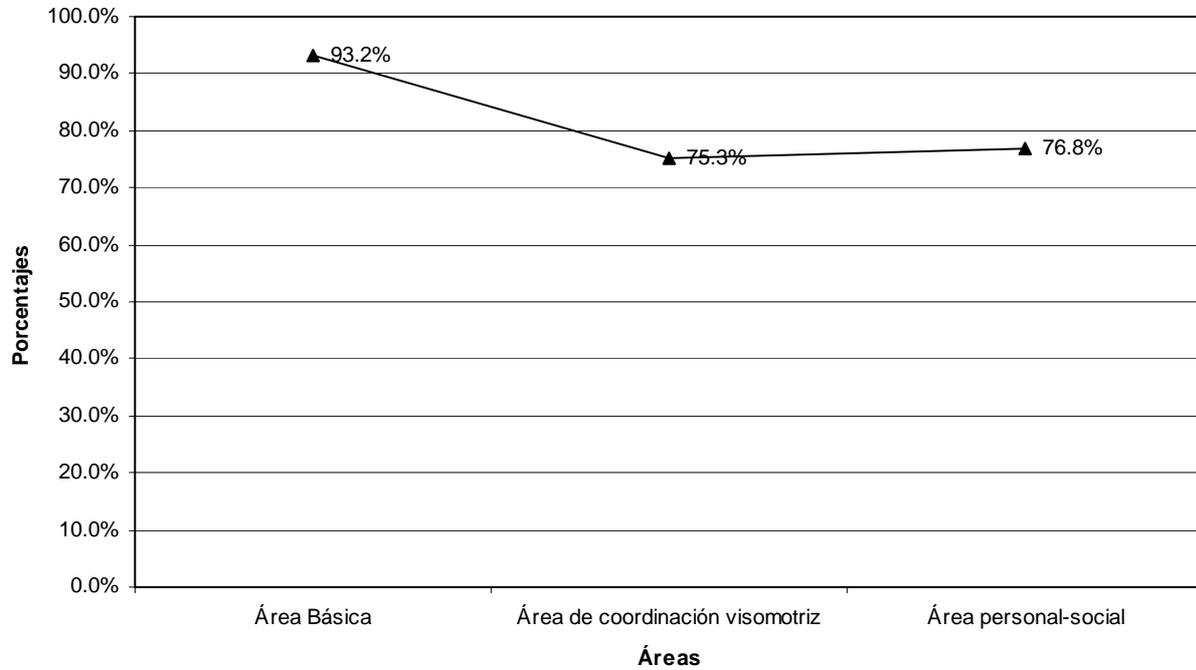
## 6.5. Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay.

### (Anexo 3)

La ponderación que arroja el Inventario de habilidades es un porcentaje calculado del número de aciertos sobre el número total de consignas que se valoran



Resultados por Áreas



**Área básica:**

Atención: se orienta visualmente a los estímulos indicados, capaz de concentrarse en las actividades visomotoras finas el tiempo suficiente para concluir las, siendo que sus periodos de atención eran breves, sin embargo realizó las consignas como se le indicaba.

Seguimiento de instrucciones: sigue instrucciones de autocuidado, habilidades domésticas y coordinación de motora fina. Requiere de la supervisión del instructor para responder correctamente.

Imitación: imitaba las acciones del instructor y se requirió insistencia para realizar las consignas de una manera ordenada.

Discriminación: iguala y diferencia figuras geométricas, también ubica cosas tempoespacialmente.

### **Área personal- social.**

Auto cuidado: las actividades relacionadas con este aspecto las realiza óptimamente, es autosuficiente para tareas de vestido y desvestido, aseo corporal.

Socialización: en algunas situaciones rechazó el contacto con otras personas adultas, mostrando un nivel adecuado de responsividad ante la estimulación social de niños de su edad.

### **Área de coordinación visomotriz.**

Coordinación motora gruesa: en las actividades de desplazamiento mostró leve torpeza al no seguir adecuadamente las líneas.

Dentro del rango de equilibrio estático no llevo a cabo de manera adecuada las consignas.

Coordinación motora fina: realizó adecuadamente movimientos básicos con respecto a los movimientos de precisión mostró dificultad al no recortar adecuadamente. Además de no copiar adecuadamente ni uniendo puntos.

### **CONCLUSIONES DEL INVENTARIO DE HABILIDADES BÁSICAS.**

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de Raúl se detectaron deficiencias en las subáreas de motora fina y socialización y seguimiento instruccional, así como las áreas de coordinación de visomotriz y área personal social, tal como se esquematiza en su perfil general a si como en el perfil de integración por subáreas.

En lo que se refiere a los resultados en la subarea de seguimiento instruccional y de socialización posiblemente estén relacionadas, pues al no tener un buen contacto con las personas, le es difícil seguir las instrucciones aunque esto no se debe tomar como

algo determinante, pues Raúl puede mejorar sus relaciones con las personas y así tener mas atención a las indicaciones de las tareas.

Es de suma importancia que Raúl elimine las conductas inadecuadas presentadas en el área de socialización, así como en el mejor manejo de su coordinación motora fina, pues los avances que tenga en estas dos áreas serán determinantes para mejorar el desenvolvimiento cotidiano, en el medio familiar, escolar y social.

## 6.6. Escala de inteligencia de Wescheler WISC-RM (Anexo 4)

El sujeto obtiene en la escala total de la prueba un **CI total de 54**, que lo ubica como un sujeto con deficiencia mental ligera, sin embargo podemos concluir que en el momento de la aplicación, el sujeto no utiliza todo su potencial intelectual debido a que su atención estaba dispersa y por lo tanto se puede esperar mas de él en su rendimiento total.

A nivel de escalas, obtiene en la escala Verbal un CI de 54, que corresponde a un Nivel de deficiencia mental ligera, en la escala Ejecutiva un CI de 64, correspondiendo a un nivel de deficiencia mental ligera.

En cuanto a su desempeño, en los sub. Tests de la prueba, Raúl presenta los siguientes resultados:

### **AREA VERBAL:**

- En **Información** (que esta referido a conocimientos generales, asimilación de experiencias y memoria remota). Raúl presenta un bajo rendimiento debido a que los conocimientos generales que posee, están muy por debajo a lo que se espera en un niño de su edad, ya que si hay indicios de memoria a largo plazo y un profundo interés en el medio, además de que Raúl se esfuerza por adquirir conocimientos.
- **Semejanzas** (Tiene que ver con la Comprensión, relaciones conceptuales, pensamiento abstracto, funcional y asociativo) presenta una relación conceptual débil, sin embargo hay indicios de que encuentra una semejanza no formal como lo solicita el manual de la prueba, a pesar del resultado obtenido, en la aplicación de la prueba se observo que tiene pensamiento abstracto, funcional y concreto.

- **Aritmética,** (Que esta referido a la concentración, razonamiento y cálculo numérico) Esta Subtest se encuentra un nivel muy por debajo a lo esperado a su edad cronológica, no tiene capacidad para poder realizar una operación de aritmética.
- **Vocabulario** (que está referido a la riqueza, calidad y tipo de Lenguaje e ideas) Tiene un desempeño muy bajo en esta área, ya que su repertorio de vocabulario es muy limitado, por lo tanto no tiene riqueza de ideas y el nivel de lenguaje que tiene es muy deficiente, ya que la calidad y fluidez no son buenas; sin embargo a pesar de que no hay problemas graves de articulación, si demerita la fluidez de su discurso.
- **Comprensión.** (tiene que ver con el juicio lógico y convencional, sentido práctico, creatividad de solución de problemas, forma de poder utilizar la experiencia pasada en forma socialmente aceptada) Para Raúl la comprensión de las normas sociales, el sentido común y la capacidad de evaluar son habilidades que no están pertinentemente desarrolladas, siendo que esto no le permite distinguir que conductas están dentro de lo que socialmente es aceptado.

### **ESCALA DE EJECUCIÓN:**

- **Figuras incompletas.** (que tiene que ver con la capacidad de organización visual que implica el reconocimiento de la características esenciales y no esenciales, detecta el nivel de atención y observación) Se puede deducir que Raúl en las primeras imágenes si logró un buen desempeño, sin embargo y debido a sus periodos cortos de atención y su poca capacidad de análisis en las imágenes su atención se descentraliza.
- **Ordenación de dibujos** (tiene que ver con anticipación y planificación de situaciones consecutivas y causales; sensibilidad hacia aspectos sociales, sentido común y su inteligencia aplicada a relaciones interpersonales) No tiene

capacidad de anticipación y planificación de acciones consecutivas, por una parte debido a que sus periodos de atención son cortos.

- En la **Composición de Objetos** (que esta referido a la memoria de formas, orientación y estructuras espaciales); se observa deficiencias en el análisis y síntesis de la reproducción de dibujos abstractos, coordinación visomotora, en cuanto a lo que concierne al área de razonamiento y aspectos lógicos a situaciones espaciales se observa que la capacidad de Raúl tiene un mejor desempeño.
- **Claves** (anticipación visual de las relaciones parte y todo en una situación no estructurada). Raúl no tiene anticipación visual y aunado a esto, esta el hecho de que las grafías que se usan en la prueba son de difícil comprensión para él.

## 6.7. Resultados.

En el nacimiento del sujeto no se reportan datos de hipoxia neonatal, sin embargo hubo complicaciones, a las 48 horas de nacido es hospitalizado y se le diagnóstica con *enfermedad hemorrágica y parecrespsis*, egresando a los 15 días por mejoría. Reingresó por hematoma temporo-parietoccipital izquierdo y occipital derecho. (Anexo 5)

A las cuatro semanas de vida presentó *crisis convulsivas tónico-clónicas focalizadas a hemacuerpos izquierdos*, para su adecuada valoración es realizada en mayo de 1995 una tomografía cráneo-encefálica, donde muestra cambios en relación al hematoma subdural crónico temporo-parietal izquierdo, con datos que sugieren encefalomalacia post-isquémica en una extensa región del hemisferio izquierdo.(Anexo 6)

A los ocho meses, en Diciembre de 1995 se toma una segunda tomografía en fase simple y contrastada, en donde se concluye que hay atrofia de lóbulos temporal izquierdos y en menor grado parietal y frontal del mismo lado; con la consecuente desviación de la línea media a la izquierda e hipertrofia hemisférica derecha.

El niño cuando cumplió 4 años entró al kinder, estuvo en diferentes escuelas preescolares debido a dos situaciones:

- a) Conducta aparentemente hiperactiva,
- b) La familia nuclear, de ese entonces, se mudó a la Cd. de Querétaro.

A pesar de lo anterior, concluyó la educación preescolar en una escuela particular, en julio del 2001.

Hasta este punto se puede deducir que la conducta que presentaba el niño es un resultado de la situación neurológica que le antecede, además de la situación emocional que lo rodeaba en ese momento, ya que sus papás tenían una relación inestable y debido a eso los padres se separan en el 2001

En noviembre de ese mismo año se le canaliza al departamento de psicología de Hospital del Niño DIF, debido a que presentaba *Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad*, donde se emite un informe del paciente.

En dicho documento se presentan los resultados de las diferentes pruebas psicológicas aplicadas: (Anexo 7)

- En el área intelectual se le valoró con la prueba WPSSI, obteniendo un C.I. total de 71 correspondiente a una inteligencia límite.
- En el área de maduración con la prueba Guestáltica Visomotora de Loretta Bender, obteniendo una edad de maduración de 3 años 9 meses a 4 años. Se observan indicadores significativos de probable daño orgánico.
- Para el área de la personalidad se aplica la prueba de HTP donde se obtienen rasgos emocionales de ingenuidad, inadecuación, aislamiento, inmadurez, organicidad, tensión, necesidad de apoyo, ansiedad, necesidad de seguridad y control de impulsos.

Un aspecto que queda fuera de evaluación en este informe es la familia, ya que Raúl atravesaba una crisis debido a la separación de sus padres. Además dentro de las sugerencias que emite la psicóloga menciona: *“revisar sus trabajos con más frecuencia que el resto de sus hermanos...”*; siendo que Raúl no tiene hermanos, esto habla de una valoración pobre en la fase de entrevista.

A sus 7 años, las secuelas del hematoma que presentó, posiblemente favorecen la presencia de convulsiones de difícil control y es atendido por el neurólogo. Se realiza una tercera tomografía en abril del 2003, en donde se encuentra que la densidad cerebral es característica y heterogénea por la presencia de un área hipodensa localizada en el lóbulo parietal izquierdo. Ante los resultados el neurólogo determina que el niño necesita educación especial.

Cabe mencionar que estaba inscrito en una escuela de educación regular, que contaba con el Servicio de USAER, además de ello, tenía apoyo pedagógico por las tardes. Además recibió apoyo en el CRIH para el área de terapia física, lenguaje y terapia ocupacional.

Sin embargo, de manera paralela a la presencia de convulsiones, la conducta de Raúl se vuelve más errática e incluso posiblemente hiperactiva; por que aunque el neurólogo lo afirma en las hojas de evolución, consideramos que no hubo una adecuada valoración de esta área.

Comienza a tomar medicamentos para controlar la epilepsia, pero al parecer no se ha encontrado el medicamento que le ayude, pues comenzó con Depakenene, pasó por la Carmabacepina, Ácido Valproico y finalmente está tomando Topamax

Debido a la sugerencia del neurólogo y a que en la escuela regular en la que estaba inscrito ya no lo aceptaban por su conducta, ingresa al Centro de Atención Múltiple No. 1 en noviembre del 2003.

Se puede concluir a partir del diagnóstico que realiza el neurólogo que Raúl tiene una encefalopatía fija del lado izquierdo, lo que ha generado la epilepsia y posiblemente la conducta hiperactiva. Sin embargo no ha sido evaluado con un criterio Psicopedagógico, es decir que integre las habilidades y actitudes del niño en una sola impresión diagnóstica.

Para poder evaluar a Raúl se aplicó una batería de pruebas en las que se incluye una de personalidad, maduración, C.I. y habilidades (entre las cuales se evaluó el área de atención, social, de lenguaje y comunicación: gestual y verbal, autocuidado, imitación, coordinación motora).

## 6.8. Impresión Diagnóstica.

Raúl es un niño que tiene un daño neurológico de nacimiento, que ha generado con el tiempo deficiencia mental y convulsiones; en la actualidad presenta Deficiencia Mental tipo Ligera, la cual fue valorada con la *Prueba de Inteligencia WISC-R*, a pesar de que a los 6 años se le había diagnosticado con una Deficiencia mental Limítrofe.

El avance de la deficiencia mental se debe a tres causas:

1. La epilepsia; a los siete años presentó crisis de difícil control que han ido dañando su cerebro
2. La pobre estimulación intelectual
3. La situación emocional que acompañó las crisis de difícil control.

Se puede decir que entra en la categoría de “entrenable”, ya que es posible que Raúl aprenda a leer y escribir de manera comprensiva, a la vez que adquirirá operatoriamente los números; aunque será necesario apoyos especializados como adaptaciones curriculares significativas. Pues el daño neurológico determina su desempeño escolar.

Además de lo anterior es un niño con una percepción visomotora inmadura, casi equivalente a la de un niño de preescolar ya que su edad mental es de 5 años un mes, la cual se obtuvo por medio del Test de Maduración de Lauretta Bender calificado con el criterio de Kopptiz.

Sin embargo al parecer tiene un potencial para el desarrollo o mantenimiento de las diversas habilidades que posee pues como se puede ver en el *Inventario de Habilidades Básicas* las capacidades de atención, seguimiento y discriminación, ponderaron con puntuaciones muy altas.

En el **área emocional**, de acuerdo a lo que se encontró en el *Test Proyectivo de Karen Machover* y diferentes observaciones que se realizaron, Raúl. es un niño propenso a la

agresividad debido a que se siente amenazado por el medio que le rodea, además de que ve en la televisión caricaturas con alto contenido de violencia.

De las caricaturas toma personajes que le permiten expresar lo que reprime, de hecho adopta el comportamiento de estos personajes, se convierte en ellos y adquiere sus "Poderes".

Una situación que influye en el estado emocional actual de Raúl, es en lo que respecta a el área familiar; pues para el niño se han ido presentando muchos cambios: la madre tiene una nueva pareja y viven como familia, a demás el hecho de que la madre esta embarazada. Esto lo hace sentirse más fuerte pues se siente y piensa como el hermano mayor, en una comparación de la situación emocional que Raúl tenía al inicio de la valoración con la actual se puede decir que el cambio en la estructura lo ha hecho sentirse más seguro con la presencia de una figura paterna.

Aunque esto ha traído que la abuela se sienta desplazada y de nuevo sea exigente con Raúl, lo que origina continuas peleas entre ambos. Pero a pesar de ello a Raúl le ha favorecido pensarse dentro de una familia.

El fortalecimiento de la seguridad de Raúl tiene vital importancia debido a que como se encontró en *Inventario de Habilidades Básicas* en el área de socialización Raúl tiene una ponderación muy baja.

En el área motora presenta deficiencias de menor grado; torpeza en ambas manos para asir objetos, sin embargo el trazo no se le dificulta, pero ya que sus periodos de atención son cortos pierde pronto el interés en la tarea, esto fue encontrado en las diversas observaciones que se realizaron y en el Inventario de Habilidades Básicas pues cuando realiza las consignas lo hace de manera rápida y torpe. En cuanto a su marcha, también tiene leves deficiencias.

En **el área escolar** el cambio de maestra y grado escolar lo ha favorecido en el aspecto de maduración, pues convive con niños mas grandes e imita su conducta, sin embargo le cuesta trabajo relacionarse con las diferentes maestras de la escuela.

Raúl no sabe leer pero lo consideramos en un nivel presilábico, pues reconoce las letras y sus sonidos. Creemos también que sus habilidades cognitivas son hiperacomodativas ya que consideramos que a pesar de que cumple las consignas lo hace por imitación y no dispone de sus experiencias previas, pues en *Prueba de Inteligencia WISC-RM*, el Área de Ejecución de **Ordenación de dibujos** en la cual tiene que ver con anticipación y planificación de situaciones consecutivas y causales; sensibilidad hacia aspectos sociales, sentido común y su inteligencia aplicada a relaciones interpersonales; Raúl no tiene capacidad de anticipación y planificación de acciones consecutivas, por una parte debido a que sus periodos de atención son cortos.

Incluso se sospecha de que también exista hiperasimilación, ya que existe una temprana internalización de los esquemas con predominio lúdico y no permite la anticipación y transformaciones posibles.

### **Pronóstico.**

De seguir con las convulsiones de difícil control Raúl tendrá un mayor deterioro neurológico que repercutirá en la cognición y en su vida en general.

Consideramos que si no se le asigna un apoyo extra escolar pedagógico, no podrá tener un avance significativo en el área escolar. Pues ya que cuenta con las bases necesarias acceder al currículo de educación básica, de no ser estimulado ahora, pues cuando sea más grande será más difícil que aprenda.

### **Sugerencias.**

- Apoyo psicopedagógico extra escolar: en el cual se incluya un modelo de entrenamiento básico como el que se describe en el apartado de las conclusiones.
- Terapia orientada a trabajar aspectos familiares, que permita una vinculación en las nuevas relaciones y en la nueva estructura a la que pertenece Raúl, con lo

cual se busque fortalecer la figura paterna: con el fin de que se incluya a la nueva pareja de la mamá en el proceso de vida de Raúl, consideramos también que será necesario que la abuela sea incluida, a discreción del terapeuta en algunas sesiones, además de trabajar con el hecho de lograr la sensibilización de las capacidades diferentes de Raúl.

- Que Raúl sea inscrito en alguna actividad física como por ejemplo karate, football, baile, etc. Esto con el fin de mejorar su coordinación física y generar sentimientos de compromiso y disciplina; a sí como también generar oportunidades para que desarrolle habilidades de socialización e incluso perfeccione algunas de autonomía. Para prepararlo además en equilibrio, percepción de su esquema corporal, coordinación ojo-mano, percepción de tiempo y espacio respecto a su cuerpo, percepción de su cuerpo en movimiento, todo esto para beneficiar el aprendizaje de la lecto-escritura.
- Consideramos importante, el hecho de que manera paralela realice tareas que desarrollen su creatividad como clases de música, pintura, escultura. Para favorecer su capacidad de resolución de problemas, atención y discriminación.

## CAPITULO 7. CONCLUSIONES

Raúl fue valorado con el modelo Funcional (Molina 1999) pues este permite el análisis de los síntomas más relevantes en función de los objetivos que se persigue además de que es principalmente descriptivo, aunque no tiene por que serlo exclusivamente, ya que también debe comprender una evaluación de acuerdo con el o los criterios referenciales de los que se parta.

Debido a las características del caso, fue realizado en situaciones lo más naturales y ecológicas posibles, con el fin de que los síntomas detectados respondan a las exigencias reales de los contextos en que se desarrollan en el CAM No 1.

Raúl es un niño que tiene un daño neurológico de nacimiento, que ha generado con el tiempo convulsiones y discapacidad intelectual; en la actualidad presenta Discapacidad intelectual tipo Ligera, la cual fue valorada con la *Prueba de Inteligencia WISC-R*, considerando el hecho de que a los 6 años se le había diagnosticado con una Discapacidad intelectual Limítrofe.

El avance de la discapacidad intelectual se debe a tres causas:

4. La epilepsia; a los siete años en dónde se presentaron crisis de difícil control que han ido dañando su cerebro
5. La pobre estimulación intelectual, pues en casa a pesar de que ha tenido maestras extraescolares no ha tenido una secuencia y en la escuela no ha tenido un plan de trabajo que le favorezca.
6. La situación emocional que acompañó las crisis de difícil control.

Se puede decir que entra en la categoría de “entrenable”, ya que es posible que Raúl aprenda a leer y escribir de manera comprensiva, a la vez que adquirirá operatoriamente los números; aunque será necesario apoyos especializados como

adaptaciones curriculares significativas, lo que significa que se le dificultará el acceso al currículo básico de primaria.

Además de lo anterior es un niño con una percepción visomotora inmadura, casi equivalente a la de un niño de preescolar ya que su edad mental es de 5 años un mes, la cual se obtuvo por medio del Test de Maduración de Lauretta Bender calificado con el criterio de Kopptiz.

Sin embargo creemos que tiene un potencial para el desarrollo o mantenimiento de las diversas habilidades que posee pues como se puede ver en el *Inventario de Habilidades Básicas* las capacidades de atención, seguimiento y discriminación, ponderaron con puntuaciones muy altas.

En el **área emocional**, de acuerdo a lo que se encontró en el *Test Proyectivo de Karen Machover* y diferentes observaciones que se realizaron, Raúl es un niño propenso a la agresividad debido a que se siente amenazado por el medio que le rodea, además de que ve en la televisión caricaturas con alto contenido de violencia. De las caricaturas toma personajes que le permiten expresar lo que reprime, de hecho adopta el comportamiento de estos personajes.

Una situación que influye en el estado emocional actual de Raúl, es en lo que respecta al **área familiar**; pues para el niño se han ido presentando muchos cambios: la madre tiene una nueva pareja y viven como familia, además el hecho de que la madre esta embarazada. Esto lo hace sentirse más seguro pues se siente y se piensa como el hermano mayor, en una comparación de la situación emocional que Raúl tenía al inicio de la valoración con la que tuvo al final se puede decir que el cambio en la estructura lo ha hecho sentirse más seguro con la presencia de una figura paterna.

Aunque esto ha traído que la abuela se sienta desplazada y de nuevo sea exigente con Raúl, lo que origina continuas peleas entre ambos. Pero a pesar de ello a Raúl le ha favorecido pensarse dentro de un esquema familiar.

El fortalecimiento de la seguridad de Raúl tiene vital importancia de acuerdo a los resultados obtenidos en el *Inventario de Habilidades Básicas* en el área de socialización Raúl tiene una ponderación muy baja.

En el **área motora** presenta deficiencias de menor grado; torpeza en ambas manos para asir objetos, sin embargo el trazo no se le dificulta, a pesar de que tiene una ponderación alta en el área de atención, pierde pronto el interés en la tarea, esto fue encontrado en la observación que se realizó y en el *Inventario de Habilidades Básicas* pues cuando realiza las consignas lo hace de manera rápida y torpe. En cuanto a su marcha, también tiene leves deficiencias.

En el **área escolar** el cambio de maestra y grado, lo ha favorecido en el aspecto de maduración, pues convive con niños mas grandes e imita su conducta, sin embargo le cuesta trabajo relacionarse con las diferentes maestras de la escuela.

Actualmente ya no sabe leer, debido al deterioro ocasionado por la epilepsia; pero lo consideramos en un nivel presilábico, pues reconoce las letras y sus sonidos. Creemos también que sus habilidades cognitivas son hiperacomodativas ya que consideramos que a pesar de que cumple las consignas lo hace por imitación y no dispone de sus experiencias previas, pues en *Prueba de Inteligencia WISC-RM*, el Área de Ejecución de Ordenación de dibujos en la cual tiene que ver con anticipación y planificación de situaciones consecutivas y causales; sensibilidad hacia aspectos sociales, sentido común y su inteligencia aplicada a relaciones interpersonales; Raúl no tiene capacidad de anticipación y planificación de acciones consecutivas, por una parte debido a que sus periodos de atención son cortos.

De acuerdo a los resultados globales se encuentra que en Raúl los déficit cognitivos más sobresalientes son:

### **c) Percepción.**

La capacidad de percepción se ve afectada, ya que no tiene la habilidad para la detección, el reconocimiento y el análisis crítico de los estímulos que percibe, como lo

demonstró en la aplicación del WISC:RM en la parte de ejecución, aunque consideramos que este no es tan grave pues algunos ítems de la escala del Inventario de Habilidades Básicas demostró cierto grado de análisis, aunque no el esperado en un niño de su edad cronológica.

#### **d) Atención.**

A pesar de la ponderación del Inventario de Habilidades, consideramos que le cuesta trabajo mantener la atención, pues durante la ejecución del mismo a pesar de que sabía cual era la respuesta, su atención era inestable y dispersa, lo que consideramos relevante para su desempeño escolar pues el no atender a la información en general y seleccionarla puede equivaler a que el proceso de aprendizaje se vea entorpecido, pues es propenso a atender estímulos poco importantes, dificultando así la adaptación a la realidad.

#### **c) Memoria**

Una de las repercusiones de la falta de atención es precisamente en esta área, por lo que consideramos que Raúl procesa menos información o más lentamente, lo que da como resultado que obtiene menos significado y comprensión de las cosas. Esto evidentemente, dificulta el proceso de aprendizaje.

#### **h) Solución de problemas.**

En la observación se pudo constatar que le cuesta relacionar los elementos y por lo tanto no tiene respuestas alternativas frente a una situación, como ya se menciona anteriormente debido a que sus habilidades cognitivas son hiperacomodativas, aun teniendo la información no es capaz de utilizarla eficazmente.

#### **i) Déficit en la comprensión**

En cuanto a las estructuras mentales consideramos que son ineficientes para dar sentido y asimilar la realidad.

### **j) Déficit en el lenguaje**

Se aprecia un vocabulario pobre, lo cual se valoró en el WISC-RM, usa frases simples y concretas, lo cual consideramos que puede afectar su desarrollo social.

Una vez que ha sido presentado Raúl es necesario recordar que esta investigación pretende exponer que el Psicodiagnóstico Educativo es una manera eficaz de realizar un primer acercamiento a la realidad particular del niño que se va a recibir, pues permite tener una base de partida para dirigir las metas de manera coherente con su entorno, de manera tal que el ámbito escolar y la Integración Educativa sea un medio por el cual logre tener acceso a una educación digna y de calidad; lo que se extenderá a su vida en general.

Para poder valorar a Raúl ha sido necesaria la utilización de diversas técnicas de aproximación al sujeto, pues esto permite observarlo desde los diferentes puntos que lo componen.

Una vez que se tiene este diagnóstico como punto de partida conviene recordar que el propósito de tal observación consiste en probar de modo profundo y analizar el fenómeno, que constituye el ciclo vital de la unidad, con el fin de establecer generalizaciones acerca de una población más amplia a la que pertenece el particular observado (Pérez, 1994).

Debido a que la finalidad de esta tesis es generar una interpretación conjunta, sin olvidar el marco, como es la escuela de educación especial, resulta interesante responder a la siguiente pregunta ¿cómo lograr que un niño con NEE acceda al programa de educación básica si existe de por medio un daño neurológico?

En el caso específico de Raúl proponemos poner en marcha “*el programa de entrenamiento perceptivo-motor*” propuesto por Kephart; que consiste en un conjunto

más o menos articulado de técnicas correctivas desde la consideración de un supuesto básico y unas etapas del desarrollo de aprendizaje.<sup>4</sup>

Se escogió este modelo de entrenamiento, debido a que ofrece la posibilidad de brindarle a Raúl una nueva oportunidad de comenzar, considerando la edad mental que se le valoró, ya que todas las actividades antes mencionadas están dentro de las que se consideran para niños preescolares; lo que permite que estén al alcance de Raúl, la idea es “*entrenarlo*” para tengan mejores oportunidades de aprendizaje.

Por lo anterior y retomando la pregunta de esta investigación ¿Cual es la importancia de la realización de un diagnostico psicopedagogico en un niño que esta inscrito en una escuela de educación especial, para favorecer su acceso al currículo básica?.

Por el trabajo realizado podemos llegar a la reflexión que efectivamente es necesaria la aplicación de un Psicodiagnóstico que abarque diferentes aspectos, pues como ya se ha venido explicando a lo largo del trabajo, es este un punto de partida para trabajar con el niño, posibilitando un plan de trabajo individual, en donde quepan las particularidades de cada caso; como es necesario en una escuela como el CAM.

En este punto podemos decir que todo lo que se ha venido desarrollando fortalece la hipótesis: “mientras que el niño no sea valorado con un Diagnóstico Psicopedagógico, no será posible potencializar sus capacidades, debido a que no se tiene un punto de partida.”

La técnica que se utilizó para la realización de este trabajo fue el diagnóstico diferencial que explica Molina (1999), del cual su finalidad es el conocimiento de los *defectos* específicos que posee la persona en cada una de áreas analizadas: funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y lingüísticas, desarrollo de la personalidad, etc.

García (2000) considera que el diagnóstico utilizado para la determinación de las capacidades de niños con NEE debe atenderse desde un punto de vista

---

<sup>4</sup> La explicación teórica de este método de entrenamiento se encuentra en el anexo 10.

psicopedagógico, no con su acepción médica, enfatizando las acciones que pueden realizar pero sin olvidar las limitaciones.

Para lograr lo anterior, creímos necesaria la aplicación de una batería de pruebas que incluya: una de inteligencia con el fin de saber cual es el CI del alumno, una de maduración que ayuda determinar la edad mental, una de proyección para poder saber aspectos emocionales, una lista de habilidades para poder determinar que es lo que niño realiza en cuanto a motricidad, lenguaje y habilidades cognitivas como discriminación, seguimiento de instrucciones o memoria a largo plazo, etc.; sin dejar fuera el diagnóstico médico.

Partiendo de las preguntas que ya se plantearon se puede asumir que cada niño, independientemente de su discapacidad, tiene una necesidad particular de educación, se atiende a la persona y no a la etiqueta (discapacidad intelectual, problemas de aprendizaje, etcétera).

Sin embargo no conviene olvidar que dichas *etiquetas* fueron utilizadas únicamente con fines técnicos, pues las discapacidades deben ser nombradas en específico con cada caso particular.

Creemos en la capacidad de los niños para desarrollarse, sin embargo no es favorable perder de vista que el daño neurológico no es reversible y que tampoco es curable.

Por lo todo lo anterior consideramos que la realización de un diagnóstico psicopedagógico es un instrumento adecuado para un primer acercamiento y punto de partida de un trabajo a desarrollar con un *niño especial*, sin dejar fuera que el diagnóstico no es absoluto.

De acuerdo con Fierro (s/f) la educación de individuos diferentes debe ser una educación respetuosa y alentadora de las diferencias. Algunos niños progresan en un desarrollo no sólo diferenciado y peculiar, sino también lento, retrasado y disarmónico respecto a los momentos y umbrales evolutivos alcanzados por la gran mayoría de sus compañeros de edad.

Y más aún cuando el niño tiene un problema neurológico que actúa como fuerza contraria en el desenvolvimiento cotidiano escolar y de vida, pues en el caso que analizamos se encontró que la epilepsia afecta todos los aspectos de su vida en general. Pues este es un desorden en las células nerviosas del cerebro, que causa un mal funcionamiento de las otras células, desencadenando movimientos involuntarios y pérdida de la conciencia.

Además, las crisis convulsivas constantes, provocan un deterioro irreparable en el funcionamiento normal del cerebro, afectando la capacidad de aprender y de desarrollarse en el ámbito educativo.

Raúl que es un niño que ha sido afectado por las secuelas de la epilepsia, tiene por lo tanto un rendimiento menor de lo que se espera realice un niño de su edad, pues el daño neurológico que presenta es un factor que le impide tener fácil acceso al currículo de la educación básica regular.

Por ello es que se hizo un especial énfasis en la Discapacidad intelectual pues ésta se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originando durante el periodo de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa. (Grossman, 1983)

Y considerando que en los criterios para el diagnóstico de la deficiencia mental se hace mención del CI o la existencia de déficit o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa en áreas como las habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.

Se puede decir que es posible que Raúl tenga Discapacidad intelectual, lo que perturbará su desarrollo educativo normal y de nuevo se toca el punto en el cual se habla de la importancia del diagnóstico psicopedagógico, pues al saber que tiene un padecimiento es necesario conocer cuales son las habilidades en general que el niño puede tener.

Después de la aplicación práctica del diagnóstico podemos decir que Raúl es un niño que puede adquirir hábitos de autonomía personal y social. Puede aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero puede presentar dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Se puede pronosticar de acuerdo a lo evaluado, que quizás pueda aprender a leer y escribir de manera comprensiva, a la vez que adquirirá operatoriamente los números; aunque serán necesarios apoyos especializados como adaptaciones curriculares significativas. En cuanto al desarrollo motor se puede decir que su capacidad será aceptable para adquirir las habilidades pretecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo.

Por lo tanto, su capacidad equivale a la categoría pedagógica de *entrenable*, ya que no podemos considerar que sea un niño *educable*; pues difícilmente logrará los niveles mínimos requeridos para finalizar la escuela primaria, aún contando con auxilios específicos y adaptaciones curriculares.

No se puede olvidar que el marco en donde se desenvuelve el “aprender”, es un ambiente emocional que se compone de dos factores: la escuela y la casa. El Psicodiagnóstico educativo puede ser utilizado como herramienta que vincule dichos factores y los integre con las capacidades y habilidades escolares que el niño tiene para que de esta manera el trabajo con un *niño especial* se vea simplificado y pueda ser operativo en las áreas en donde se encuentra el problema escolar.

Entonces el diagnóstico, se convierte en un elemento indispensable para el desarrollo de las funciones de la educación que propone Pain (1979), de las cuales hablamos al principio de este trabajo.

Consideramos que la importancia de la educación en general va más allá de lograr que un niño termine la educación básica pues como lo explica Paín (1979) la importancia que tiene que un niño aprenda está orientado a que haga suyo el conocimiento de lo normativo de la actividad humana: en otras palabras equivale a la civilización de cada individuo, incluyendo la función represora, para que el sujeto pueda reconocer que una

sociedad es la que rige como aparato educativo, pues es su tarea conservar y reproducir las limitaciones que el poder asigna a cada clase social.

Por ello consideramos que es importante saber en que categoría pedagógica se encuentra cada *niño especial* pues con ayuda del Psicodiagnóstico se pueden abrir nuevas posibilidades para el desarrollo de una vida plena y de calidad.

Pues de acuerdo con Fierro (s/f) al final de la adolescencia el desarrollo de estos sujetos “retrasados” parece topar con un techo, el de sus propios límites.

Sin embargo pese a lo anterior no intentamos en ningún momento convertir a la etiqueta en un obstáculo, pues se busca que esta sea precisamente el punto de partida para potencializar las capacidades que cada niño sea apto para desarrollar, desde una postura real que se base en metas cortas y que permitan avances significativos en la educación en general de un niño especial.

Es por ello que en el capítulo de presentación de caso exponemos sugerencias en las cuales Raúl haga otro tipo de actividades y se pueda desenvolver, algunas de las que se mencionan son: alguna actividad física como por ejemplo karate, football, baile, etc; además de que consideramos importante, el hecho de que manera paralela realice tareas que desarrollen su creatividad como clases de música, pintura, escultura.

Para concluir este trabajo pensamos que el PSICODIAGNÓSTICO EDUCATIVO en general y pensado en los términos que ya han sido expuestos puede representar un instrumento útil para la labor que se desempeña en las escuelas de educación especial, pues tiene la flexibilidad de permitir que se integre el trabajo de las diferentes áreas que componen el servicio de estas escuelas.

Además de ser un facilitador para la Integración educativa, ya que permite de manera veraz y práctica generar un espacio en el cual los actores de la educación tengan un punto de partida hacia la calidad educativa.

Finalmente lo único que resta agregar es que esperamos que este trabajo sea el punto de partida para otras investigaciones que ahonden en la temática y estimulen la sensibilización acerca de temas como este, como por ejemplo y siguiendo con la línea del caso, ¿será útil el modelo que se propuso para Raúl?, e incluso una investigación posterior con el fin de saber si el deterioro de Raúl asociado a la epilepsia continua, otra línea de podría resultar de la pregunta ¿puede un niño con daño neurológico acceder al currículo básico?, o ¿hasta que punto puede llegar a su desempeño escolar?.

Estas preguntas probablemente se inclinan a otra mas seria ¿es la Integración Educativa valida, desde un punto de vista practico?, esto es ¿en verdad funciona?, y con esto no se quiere decir que estos niños no son capaces de desarrollarse, de aprender, por ello es que pensamos que es necesario ir paso a paso, con metas cortas, tener un plan de acción que efectivamente le permita a estos niños “aprender lo que se esperaría de un niño de su edad”. Probablemente si esto sucediera, efectivamente estaríamos en posibilidades de ofrecerles una verdadera educación de calidad.

## 8. REFERENCIAS.

### Bibliografías:

1. AGUILERA, Antonio (coordinador); "Introducción a las dificultades del aprendizaje"; Editorial McGraw Hill; Primera edición; España 2004
2. ARDILA, Rubén; "Psicología fisiológica"; Editorial Trillas; Segunda edición; México 1998.
3. Asociación de Psiquiatría Americana "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM III" Editorial Masson. Barcelona.
4. Asociación de Psiquiatría Americana "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM III-R" Editorial Masson. Barcelona 1987.
5. Asociación de Psiquiatría Americana "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM IV" Editorial Masson. Barcelona.
6. BASSEDAS en MOLINA, García Santiago; "Deficiencia mental: aspectos psicoevolutivos y educativos"; Ediciones Aljibe; Segunda edición; España 1999.
7. BASSEDAS, Eulalia (et. al) "Intervención educativa y diagnóstico. Psicopedagógico"; Editorial Paidós España 1991
8. BAUTISTA, D y PARADAS, R; "Las necesidades educativas especiales"; Aljibe; España 1993.
9. "ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA" Tomo 1 y 4 Editorial Océano; España
10. ESQUIVEL, Fayne, Heredia y Lucio: "Psicodiagnóstico del niño"; Segunda edición; Manual moderno; México 1999.
11. FIERRO, Alfredo; "La persona con retraso mental"; Ministerio de Educación y Ciencia; Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial. (sin fecha)
12. FALLE Y MC GOVER en MACOTELA, Silvia y ROMAY, Marta; "Inventario de habilidades básicas"; Primera Edición; Editorial Trillas; México 2001.

13. GARCÍA, Cedillo Ismael et.al; "La evaluación psicopedagógica en el contexto de la atención a niños con Necesidades Educativas Especiales"; SEP-Cooperación Española México 2000
14. GROSSMAN en BAUTISTA, Rafael (compilador); "Necesidades educativas especiales". Editorial. Aljibe. Segunda edición 1993
15. HARINA Y BROWN en MACOTELA, Silvia y ROMAY, Marta; "Inventario de habilidades básicas"; Primera Edición; Editorial Trillas; México 2001.
16. HUTT Y GWYN, BAUTISTA, Rafael (compilador); "Necesidades educativas especiales". Editorial. Aljibe. Segunda edición 1993
17. KOPPITZ Munsterberg Elizabeth "El test Guestáltico visomotor para niños"; Editorial Biblioteca Pedagógica Guadalupe; novena edición; Argentina 1984.
18. KLOPFER, Walter J.; "El informe psicológico: Uso y comunicación de los descubrimientos psicológicos"; Primera Edición; Editorial Tiempo contemporáneo; Argentina 1975.
19. LAMBERT en BAUTISTA, Rafael (compilador); "Necesidades educativas especiales". Editorial. Aljibe. Segunda edición 1993
20. MACOTELA, Silvia y ROMAY, Marta; "Inventario de habilidades básicas"; Primera Edición; Editorial Trillas; México 2001.
21. MAISTRE Marie; "Deficiencia Mental y lenguaje: Principios y metodología para la reeducación de de Deficientes Mentales"; Editorial Laia; España 1986.
22. McGOLDRICK; "Genogramas en la evaluación familiar"; Editorial Gedisa; segunda edición; España 1996.
23. MÉNDEZ, Ramírez Ignacio, NAMIHIRA, Guerrero Delia, MORENO, Altamirano Laura y SOSA de Martínez Cristina; "El protocolo de la Investigación"; Editorial. Trillas, México 1998.
24. MILES, Christine; "Educación especial para alumnos con Deficiencia Mental"; Editorial PAX; México 1999.
25. MOLINA, García Santiago; "Deficiencia mental: aspectos psicoevolutivos y educativos"; Ediciones Aljibe; Segunda edición; España 1999.

26. MORRIS, Charles G; "Introducción a la Psicología", Novena Edición; Prentice Hall; México 1997.
27. PAIN, Sara; "Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas de Aprendizaje"; Editorial Nueva visión; Cuarta edición; Argentina 1979.
28. PÉREZ, Serrano Gloria; "Investigación cualitativa. Retos e interrogantes I.Métodos"; Editorial La muralla; Primera edición; España 1994.
29. PIAGET en PAIN, Sara; "Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas de Aprendizaje"; Editorial Nueva visión; Cuarta edición; Argentina 1979.
30. PRYSE-PHILIPS, William, MURRAY, T.J.; "Neurología Clínica"; Manual moderno; Segunda edición; México 1998.
31. OLLER en VALLEJO, Ruiloba J.; "Introducción a la psicopatología y psiquiatría"; Tercera Edición; MASSON; España 1996.
32. QUIROGA., M<sup>a</sup> Ángeles en BAUTISTA, Rafael (compilador); "Necesidades educativas especiales". Editorial. Aljibe. Segunda edición 1993
33. RAPAPORT, David; "Test de diagnóstico Psicopedagógico"; Editorial Paidós; tercera edición; México 1992.
34. SAINZ Y MAYOR en BAUTISTA, Rafael (compilador); "Necesidades educativas especiales". Editorial. Aljibe. Segunda edición 1993
35. SIMON, Royer; "Neurología clínica"; Segunda Edición; Manual Moderno; México 1992.
36. SOLOMON Y PATCH en BAUTISTA, Rafael (compilador); "Necesidades educativas especiales". Editorial. Aljibe. Segunda edición 1993
37. SPECK en BAUTISTA, Rafael (compilador); "Necesidades educativas especiales". Editorial. Aljibe. Segunda edición 1993
38. TIERNEY, Lawrence Jr; "Diagnóstico y Tratamiento"; 37 edición; Manual Moderno; México 2002.
39. VAIL, PriscilaL; "Niños inteligentes con problemas escolares"; Primera Edición, DIANA; México 2002.

40. VALLEJO, Ruiloba J.; "Introducción a la psicopatología y psiquiatría"; Tercera Edición; MASSON; España 1996.

41. Wechesler David "Wisc-RM (manual); Manual Moderno. México DF

## **Internet**

<http://www.epilepsiahoy.com/pagina1.html>

<http://www.educación-especial.com>

<http://sistemas.dti.uaem.mx/inclusion/docbaseconnacional.htm>

<http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/11/11integ.htm>

<http://acceso.uv.es/docencia/nnee/>

<http://www.epilepsiamexico2004.org>

<http://www.espaciologopédico.com>

[http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep\\_3475\\_educacion\\_especial#\\_ftnref](http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_3475_educacion_especial#_ftnref)

## **SEMINARIOS.**

Seminario de de actualización para profesores de educación regular y especial: compilación de actividades de los módulos de: Sensibilización; Integración educativa: conceptos básicos; Currículo, didáctica y adecuaciones curriculares; Evaluación; Relación con padres y madres. Llevado a cabo en el Cendi No. 3 ubicado en la ciudad de Pachuca Hgo. En el mes de agosto del año 2004.

## **Sección de anexos:**

**ANEXO 1: Test Guestáltico visomotor de Laretta Bender.**

**ANEXO 2: Test Proyectivo de Karen Machover de la figura humana.**

**ANEXO 3: Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay**

**ANEXO 4: Escala de inteligencia de Wescheler WISC-RM.**

**ANEXO 5: Resumen clínico emitido por el Hospital del Niño DIF.**

**ANEXO 6: Resultados de la tomografía realizada en mayo de 1995.**

**ANEXO 7: Informe psicológico emitido por Hospital del Niño DIF en noviembre de 2001.**

**ANEXO 8: Informes del Neurólogo y resultados de tomografías en orden cronológico.**

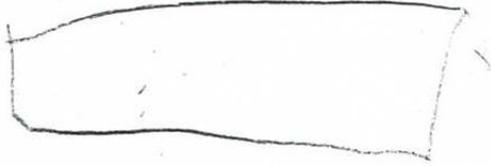
**ANEXO 9: Transcripciones de las entrevistas realizadas.**

**ANEXO 10: Observación de Raúl en la escuela: un día en su vida.**

**ANEXO 11: Fundamentos teóricos del “Programa de entrenamiento perceptivo-motor”**

# **ANEXO 1: Test Gestáltico visomotor de Laretta Bender.**

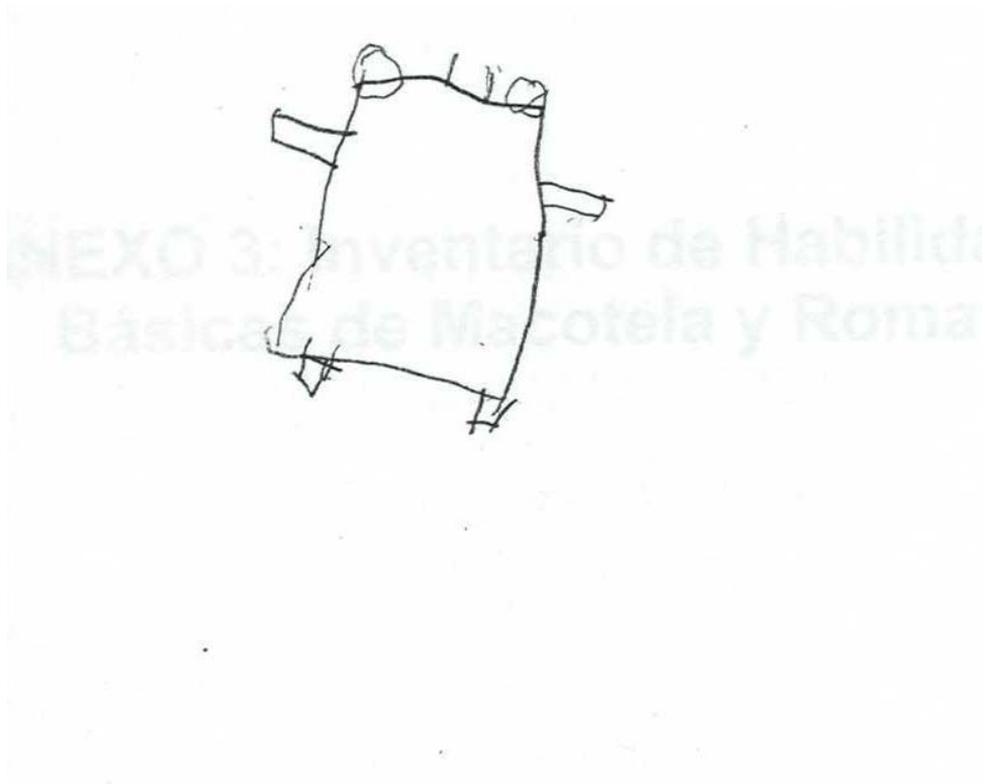
60/10



ANEXO 2: Test Proyectivo de Karen  
Machover de la figura humana.



## **ANEXO 2: Test Proyectivo de Karen Machover de la figura humana.**



## **ANEXO 3: Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay.**

## ÁREA BÁSICA.

### Subárea de atención.

#### A. Integración funcional de los componentes atentosivos.

	Puntaje Máximo	( )
1. Permanece orientado visualmente hacia la actividad que realiza, el tiempo necesario para concluirla.	4	( )
a. al desplazarse.		_____
Observe si el niño se tropieza con frecuencia al caminar y bajo que condiciones (ante obstáculos, en desniveles, etc.).		_____
b. durante la realización de actividades visomotrices finas (iluminado, ensartado, recortado, pegado, inserción)		_____
Proporcione al niño los materiales necesarios y de la instrucción correspondiente ("ilumina el...", haz un collar, mete los palillos en el frasco", etc.) Pruebe las diferentes opciones que se indican.		_____
c) durante la realización de tareas de identificación de estímulos.		_____
Presente ante el niño objetos diferentes (de tres a cinco opciones. De la instrucción "enséñame cual es..." (Nombre de alguno de los objetos). Repita la instrucción para cada uno de los estímulos que presento		_____
d) durante la realización de igualación de estímulos.		_____
Presente sobre una mesa tres objetos que compartan todas sus propiedades conceptuales, excepto una (por ejemplo tres cubos de madera medianos de diferente color). Después muestre al niño un objeto idéntico a uno de los que están sobre la mesa y dé la instrucción: "enséñame uno igual a este".		_____
2. Permanece orientado visualmente hacia la persona que le habla, respondiendo de manera congruente al contenido de la conversación, en una situación individual.		_____
Inicie una conversación con el niño al respecto a sucesos inmediatos o improvise una situación de juego.	1	_____
3. Permanece orientado visualmente hacia el instructor el tiempo necesario para realizar la actividad en curso, en una situación de grupo.	1	_____

Incorpore al niño a la situación escolar grupal.

## B. Exploración.

	Puntaje Máximo	
1. Explora Juguetes.	1	_____
Ofrezca al niño un juguete atractivo.		
2. Explora libros o láminas.	1	_____
Muestre al niños un libro que contenga láminas atractivas y diga: este libro tiene unos dibujos muy bonitos, te lo presto”		

## C. Seguimiento visual de los objetos.

	Puntaje Máximo	(____)
1. Sigue con la mirada recorridos horizontales de objetos que se desplazan a diferentes distancias del niño.	2	(_____)
Accione un cochecito a la vista del niño:		
a) A 50 cm. de distancia, recorriendo 1 m.		_____
b) A 2 metros de distancia recorriendo 2 m.		_____
2. Sigue con la mirada recorridos verticales de objetos que se mueven, colocados a diferentes distancias del niño.	2	(_____)
Accione un yoyo (o bote una pelota) a la vista del niño.		
a) A 50 cm. de distancia.		_____
b) A 2 metros de distancia.		_____
3. Localiza un objeto que se le presenta instantáneamente y se le retira del campo visual.	2	(_____)
a) pelota: Haga rebotar la pelota contra la pared y cuando esta se detenga sola, pregunte: “¿dónde está la pelota?”	1	_____
b) Globo: Infle un globo y suéltalo. Pregunte “¿Dónde		_____

quedó el globo?”.

#### D. Fijación visual.

	Puntaje Máximo	(___)
1. Fija la vista en objetos el tiempo que se le requiere.	2	(_____)
Muestre al niño un juguete y haga comentarios acerca del mismo y señale las partes principales de este (durante un minuto aproximadamente)		_____
a) coche		_____
b) Muñeca.		_____
2. Fija la vista en láminas por lo menos 10 segundos.	2	(_____)
Muestre la lámina al niño y haga comentarios sobre lo representado en ella, señale los componentes principales y atractivos para el niño.		_____
a) Circo		_____
b) Calle		_____

#### E. Contacto visual.

	Puntaje Máximo	(___)
1. Hace contacto visual con las personas que lo rodean (mientras interactúa con ellas):	2	(_____)
a) Bajo instrucción.		_____
b) Espontáneamente.		_____
2. hace contacto visual con objetos (mientras los manipula):	2	(_____)
Déle una palmadita en el brazo o en la pierna.		_____
a) Bajo instrucción.		_____
b) Espontáneamente.		_____

**F. Orientación hacia diferentes tipos de estimulación.**

	Puntaje Máximo	( )
1. Se orienta hacia donde provienen los estímulos sonoros.	2	( )
Suene una campana fuera del campo visual del niño.		
c) Del lado derecho.		_____
d) Del lado izquierdo		_____
2. Se orienta hacia estímulos táctiles.	2	( )
Déle una palmadita en el brazo o en la pierna.		
e) Lado derecho		_____
f) Lado izquierdo		_____
3. Se orienta hacia estímulos visuales.	2	( )
Encienda y apague repetidas veces una linterna a un lado del niño, a la Altura de su cabeza y a 50 cm. de distancia.		
c) lado derecho		_____
d) Lado izquierdo.		_____

**Subárea de Seguimiento de instrucciones e imitación.****A. Realización de actividades bajo instrucción o imitación.**

	<b>B.I.</b> Puntaje máximo	<b>P.I</b> Puntaje máximo.
1. Actividades bajo instrucción.		
a. "ve a lavarte las manos y regresa"	5	( )
b. "Lava este plato, ahorita regreso".		_____
c. "Ve al salón, preparas la mesa para comer y me avisas cuando termines"		_____
d. "Ilumina (recorta) esta figura, cuando termines guardas el material en esta caja y ahorita regreso"		_____
e. "Ve al otro salón, le das este cuaderno a la maestra y regresas aquí."		_____

## 2. Actividades por imitación. \_\_\_\_\_

Proporcione el modelo de la actividad correspondientemente a cada inciso, y dé la instrucción "fíjate bien lo que voy a hacer... ahora hazlo tú".

6 (\_\_\_\_)

- a. Lavarse los dientes y al terminar colocar su cepilla en su lugar.
- b. Formar un collar al ensartar cuentas (mínimo cinco) con hilo plástico. \_\_\_\_\_
- c. Colocar figuras (un mínimo de cinco) en su bajo relieve. \_\_\_\_\_
- d. Colocar bolos en el piso, pararse a una distancia aproximada y lanzarles una pelota. \_\_\_\_\_
- e. Cantar una canción sencilla y breve. \_\_\_\_\_
- f. Pegar un papel sobre un dibujo y al terminar guardar en una caja. \_\_\_\_\_

**B. Realización de acciones secuenciadas bajo instrucción o por imitación.**

	<b>B.I.</b>	<b>P.I</b>
	Puntaje máximo	Puntaje máximo.

## 1. Acciones secuenciadas bajo instrucción.

5 (\_\_\_\_)

Proporcione al niño los materiales necesarios y presente la instrucción tal como se indica en cada inciso.

- a. "Ve a la cocina por un plato" \_\_\_\_\_
- b. "Trae la toalla del baño". \_\_\_\_\_
- c. "Saca tu ropa de la bolsa mientras regreso" \_\_\_\_\_
- d. "Haz una torre con estos cubos". \_\_\_\_\_
- e. "Guarda las pijas en el frasco mientras regreso." \_\_\_\_\_

## 2. Acciones secuenciadas por imitación.

5 (\_\_\_\_)

Proporcione el modelo de las conductas correspondientes a cada inciso, y dé la instrucción "fíjate bien en lo que voy a hacer... ahora hazlo tú".

- a. Sacar la pelota de un armario y lanzarla en dirección de una tercera persona.
- b. Tomar una charola que tenga un objeto encima y entregarla a una tercera persona.
- c. Sacar un trapo de un cajón y limpiar la mesa.
- d. Sacar un suéter de una bolsa y ponérselo.
- e. Sacar punta de un lápiz (con sacapuntas portátil).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### C. Realización de acciones simples bajo instrucción y por imitación.

Presente la instrucción tal como se indica en cada inciso. Si el niño no responde o muestra dificultad para hacerlo, proporcione el modelo correspondiente y diga “yo lo voy a hacer, fíjate bien... ahora hazlo tú)

	<b>B.I.</b>		<b>P.I</b>	
	Puntaje máximo		Puntaje máximo.	
1. Acciones simples relacionadas con el esquema corporal	3	(____)	3	(____)
a. "Siéntate aquí"		_____		_____
b. "Enséñame tus manos".		_____		_____
c. "Dime para que sirve la cuchara"		_____		_____
2. Acciones simples relacionadas con objetos.	3	(____)	3	(____)
a. Abre tu lonchera		_____		_____
b. Empuja la silla hacia la mesa		_____		_____
c. Toma el crayón.		_____		_____
3. Acciones simples relacionadas con terceras personas, que se encuentran cerca del niño.	3	(____)	3	(____)
a. "Saluda a..."		_____		_____
b. "Pídele su lápiz a..."		_____		_____
c. "Enséñale tu dibujo a..."		_____		_____

**Subárea de la discriminación.**

	Puntaje Máximo	(____)
1. Nombra la posición en que está un objeto por medio de los conceptos de derecha-izquierda	2	(____)
Pregunte "¿como se llama esta mano y la otra? Si no hay respuesta pregunte ¿Es la derecha o la izquierda? Una vez que el niño responda, pregunte ¿Cómo se llama la otra?"		
a) Derecha.		_____
b) Izquierdo.		_____
2. Nombra la posición en que está un objeto, por medio de los conceptos que se indican en los incisos correspondientes.	8	(____)
Observaciones: para la evaluación de este reactivo se necesita: una mesa, una casa de juguete, un cochecito, un muñeco pequeño y un perrito de juguete.		
Coloque el coche arriba de la mesa y el perrito bajo; pregunte "¿Dónde esta el perrito?"		
a) Arriba		_____
b) abajo		_____
Coloque el muñeco dentro de la casa y el coche fuera. Pregunte "¿en donde esta el muñeco-coche?"		
e) Adentro		_____
f) afuera.		_____
Coloque la casa sobre la mesa. Ponga el muñeco delante de la casa y el perro atrás. Pregunte "¿Dónde está el muñeco-perro?"		
g) Adelante		_____
h) Atrás		_____
Ponga el muñeco cerca de la casa y el perro lejos. Pregunte "¿Dónde está el muñeco-perro?"		
g. Cerca		_____
h. Lejos.		_____
3. Nombra las formas geométricas representadas en tarjetas.		_____

Pregunte “¿como se llama ésta?”.

3 ( )

- a. Círculo
- b. Cuadrado
- c. Triángulo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Nombra el tamaño de objetos que se le presentan.

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa dos sobres (uno grande y uno chico). Pregunte “¿De que tamaño es este sobre?”.

2 ( )

- a. Grande
- b. Chico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Nombra el color de los objetos que se le presentan

Presente uno a uno los objetos correspondientes y pregunte “¿Qué color es éste?”

4 ( )

- a. Amarillo
- b. Rojo
- c. Azul
- d. Verde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Agrupamiento

Observaciones: para la evaluación de esta categoría deberán presentarse en un solo conjunto los objetos indicados en el reactivo correspondiente y la tapa de una caja que el evaluador señalará la dar la instrucción.

Puntaje  
Máximo ( )

1. Agrupa los objetos de acuerdo a su peso.

4 ( )

Coloque sobre la mesa tres cojines llenos de arena y de tres de hule espuma; diga “pon aquí los que pesan-no pesan”.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- a) pesado.
- b) ligero.

2. agrupa los objetos de acuerdo a la cantidad de materia que

- contienen 2 ( )
- Coloque sobre la mesa seis vasos (tres con cinco canicas y tres llenos de canicas) y diga "pon aquí los que tienen mucho-poco".
- a) Mucho \_\_\_\_\_
- b) Poco \_\_\_\_\_
3. Agrupa los objetos de acuerdo a su textura. \_\_\_\_\_
- Coloque sobre la mesa seis tarjetas (tres forradas con papel terciopelo color naranja y tres forradas de lija) diga Pon aquí lo rasposo y las suavécitas. 2 ( )
- a. Liso \_\_\_\_\_
- b. áspero \_\_\_\_\_
4. Agrupa objetos de acuerdo a su longitud. \_\_\_\_\_
- Coloque sobre la mesa seis lazos (tres cortos y tres largos) y diga "pon aquí los lazos cortos y largos" 2 ( )
- a. cortos \_\_\_\_\_
- b. largos \_\_\_\_\_
5. Agrupa objetos de acuerdo a su grosor \_\_\_\_\_
- Coloque sobre la mesa tres crayones (tres gruesos y tres delgados) y diga "pon aquí los delgados y aquí los gruesos". 2 ( )
- a. Gruesos \_\_\_\_\_
- b. delgados \_\_\_\_\_
6. Agrupa formas geométricas. \_\_\_\_\_
- Coloque sobre la mesa nueve formas geométricas (tres círculos, tres cuadrados y tres triángulos) y diga "pon aquí todos los triángulos-cuadrados-círculos." 3 ( )
- a. Círculo \_\_\_\_\_
- b. Cuadrado \_\_\_\_\_
- c. Triángulo. \_\_\_\_\_
7. Agrupa objetos de acuerdo con su tamaño \_\_\_\_\_
- Coloque sobre la mesa seis sobres (tres grandes y tres chicos) y diga "pon aquí todos los sobres grandes-chicos." 2 ( )
- a. Grande \_\_\_\_\_

b. Chico

\_\_\_\_\_

8. Agrupa colores.

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa 12 cubos (tres azules, tres amarillos. Tres rojos, tres verdes) y diga “pon aquí todos los cubos del color....”.

4 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

a. Azul

b. Verde

\_\_\_\_\_

c. Rojo

\_\_\_\_\_

d. Amarillo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Colocación de objetos.**

Puntaje  
Máximo

1. Coloque un objeto en la posición que se indica, ante instrucciones que incluyen los conceptos izquierda-derecha.

2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa una hoja dividida en el medio por una línea vertical, entregue el objeto pequeño al niño; diga “ponlo del lado de...”.

a) derecho

\_\_\_\_\_

b) izquierdo.

\_\_\_\_\_

2. Coloca un objeto en la posición indicada en cada uno de los incisos.

8 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Para la evaluación de este reactivo se requiere: una mesa, una casa de juguete, un cochecito y un muñeco pequeño.

Entregue el coche y diga “Pon el coche arriba-debajo de la mesa.

a) Arriba

\_\_\_\_\_

b) abajo

\_\_\_\_\_

Coloque la casa sobre la mesa, entregue al niño el muñeco y diga “Pon el muñeco adentro-afuera de la casa”.

c) Adentro

\_\_\_\_\_

d) Afuera

Diga : "Pon el muñeco adelante-atrás de la casa"

e) Adelante

f) Atrás

Diga: "Pon el muñeco cerca-lejos de la casa."

g) Cerca

h) Lejos.

#### D. Señalamiento.

1. Identifica objetos de acuerdo con la posición en que están al seguir instrucciones que incluyen los conceptos de de derecha-izquierda.

2

(\_\_\_\_\_)

Diga: "Enséñame tu mano "derecha-izquierda"

a) Derecha

b) izquierda

2. Identifica un objeto que esta colocado en la posición indicada en cada uno de los incisos.

8

(\_\_\_\_\_)

Observaciones: para la evaluación de este reactivo se necesita: una mesa, una casa de juguete, dos cochecitos y dos muñecos pequeños.

Coloque un cochecito arriba y otro debajo de la mesa, diga "Enséñame el coche que está arriba-abajo"

a) Arriba

b) Abajo

Coloque un muñeco adentro y otro debajo de la casa diga "Enséñame el muñeco que esta adentro-afuera de la casa"

c) Adentro

d) Afuera

Puntaje  
Máximo

Coloque la casa sobre la mesa. Ponga un muñeco adelante y otro atrás de la casa: Diga : "Enséñame el muñeco que está adelante-atrás de la casa"

\_\_\_\_\_

- e) Adelante
- f) Atrás

\_\_\_\_\_

Coloque un muñeco cerca y otro lejos de la casa Diga: "Enséñame el muñeco que está cerca- lejos de la casa."

\_\_\_\_\_

- g) Cerca
- h) Lejos

\_\_\_\_\_

### 3. Identifica objetos de acuerdo con su peso.

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa un cojín relleno de arena y uno de hule espuma, diga "enséñame el que pesa más-menos".

2 (\_\_\_\_)

- a) Pesado
- b) Ligero

\_\_\_\_\_

### 4. Identifica objetos de acuerdo con la cantidad de material que contienen:

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa dos vasos, uno que contenga cinco canicas y otro lleno de canicas, y diga "Enséñame el que tiene mucho-poco"

2 (\_\_\_\_)

- a) mucho
- b) poco.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. identifica objetos de acuerdo a su textura.

Coloque sobre la mesa una tarjeta forrada de terciopelo y otra de lija y Diga" enséñame o dame el que es rasposo-suavecito"

2 (\_\_\_\_)

- a) liso
- b) Áspero

\_\_\_\_\_

### 6. Identifica objetos de acuerdo con su longitud.

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa dos lazos (uno corto y uno largo) y diga: "dame el lazo corto-largo".

- a) Largo
- b) corto

2 (\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

### 7. Identifica objetos de acuerdo con su grosor.

Coloque sobre la mesa dos crayones (uno delgado y uno grueso) y diga "Enséñame el crayón gordo-flaco".

\_\_\_\_\_

- a) Grueso  
b) Delgado
- 2 (\_\_\_\_)

8. Identifica formas geométricas.

Coloque sobre la mesa tres formas geométricas (círculo, cuadrado y triángulo) y diga "enséñame el ..."

- a) Círculo  
b) Cuadrado  
c) Triángulo.
- 3 (\_\_\_\_)

Si el niño no responde correctamente elimine una de las opciones y repita la instrucción.

9. Identifica tamaños.

Coloque sobre la mesa 3 sobre (uno grande uno chico y uno mediano) y diga "enséñame el sobre" :

- a) Grande  
b) Chico
- 2 (\_\_\_\_)

11. Identifica colores.

Coloque sobre la mesa cuatro cubos (uno amarillo, uno azul, uno rojo y uno verde) y diga "enséñame el cubo...."

- a) amarillo  
b) azul  
c) Rojo  
d) Verde
- 4 (\_\_\_\_)

***Subárea de igualación.***

Puntaje  
Máximo

1. Iguala objetos de acuerdo con su peso.

2 (\_\_\_\_)

Coloque sobre la mesa un cojín relleno de arena y uno de hule espuma,

Entregue al niño el estímulo y dé la instrucción: "Busca, enséñame o dame uno igual a este".

- a) Pesado
- b) Ligero

\_\_\_\_\_

2. Iguala objetos de acuerdo con la cantidad de materia que contienen

\_\_\_\_\_

2 (\_\_\_\_)

Coloque sobre la mesa dos vasos transparentes, uno que contenga cinco canicas y otro lleno de canicas, entregue al niño el estímulo y dé la instrucción correspondiente.

\_\_\_\_\_

- a) mucho
- b) poco.

\_\_\_\_\_

3. Iguala objetos de acuerdo a su textura.

Coloque sobre la mesa dos tarjetas, una forrada de terciopelo y otra de lija. Entregue al niño el estímulo muestra y dé la instrucción.

2 (\_\_\_\_)

- a) liso
- b) Áspero

\_\_\_\_\_

4. Iguala objetos de acuerdo con su longitud

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa dos lazos (uno corto y uno largo ) y entregue al niño el estímulo muestra y dé la instrucción

2 (\_\_\_\_)

- a) Largo
- b) Corto

\_\_\_\_\_

5. Iguala objetos de acuerdo con su grosor.

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa dos crayones (uno delgado y uno grueso) y entregue al niño el estímulo muestra y dé la instrucción

2 (\_\_\_\_)

- a) Grueso
- b) Delgado

\_\_\_\_\_

6. Identifica formas geométricas.

\_\_\_\_\_

Coloque sobre la mesa tres formas geométricas (círculo, cuadrado y triángulo) y entregue al niño el estímulo muestra y dé la instrucción

3 (\_\_\_\_)

- a) Círculo
- b) Cuadrado

\_\_\_\_\_

c) Triángulo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si el niño no responde correctamente elimine una de las opciones y repita la instrucción.

### 7. Iguale objetos de acuerdo con su tamaño

Coloque sobre la mesa 3 sobre (uno grande uno chico y uno mediano) y entregue al niño el estímulo muestra y dé la instrucción.

2 (\_\_\_\_)

- a) Grande
- b) Chico

\_\_\_\_\_

### 8. Iguale colores.

Coloque sobre la mesa cuatro cubos (uno amarillo, uno azul, uno rojo y uno verde) entregue al niño el estímulo muestra y dé la instrucción.

4 (\_\_\_\_)

- a) amarillo
- b) azul
- c) Rojo
- d) Verde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9. Iguale estímulos gráficos que comparten elementos constitutivos y característicos.

En este reactivo se evaluará la capacidad del niño para reconocer diferencias entre estímulos gráficos en tres grados de dificultad. 1. Diferencia máxima, para la cual se utilizarán dos árboles con manzanas y uno sin manzanas. 2. Diferencias media, utilizando dos gatos con una sola oreja y una con dos orejas. 3. Diferencia mínima, para la cual se usarán dos caras de niño contento y una cara de niño enojado.

3 (\_\_\_\_)

Coloque sobre la mesa dos representaciones gráficas que difieran en alguno de sus elementos constitutivos. Entregue al niño el estímulo muestra y dé la instrucción.

- a) diferencia máxima
- b) Diferencia media
- c) Diferencia mínima

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 10. Iguale trazo, seleccionando entres estímulos totalmente diferentes.

- a) trazos rectos (dos =, un O, una ∩.)
- b) trazos curvos (dos ∩, una |, una X)

3 (\_\_\_\_)

c) Trazos mixtos (dos 9, una V, una S).

12. Iguala trazos, seleccionando entre estímulos similares.

- a) trazo recto (dos =, dos ||, una --.)  
 b) trazo curvo (dos ∩, un O, una ∪)  
 c) trazo mixto (una ⊔, dos ⊕, un ⊖).

3 ( )

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ÁREA DE COORDINACIÓN VISOMOTRIZ.

### *Subárea de coordinación motora gruesa.*

#### A. Desplazamiento.

Puntaje  
Máximo

1. Camina:

2 ( )

- a) En posición erecta y con la vista al frente.  
 b) Alternando el movimiento de los brazos.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Camina hacia delante y sigue la dirección de una línea trazada en el piso.

4 ( )

Señale la línea y diga "Camina siguiendo la rayita, fíjate bien no te salgas del caminito."

- a) Línea recta  
 b) Línea en forma de escuadra (vuelta a la der.)  
 c) Línea en forma de escuadra (vuelta a la izq.)  
 d) Línea curva en forma de S

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Camina hacia atrás.

2 ( )

Señale la línea y diga "Ahora camina hacia atrás siguiendo la rayita".

- a) Libremente (sin seguir la línea)  
 b) Siguiendo la dirección de una línea recta trazada en el piso, viendo por donde camina.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Sube escaleras. 2 ( )
- a) Con ayuda de otra persona \_\_\_\_\_
- b) Apoyándose en el barandal o la pared \_\_\_\_\_
- c) Sin ayuda. \_\_\_\_\_
- d) Alternando el movimiento de los pies. \_\_\_\_\_
5. Baja escaleras. 4 ( )
- a) Con ayuda de otra persona \_\_\_\_\_
- b) Apoyándose en el barandal o la pared \_\_\_\_\_
- c) Sin ayuda. \_\_\_\_\_
- d) Alternando el movimiento de los pies \_\_\_\_\_
6. Corre. 2 ( )
- Diga: "ahora vamos a correr hasta donde esta el.... A ver quién gana".
- a) Alternando el movimiento de los brazos \_\_\_\_\_
- b) Flexionando rodillas. \_\_\_\_\_
7. camina sobre las puntas de los pies una distancia de 1m. 1 ( )
- Diga: "ahora vamos a caminar sobre las puntas de los pies, para vernos más altos".
8. Corres sobre la punta de sus pies una distancia de 3m. 1 ( )
- Diga: " Ahora vamos a correr hasta llegar al.... Pero lo vamos a hacer sobre las puntas de nuestros pies a ver quien llega primero".
9. Camina sobre una viga colocada a cinco cm. de altura del suelo, una distancia de 1.50m. Indique distancia máxima. 4 ( )
- Diga: "Ahora vamos a caminar arriba de esta tablita, hazlo con cuidado"
- a) Con un pie en la viga y otro en el piso, apoyándose en otras persona o en la pared. \_\_\_\_\_
- b) Con un pie en la viga y el otro en el piso sin apoyo adicional. \_\_\_\_\_
- c) Con ambos pies en la viga, apoyándose en otras persona o en la pared. \_\_\_\_\_
- d) Con ambos pies en la viga sin apoyo adicional \_\_\_\_\_
10. Se desplaza una distancia de 2m, saltando hacia delante con \_\_\_\_\_

ambos pies.

Diga: "Vamos a saltar como las ranitas, hasta llegar al... a ver quien gana" 1 (\_\_\_\_\_)

11. Se desplaza a una distancia de 1m saltando hacia atrás con ambos pies.

Diga: "Ahora las ranitas van a saltar hacia atrás, hazlo con cuidado, fíjate hasta donde tienes que llegar saltando". 1 (\_\_\_\_\_)

13. Se desplaza a una distancia de 1m saltando hacia adelante, con un solo pie.

2 (\_\_\_\_\_)

Diga: "Vamos a saltar con un de nuestros pies a ver quien llega primero al...".

- a) Pie derecho
- b) Pie izquierdo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## B. Equilibrio estático.

Puntaje  
Máximo

1. Se para en solo pie, apoyándose en un mueble, durante 2 seg. 2 (\_\_\_\_\_)

Diga: "El que dure mas tiempo en un pie gana, vamos a empezar a contar 1, 2..."

Levante el pie correspondiente realice por lo menos dos ensayos con cada pie

- a) Pie derecho
- b) Pie izquierdo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Se para en un solo pie durante dos segundos.

2 (\_\_\_\_\_)

Dé la misma instrucción que en el reactivo anterior

- a) Pie derecho
- b) Pie izquierdo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Se para durante las puntas de sus pies durante 2 seg.

1 (\_\_\_\_\_)

Diga: "vamos a pararnos de puntitas para vernos mas altos a ver quien dura mas así, 1, 2,..."

4. Se mantiene de pie en una viga colocada a 5cm del piso

"Vamos a subir a esta tablita quien dure mas tiempo sin bajar gana, 1, 2,..."

4 ( )

- a) Con un pie en la viga y otro en el piso, apoyándose en otras persona o en la pared.
- b) Con un pie en la viga y el otro en el piso sin apoyo adicional.
- c) Con ambos pies en la viga, apoyándose en otras persona o en la pared.
- d) Con ambos pies en la viga sin apoyo adicional

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### C. Equilibrio de Recuperación

Puntaje  
Máximo

1. Salta:

2 ( )

Diga: "vamos a bajar las escaleras con los pies juntos al mismo tiempo, a ver quién lo hace mejor".

- a) De un primer escalón hacia enfrente
- b) De un segundo escalón hacia enfrente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Salta para alcanzar un objeto colocado a medio metro de altura de su cabeza.

1 ( )

Presente un juguete atractivo para el niño a la altura indicada y diga: "¿quieres el...? te lo presto. Indique el número máximo de saltos y la altura que alcanzó.

3. Salta con ambos pies en un mismo lugar.

1 ( )

Presente un cuadro pintado en el piso y diga: "ahora la ranita va a saltar dentro de estacadita". Indique el número máximo de saltos continuos

4. Salta por encima de una cuerda.

2 ( )

Amarre la cuerda a la parte inferior de un mueble, extiéndala y diga: "vamos a saltar sin pisar la cuerda".

En el caso de que el niño no pueda saltar la altura indicada baje la cuerda e indique la altura máxima que alcanzó y especifique si lo hizo con ambos pies al mismo tiempo o alternándolos.

- a) Colocada al ras del piso.  
b) A diez cm. de altura del piso

5. Salta longitudes mayores de 10 cm.

2 ( )

Diga: "Vamos a saltar de aquí para acá ( señale dos líneas paralelas pintadas en el piso que estén a una distancia de 30 cm. entre sí), sin pisar las rayitas, a ver quien gana".

Indique si lo hizo con ambos pies al mismo tiempo o alternándolos y la distancia máxima que saltó.

- a) sin carrera  
b) con carrera.

#### D. Movimientos coordinados.

1. Se acuesta en el piso.

Puntaje  
Máximo

1 ( )

Diga: " vamos a rodar hasta...a ver quien gana"

2. Rueda sobre sí mismo dos veces continuas.

2 ( )

Diga: " vamos a rodar hasta...a ver quien gana"

- a) Hacia el lado derecho  
b) Hacia el lado izquierdo.

3. Se para después de acostarse en el piso.

1 ( )

Diga: "arriba todos vamos a ver quien se para más rápido".

4. Se sienta en el piso.

Diga: "vamos a cantar una canción ¿Qué te parece si nos sentamos en el piso para estar más cómodos?"

Cante y motive al niño a imitarle (en esta situación se evaluarán en forma paralela algunos aspectos de la suba rea de imitación).

1 ( )

5. Se hinca en el piso.

2 (\_\_\_\_)

Coloque un cochecito en el piso y diga "vamos a llevar tu cochecito por la carretera, etc.), todos hincados en el piso.

- a) Con ayuda de otra persona
- b) Sin ayuda.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Se sube a una silla.

2 (\_\_\_\_)

- a) Con ayuda de otra persona
- b) Sin ayuda.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Lanza una pelota.

Diga: "aviéntame la pelota, aviéntasela a..., ahora hacia arriba".

1 (\_\_\_\_)

- a) hacia el frente
- b) hacia arriba
- c) en dirección a la persona o el sitio que se le indica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Atrapa con ambas manos una pelota que se le lanza desde una distancia mínima e 1m.

6 (\_\_\_\_)

Diga: "En este juego gana el que no deje que la pelota se caiga, etc."

- a) pelota grande que va dirigida directamente a sus manos.
- b) Pelota grande que va dirigida al lado derecho de su cuerpo.
- c) Pelota grande que va dirigida al lado izquierdo de su cuerpo.
- d) pelota chica que va dirigida directamente a sus manos.
- e) Pelota chica que va dirigida al lado derecho de su cuerpo.
- f) Pelota chica que va dirigida al lado izquierdo de su cuerpo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Patea una pelota.

Diga: "Vamos a jugar football, el que meta más goles va ganar, patea la pelota hacia arriba, ahora alcázala y mete un gol"

4 (\_\_\_\_)

- a) Hacia el frente

- b) En dirección a la persona o el sitio que se le indica
- c) Hacia arriba.
- d) En movimiento.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Elude objetos que se dirigen a él.

11. Envía rodando una pelota chica en dirección que se le indica.

1 (\_\_\_\_\_)

Coloque sobre el piso un juego de bolos o grupo de objetos que funcionen como tales. Diga: "En este juego tenemos que tirar las figuras con esta pelota, en el piso, fíjate como lo hago, el que tire todas las figuras será el ganador. Haga la demostración. Realice varios ensayos.

1 (\_\_\_\_\_)

12. Bota una pelota en el piso tres veces continuas

Este juego se llaman básquet ball primero botamos la pelota en el piso y después la lanzamos para adentro de la canasta o cubeta. El que meta más canastas ganará"

Haga la demostración. Realice varios ensayos

1 (\_\_\_\_\_)

14. Encesta una pelota.

- a) en una cubeta colocada en el piso a un metro de distancia del niño
- b) en una canasta de básquet ball colocada a 1.5m de altura, y 1m de distancia del niño.

2 (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### E. Actividades de integración motriz

Puntaje  
Máximo

1. Empuja muebles medianos o vehículos infantiles a una distancia de 2m

1 (\_\_\_\_\_)

2. Jala muebles medianos o vehículos infantiles mediante una cuerda, una distancia de 2m

1 (\_\_\_\_\_)

3. Camina cargando objetos.

3 (\_\_\_\_\_)

- a) Pequeños que pueda cargar con una sola mano
- b) Voluminosos, livianos que no sean más grandes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- que el tórax del niño
- c) Superpuestos, una charola con un vaso de plástico vacío encima. \_\_\_\_\_

4. Utiliza juego mecánicos y vehículos infantiles. 2 (\_\_\_\_)

Coloque al niño en la situación en la que se disponga de lo materiales necesarios y pregunte: ¿quieres subirte al...?"

Si el niño lo intenta y presenta dificultad para subir, proporcionele la menor ayuda posible hasta lograr que use los juegos.

- a) con ayuda \_\_\_\_\_  
b) sin ayuda \_\_\_\_\_

5. Sube y baja de vehículos (automóvil, camión). 2 (\_\_\_\_)

Si no presenta la oportunidad para evaluar este reactivo pregunte este dato a los padres del niño.

- a) con ayuda \_\_\_\_\_  
b) sin ayuda \_\_\_\_\_

### ***Subárea de coordinación motora fina.***

#### **A. Actividades integrales.**

- |  | Puntaje<br>Máximo |        |
|--|-------------------|--------|
| 1. Abre o cierra frascos de tapa giratoria.          | 1                 | (____) |
| 2. Inserta 15 palillos en un orificio pequeño        | 1                 | (____) |
| 3. Sirve agua de una jarra aun vaso sin derramar     | 1                 | (____) |
|  |                   | -      |
| 4. Hace tres palitos con plastilina                  | 1                 | _____  |
| 5. Saca punta a un lápiz, con un sacapuntas portátil | 1                 | _____  |
| 6. utiliza una goma y borra una línea recta          | 1                 | _____  |

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| 7. Forma una torre con 5 cubos medianos, alineándolos  | 1 | _____ |
| 8. Pega un recorte en el espacio correspondiente en una figura, con pegamento líquido.             | 1 | _____ |
| 9. Forma un collar con 10 cuentas de madera y una agujeta  | 1 | _____ |
| 10. Recorta papel siguiendo el contorno de una figura sencilla formada por líneas rectas y curvas. | 1 | _____ |

### B. Movimientos de precisión.

- |  | Puntaje<br>Máximo |         |
|--|-------------------|---------|
| 1. Apila objetos.  | 3                 | (_____) |
| a) platos de plástico  |                   | _____   |
| b) dados grandes   |                   | _____   |
| c) dados chicos  |                   | _____   |
| 2. Inserta objetos   | 3                 | (_____) |
| a) figuras en bajorrelieve   |                   | _____   |
| b) pijas en un tablero   |                   | _____   |
| c) crayones en su caja   |                   | _____   |
| 3. Ensarta objetos.  | 4                 | (_____) |
| a) Objetos de orificio grande, con hilo plástico.                          |                   | _____   |
| b) Objetos de orificio pequeño con hilo plástico.                          |                   | _____   |
| c) Objetos de orificio grande, con agujeta.                                |                   | _____   |
| d) Objetos de orificio pequeño con agujeta.                                |                   | _____   |
| 4. Recorta papel.  | 5                 | (_____) |
| a) Libremente  |                   | _____   |
| b) Siguiendo líneas rectas   |                   | _____   |
| c) Siguiendo líneas curvas   |                   | _____   |
| d) Siguiendo el contorno de una figura sencilla formada por líneas rectas. |                   | _____   |
| e) Siguiendo el contorno de una figura sencilla formada por líneas curvas. |                   | _____   |

**C. Movimientos básicos.**

	Puntaje Máximo	
1. Manipula objetos con una sola mano (sosteniéndolos durante 10 s)	3	( _____ )
a) Pelota.		_____
b) Cubo de plástico		_____
c) Vaso de plástico		_____
2. Manipula objetos con los dedos de una mano	3	( _____ )
a) Pijas		_____
b) Palillos.		_____
c) Recortes de papel.		_____
3. Manipula de manera adecuada objetos giratorios.	3	( _____ )
a) Matraca		_____
b) Teléfono		_____
c) Tuerca y tornillo (atornillados)		_____
4. Toma objetos colocados a diferentes distancias y en diversas posiciones.	4	( _____ )
a) Al frente, a 10 cm. de distancia del borde de la mesa.		_____
b) Al frente, a 60 cm. de distancia del borde de la mesa.		_____
c) Del lado izquierdo		_____
d) De lado derecho.		_____
5. Coloca objetos dentro de recipientes.	3	( _____ )
a) cinco dados en una caja		_____
b) 10 pijas en un frasco		_____
c) un pañuelo desechable en un tubo.		_____
6. Extrae objetos	3	( _____ )
a) cinco dados en una caja		_____
b) 10 pijas en un frasco		_____
c) un pañuelo desechable en un tubo		_____
6. Presiona objetos para producir un efecto.		

3 (\_\_\_\_\_)

- a) Un muñeco flexible hasta que suene.
- b) Un tubo hasta que salga el pegamento
- c) Un timbre hasta que suene.

---



---



---

#### D. Tareas de preescritura.

	Puntaje Máximo	
1. Ilumina	5	(_____)
a) Toma correctamente lápiz o crayón.		_____
b) Garabatea en el papel		_____
c) Con trazo uniforme		_____
d) Sin pasar el contorno de una figura		_____
e) Rellena todo el espacio dentro de la figura		_____
2. Copia líneas y figuras.	10	(_____)
a) Recta vertical		_____
b) Recta horizontal		_____
c) Recta diagonal		_____
d) Curva abierta hacia la derecha		_____
e) Curva abierta hacia la izquierda		_____
f) Curva abierta hacia arriba		_____
g) Curva abierta hacia abajo		_____
h) Curva mixta (hacia arriba y hacia abajo)		_____
i) Figura formada por líneas rectas		_____
j) Figura formada por líneas curvas.		_____
3. Traza en líneas paralelas.	7	(_____)
a) Recta vertical		_____
b) Recta horizontal		_____
c) Recta diagonal		_____
d) Curva abierta hacia la derecha		_____
e) Curva abierta hacia la izquierda		_____
f) Curva abierta hacia arriba		_____
g) Curva abierta hacia abajo		_____

4. Remarca líneas y figuras. 5 (\_\_\_\_)
- a) Recta vertical \_\_\_\_\_
- b) Recta diagonal \_\_\_\_\_
- c) Curva abierta hacia la izquierda \_\_\_\_\_
- d) Curva abierta hacia abajo \_\_\_\_\_
- e) Figura formada por líneas rectas \_\_\_\_\_
5. Traza líneas y figuras uniendo puntos 5 (\_\_\_\_)
- a) Recta horizontal \_\_\_\_\_
- b) Curva abierta hacia la derecha \_\_\_\_\_
- c) Curva abierta hacia arriba \_\_\_\_\_
- d) Curva Mixta (hacia arriba-abajo) \_\_\_\_\_
- e) Figura formada por líneas curvas. \_\_\_\_\_

## ÁREA PERSONAL-SOCIAL.

### ***Subárea de cuidado.***

#### **A. Control de esfínteres.**

- |  | Puntaje<br>Máximo |
|--|-------------------|
| 1. Avisa que quiere ir al baño (señas, verbalmente)        |                   |
| a) Señas o gestos  | 2 (____)          |
| b) Verbalmente.  | _____             |
| 2. Realiza las tareas relacionadas con el uso del retrete. |                   |
| a) Bajas las prendas necesarias                            | 5 (____)          |
| b) Toma la posición adecuada para orinar                   | _____             |
| c) Orina dentro de la taza                                 | _____             |
| d) Se sube las prendas necesarias                          | _____             |
| e) Acciona la palanca del agua.                            | _____             |

#### **B. Aseo personal.**

- |                             | Puntaje<br>Máximo |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. Realiza el aseo de manos | 7 (____)          |

- |                                  |   |         |
|----------------------------------|---|---------|
| a) Abre la llave.                |   | _____   |
| b) Se moja las manos.            |   | _____   |
| c) Toma el jabón                 |   | _____   |
| d) Se enjabona                   |   | _____   |
| e) Se enjuaga                    |   | _____   |
| f) Cierra la llave               |   | _____   |
| g) Se seca las manos             |   | _____   |
| <br>                             |   |         |
| 2. Realiza el aseo de cara.      |   |         |
|                                  | 4 | (_____) |
| a) Se moja la cara.              |   | _____   |
| b) Se enjabona                   |   | _____   |
| c) Se enjuaga                    |   | _____   |
| d) Se seca la cara               |   | _____   |
|                                  |   | _____   |
| 3. Realiza el aseo de dientes.   |   |         |
|                                  | 6 | (_____) |
| a) Toma el cepillo correctamente |   | _____   |
| b) Pone pasta al cepillo         |   | _____   |
| c) Cepilla dientes               |   | _____   |
| d) Cepilla muelas                |   | _____   |
| e) Se enjuaga la boca            |   | _____   |
| f) Escupe el agua                |   | _____   |
|                                  |   | _____   |

### C. Desvestido y vestido.

- |   | Puntaje<br>Máximo |         |
|---|-------------------|---------|
| 1. Realiza tareas de desvestido         | 7                 | (_____) |
| a) Se quita las prendas superiores      |                   | _____   |
| b) Se quita las prendas inferiores.     |                   | _____   |
| c) Se quita calcetines                  |                   | _____   |
| d) Se quita zapatos                     |                   | _____   |
| e) Baja cierres                         |                   | _____   |
| f) desabotona                           |                   | _____   |
| g) desamarrar agujetas                  |                   | _____   |
|   |                   |         |
| 2. Realiza tareas de vestido            | 9                 | (_____) |
| a) Discrimina revés y derecho           |                   | _____   |
| b) Discrimina parte delantera y trasera |                   | _____   |
| c) Se pone prendas superiores           |                   | _____   |

- d) Se pone prendas inferiores \_\_\_\_\_
- e) Se pone calcetines \_\_\_\_\_
- f) Se pone zapatos \_\_\_\_\_
- g) Se sube cierres \_\_\_\_\_
- h) Abotona \_\_\_\_\_
- i) Amarra agujetas. \_\_\_\_\_

#### **D. Habilidades de Alimentación.**

- |  | Puntaje<br>Máximo |           |
|--|-------------------|-----------|
| 1. Realiza actividades necesarias para al alimentarse.   | 4                 | ( _____ ) |
| a) Permanece sentado mientras se alimenta.   |                   | _____     |
| b) Utiliza cuchara   |                   | _____     |
| c) Utiliza vaso  |                   | _____     |
| d) Usa servilleta.   |                   | _____     |
| 2. Se alimenta correctamente.  | 5                 | ( _____ ) |
| a) Bebe sin derramar líquido.  |                   | _____     |
| b) Ingiere alimentos diversos en forma correcta (sin ensuciar el lugar donde come, sin escupir, etc) |                   | _____     |
| c) Mastica alimentos sólidos con la boca cerrada.  |                   | _____     |
| d) Traga antes de introducir otro bocado.  |                   | _____     |

#### **Subárea de socialización.**

##### **A. Adaptación a las situaciones de evaluación.**

- |  | Puntaje<br>Máximo |           |
|--|-------------------|-----------|
| 1. Se adapta con facilidad a una situación individual.                       | 4                 | ( _____ ) |
| Describe la reacción del niño al retirarse los padres ( si llora o no cuando |                   |           |

estos se van, si se percata de su presencia, ausencia), así como la actitud hacia el evaluador (aceptación, rechazo, etc)

- a) Con relación al escenario. \_\_\_\_\_  
b) Con relación al evaluador \_\_\_\_\_

2. Se adapta con facilidad a una situación grupal en la que estén presentes niños y adultos. 2 (\_\_\_\_)

Describa la actitud del niño frente a las personas que lo rodean (si accede o se niega a permanecer en el mismo lugar que ellas, si acepta o rechaza su contacto físico, etc.)

- a) Niños . \_\_\_\_\_  
b) Adultos. \_\_\_\_\_

## B. Responsividad a la interacción social

- |   | Puntaje<br>Máximo |        |
|---|-------------------|--------|
| 1. Responde a cualquier forma de interacción social (por ejemplo, saluda cuando se le saluda, sonrío cuando le sonrían, etc)    | 2                 | (____) |
| a) Niños  |                   | _____  |
| b) Adultos  |                   | _____  |
| 2. Responde al contacto físico de otras personas (permite que lo conduzcan llevándolo de la mano acepta que lo acaricien, etc.) | 1                 | (____) |
| 3. Responde de forma positiva al elogio social (se entusiasma, sonrío, etc.   | 1                 | (____) |
| 4. Responde a invitaciones explícitas de niños o adultos, ya sea aceptándolas o rechazándolas.                                  | 2                 | (____) |

Invítelo a tomar algún alimento, haga que otro niño lo invite a jugar, etc.

- a) Niños. \_\_\_\_\_  
b) adultos. \_\_\_\_\_

Describa si por ejemplo, el niño responde mecánicamente o si es expresivo, si le gusta el contacto físico o lo rechaza; si muestra preferencia por el contacto con al figura masculina o femenina, etc.

### C. Aproximación espontánea a otras personas.

	Puntaje Máximo	
1. Inicie cualquier forma de interacción social (por ejemplo: saluda o se despide, sonrío a otro, se acerca a las personas, las toca, etc.)	2	(____)
a) Niños		_____
b) Adultos		_____
2. Expresa verbalmente o con ademán sus deseos, preferencias o necesidades (por ejemplo pide agua, solicita ir al baño, etc.	1	(____)
3. Invita a otros a jugar.	2	(____)
Arregle las condiciones para que haya otros niños en el área de juego.		_____
a) Niños		_____
b) Adultos		_____
4. Solicita la aprobación social al mostrar su ropa, algún trabajo que realizó, etc.	1	(____)

Puede darle por ejemplo el dibujo que realizó en la evaluación de la subárea de la motora fina, o solicite a los padres que envíen al niño con alguna prenda o juguete nuevo, etc.

Describa si por ejemplo se acerca a las personas de manera amable o brusca, si es demasiado insistente, etc.

### D. Capacidad para involucrarse en actividades sin perturbar.

Para obtener los datos de esta categoría:

- a) introduzca al niño a la situación correspondiente y evite interactuar con él; de ser posible déjelo solo sin perderlo de vista.
- b) Considere un tiempo de permanencia en la actividad, cuyo mínimo sea de 2 minutos

	Puntaje Máximo	
1. Utilizar de manera adecuada su tiempo libre cuando se le deje solo (por ejemplo: explora el lugar, explora los materiales, se quedad quieto, etc.)	2	(____)
a) Salón		_____
b) Patio		_____
2. Utiliza de manera adecuada los materiales (por ejemplo: rueda un cochecito, vuela un avioncito, etc.)	2	(____)
a) Educativos		_____
b) Juguetes		_____
3. Observa actividades que realizan otras personas.	2	(____)
Aproveche cualquier actividad (de juego de enseñanza) que realice un grupo de por lo menos 3 personas.		_____
a) Niños		_____
b) Adultos		_____
Describa si, por ejemplo mostró preferencia por observar a las personas o por manipular materiales, etc.		
_____		
_____		
_____		
_____		

### E. Participación en actividades grupales.

Puntaje  
Máximo

## 1. Participa adecuadamente en actividades de juego.

3 (\_\_\_\_\_)

Programe una actividad de juego que implique la participación de tres o más personas (niños y adultos si es posible) y asegúrese de que el niño la observa. Espere 10 minutos y si el niño no participa de forma espontánea invítelo usted o alguno de los participantes.

- a) Permanece en el grupo sin perturbar. \_\_\_\_\_
- b) Comparte los materiales de juego. \_\_\_\_\_
- c) Desempeña el papel que él elige o el que se le indica. \_\_\_\_\_

Describa, por ejemplo, si el niño se entusiasma con el juego si participa mecánicamente, si participó en forma espontánea o requirió invitación explícita, etc.

---



---



---



---

## 2. Participa adecuadamente en actividades del salón de clases

4 (\_\_\_\_\_)

- a) Permanece en el grupo sin perturbar. \_\_\_\_\_
- b) Comparte los materiales de trabajo. \_\_\_\_\_
- c) Espera su turno. \_\_\_\_\_
- d) Realiza la actividad que le corresponde. \_\_\_\_\_

Describa, por ejemplo, si mostró interés en la actividad, si participo en forma espontánea en la clase o si requirió instigación para ello, etc.

---



---



---



---

## 3. Participa adecuadamente en actividades del comedor.

3 (\_\_\_\_\_)

- a) Permanece en el grupo sin perturbar (no quita la comida ni molesta a los otros niños). \_\_\_\_\_
- b) Maneja de manera adecuada utensilios de \_\_\_\_\_

- alimentación (al comer su aspecto no es desagradable.) \_\_\_\_\_
- c) Come con propiedad (sin batirse, sin derramar los alimentos, sin escupir, etc.) \_\_\_\_\_

Describe si, comió demasiado rápido o demasiado lento en relación con el grupo, si en forma espontánea llevo sus utensilios a la cocina.

---



---



---



---

## ÁREA DE COMUNICACIÓN.

### ***Subárea de comunicación vocal-gestual.***

#### **A. Expresión de necesidades , deseos y preferencias mediante lenguaje vocal o gestual.**

	Punt. Máx.	Vocal Mente	Punt. Máx.	Gestual
1. Elige entre dos opciones que se le presentan. Presente dos opciones de materiales o actividades al niño y pregunte ¿Cuál prefieres?	2	( ) _____ _____	2	( ) _____ _____
a) materiales. b) Actividades				
2. Acepta o se niega a realizar una actividad que se le indica. Pregunte al niño ¿Quieres ... (nombre la actividad)?".	1	( ) _____ _____	1	( ) _____ _____
3. Solicita lo que desea o necesita. a) materiales. b) Actividades c) Alimentos.	3	( ) _____ _____ _____	3	( ) _____ _____ _____

#### **B. Reconocimiento de su persona.**

	Punt. Máx.	Vocal Mente	Punt. Máx.	Gestual
1. Responde a su nombre orientándose hacia quien lo dice o proporciona su nombre al				

requerírsele.				
Pregunte "¿Como te llamas?". Si el niño no responde, diga el nombre del niño.	2	( )	2	( )
2. Se refiere a sí mismo por medio del pronombre "Yo" o señalándose		_____		_____
		_____		_____
Pregunte al niño ¿Quién es...(nombre del niño)".	1	( )	1	( )
3. Reconoce su imagen en el espejo señalándose y dice el pronombre yo o su nombre		_____		_____
		_____		_____
Coloque al niño frente a un espejo, señale su imagen proyectada y pregunte ¿quién esta ahí?.	3	( )	3	( )
		_____		_____
		_____		_____
		_____		_____

### C Identificación de las partes del cuerpo y prendas de vestir.

Señale cada una de las partes del cuerpo del niño o prendas de vestir en el niño o usted mismo y pregunte "¿Cómo se llama?. Si la respuesta es incorrecta o no se da, diga: "Enséñame (señala) tu(s) ... o mi (s)?"	Punt. Máx.	Vocal Mente	Punt. Máx.	Gestual
1. Identifica partes del esquema corporal.	5	( )	5	( )
a) Cabeza		_____		_____
b) Manos		_____		_____
c) Boca		_____		_____
d) Pies		_____		_____
e) ojos.		_____		_____
2. Identifica prendas de vestir.	5	( )	5	( )
a) pantalón		_____		_____
b) zapatos		_____		_____
c) camisa o blusa		_____		_____
d) suéter		_____		_____
e) calcetines		_____		_____

### D. Identificación de los elementos del medio presentados físicamente.

Presente o señale los estímulos uno a uno y pregunte: ¿que es esto (como se llama)? Y si no hay respuesta correcta a todos los	Punt.	Vocal	Punt.	Gestual
--	-------	-------	-------	---------

incisos del reactivo en prueba, presente al mismo tiempo los cinco estímulos correspondientes y diga "señala (enséñame)..."	Máx.	Mente	Máx.	
1. Identifica juguetes.	5	( )	5	( )
a) Cabeza		_____		_____
b) coche		_____		_____
c) muñeca		_____		_____
d) globo		_____		_____
e) canicas.		_____		_____
2. Identifica partes de una habitación.	5	( )	5	( )
a) ventana		_____		_____
b) puerta		_____		_____
c) piso		_____		_____
d) pared		_____		_____
e) techo.		_____		_____
3. Identifica utensilios de aseo personal.				
a) jabón				
b) peine				
c) Toalla				
d) Cepillo de dientes				
e) Papel higiénico.				

### E. Identificación de elementos del medio representados en láminas.

Presente una lámina que contenga todos los estímulos correspondientes al reactivo en prueba. Señale uno a uno los elementos y pregunte: "que es (como se llama)?" Si la respuesta es incorrecta o no se da diga "señala (enséñame)...el "	Punt. Máx.	Vocal Mente	Punt. Máx.	Gestual
1. Identifica alimentos	5	( )	5	( )
a) pan		_____		_____
b) leche		_____		_____
c) manzana		_____		_____
d) agua		_____		_____
e) globo.				
2. Identifica animales.	5	( )	5	( )

<p>a) perro b) vaca c) gato d) pájaro e) pez.</p> <p>3. Identifica elementos de la naturaleza.</p> <p>a) árbol b) flor c) sol d) pasto e) cielo.</p> <p>4. Identifica partes de una casa.</p> <p>a) recámara b) baño c) comedor d) cocina e) jardín o patio.</p> <p>4. Identifica muebles.</p> <p>a) silla b) mesa c) cama d) estufa e) lavabo.</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--	--	--	--

**F. Identificación de elementos del medio de acuerdo a la clase a la que pertenecen, su función, utilidad o localización.**

1. Identifica elementos del medio de acuerdo con la clase a la que pertenecen.	Punt. Máx.	Vocal Mente	Punt. Máx.	Gestual
<p>Presente una a una las láminas que contenga todos los estímulos correspondientes al reactivo en prueba. Señale uno a uno los elementos y pregunte: "que son todos estos?, si no hay respuesta o el niño se concreta a nombrarlos de manera aislada, presénteles opciones diferentes a las correctas. Por ejemplo en el caso de los juguetes pregunte : ¿Son animales... entonces que son? Si no responde correctamente presente la lámina en la que se hallan</p>	5	<p>( )</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	5	<p>( )</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>todos los elementos mezclados y de la instrucción: "Tacha todos los..."</p> <p>a) animales b) juguetes c) alimentos d) muebles</p> <p>2. Identifica partes del cuerpo en relación a su función.</p> <p>Pregunte "¿Para que te sirve (las diferentes partes del cuerpo)?, si el niño no responde, pregunte"¿con que parte del cuerpo (oímos, caminamos, hablamos, vemos, aplaudimos)?"</p> <p>a) oídos b) pies c) boca d) ojos e) manos.</p> <p>3. Identifica objetos comunes en relación con su utilidad.</p> <p>Pregunte: "¿para que sirve...?. Si el niño no responde o la respuesta es incorrecta, presente la lámina correspondiente y pregunte: "¿Cuál te sirve para (comer, dormir, escribir, pintar, barrer, cortar)?"</p> <p>a) cuchara b) cama c) lápiz d) escoba e) tijeras.</p> <p>4. Identifica prendas de vestir de acuerdo a su localización corporal.</p> <p>Pregunte: "¿En que parte del cuerpo nos ponemos ...?".si el niño no responde presente la lámina correspondiente y diga: "Enséñame en cual parte del cuerpo nos ponemos..."</p> <p>a) guantes b) sombrero c) zapatos d) playera e) calzón..</p>	5	( ) _____ _____ _____ _____ _____	5	( ) _____ _____ _____ _____ _____
---	---	--	---	--

<p>5. Identifica espacios en donde se realizan diversas actividades.</p> <p>Pregunte: “¿en que parte de la casa...?. Si el niño no responde, presente la lamina correspondiente y diga: “enséñame en cual parte de la casa...?”</p> <p>a) duermes b) te bañas c) preparamos la comida d) comes e) juegas</p>				
--	--	--	--	--

### G. Identificación de acciones y estados de ánimo representados en lámina.

Presente la lámina correspondiente y pregunte: “¿Qué esta haciendo...?. Si no hay respuesta correcta diga: “enséñame cual de estas personas está...”	Punt. Máx.	Vocal Mente	Punt. Máx.	Gestual
<p>1. Identifica acciones.</p> <p>a) durmiendo b) comiendo c) jugando d) pintando e) bañándose</p>	5	( ) _____ _____ _____ _____	5	( ) _____ _____ _____ _____
<p>2. Identifica estados de ánimo.</p> <p>Presente la lámina correspondiente y pregunte: “¿Cómo esta el niño?”. Si no hay respuesta mencione una opción diferente a la correcta, por ejemplo, al señalar la representación del niño contento pregunte: “¿ este niño está triste?”. Si con esta instigación no responde, diga: “señala cual de estos niños está...”?</p> <p>a) contento b) enojado c) triste.</p>	5	( ) _____ _____ _____ _____	5	( ) _____ _____ _____ _____

## Subárea de comunicación verbal-vocal.

### A. Evocación de objetos, láminas e historia.

	Punt. Máx.	Vocal Mente	Punt. Máx.	Gestual
<p>1. Nombra de memoria sin error ni omisión, objetos que se le presenten.</p> <p>Presente durante 10 segundos los objetos que se indican en el inciso correspondiente. Pida al niño que se fije en todos ellos y retírelos. Pregunte: “¿ que había ahí?. Si el niño presenta dificultad para mencionarlos todos y nombra alguno de ellos, diga: “muy bien, trata de recordar que más había. Si el niño no logra recordar ninguno de los que se presentaron diga uno de los estímulos. Se especifica si el niño requirió de algún tipo de ayuda.</p> <p>a) Cuchara. Coche, pasta de dientes. b) Pelota, pez, cama, huevo. c) Jabón, pelota, muñeca, cepillo de dientes, vaso.</p>	5	( ) _____ _____ _____ _____	5	( ) _____ _____ _____ _____
<p>2. Nombra de memoria sin error ni omisión, láminas que le fueron presentadas.</p> <p>Siga el procedimiento del reactivo anterior.</p> <p>a) Perro, manzana, silla. b) Pelota, pez, cama, huevo. c) Avión tren, cuchara, vaso, mesa.</p>	5	( ) _____ _____ _____ _____	5	( ) _____ _____ _____ _____
<p>3. Relata una historia que se le acaba de contar y menciona por lo menos cuatro detalles importantes.</p> <p>Diga: “te voy a contar un cuento, escúchalo bien por que después quiero que tu me lo cuentes”. “Había una vez un niño y una niña que eran muy amigos, el niño se llamaba Jorge y la niña Paty. Un sábado fueron al cine y vieron unas caricaturas muy divertidas, comieron palomitas y después Jorge acompañó a Paty a su casa. Ahora dime todo lo que recuerdes del cuento”.</p> <p>a) Nombre de los niños b) El día que fueron al cine c) Lo que vieron en el cine d) Lo que comieron en el cine ( o que hicieron después.)</p>				
4. Responde correctamente a preguntas que se le				

<p>formulan acerca de una historia que se le acaba de contar.</p> <p>Inmediatamente después de aplicar el reactivo anterior pregunte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) “¿Cómo se llamaban los niños del cuento?”</li><li>b) “¿Qué día fueron al cine?”</li><li>c) “¿Qué vieron en el cine?”</li><li>d) “¿Qué comieron en el cine? O ¿Qué hicieron después?”</li></ul>				
---	--	--	--	--

**B. Uso de estructuras gramaticales.**

	Punt. Máx.	Vocal Mente
<p>1. Utiliza pronombres personales.</p> <p>Formule la pregunta indicada en cada inciso. Las respuestas aceptables son las frases escritas en mayúsculas.</p> <p>a) “¿Quién tiene... (describa algún prenda que trae puesta el niño)?”. YO</p> <p>b) “¿Quién tiene el lápiz en la mano? (tome el lápiz)” TU</p> <p>c) “¿Quiénes estamos trabajando aquí?” NOSOTROS o TU y YO.</p>	3	( ) _____ _____ _____
<p>2. Utiliza correctamente los pronombres posesivos.</p> <p>Siga el procedimiento del reactivo anterior.</p> <p>a) “¿De quien es este suéter?” Señalando el suéter del niño) MIO.</p> <p>b) “¿De quien son estas manos? (señalando las manos del niño) MIAS.</p> <p>c) “¿Quiénes Avión tren, cuchara, vaso, mesa.</p>	3	( ) _____ _____ _____
<p>3. Utiliza correctamente pronombres demostrativos.</p> <p>Siga el procedimiento del reactivo anterior.</p> <p>a) “¿Cuál es la ventana? ESTA, ESA o AQUELLA.”</p> <p>b) “¿Cuáles son los lápices? ESTOS, ESOS, AQUELLOS</p>	2	( ) _____ _____
<p>4. Utiliza correctamente los artículos.</p> <p>Señale los objetos que se indican y diga las instrucciones correspondientes a cada inciso.</p> <p>a) “Esta es la ventana y esta es _____ (la mesa)”</p> <p>b) “Estos son unos lápices y este es _____ (un, el coche.)”</p> <p>c) “Estas son unas canicas. Éstos son _____ (los, unos globos)”</p> <p>d) “Este es el coche. Estas son _____ ( las, unas canicas).</p>		

### C. Conversación.

Utilice la información proporcionada por los padres en relación con las actividades previas y con las actividades programadas para el niño.

Anote textualmente las respuestas del niño en la hoja de registro.

	Punt. Máx.	Vocal Mente		
<p>1. Responde a preguntas relacionadas con la situación presente.</p> <p>Utiliza preguntas referentes a las situaciones del momento (“Qué quieres hacer ahorita” “Platícame que estamos haciendo”, “¿Qué te gusta comer?, etc.).</p> <p>a) Responde en relación directa con la pregunta. b) Utiliza frases c) Utiliza oraciones.</p>	3	( ) _____ _____ _____		
<p>2. Responde a preguntas relacionadas con situaciones pasadas.</p> <p>Utilice preguntas referentes a situaciones pasadas (“platicame que hiciste ayer”, “¿Qué comiste ayer?”, “adonde fuiste ayer”, etc.)</p> <p>a) Responde en relación directa con la pregunta. b) Utiliza frases c) Utiliza oraciones.</p>	3	( ) _____ _____ _____		
<p>3. Responde a preguntas relacionadas con situaciones futuras.</p> <p>Utiliza preguntas referentes a situaciones futuras como “¿Qué vas a hacer hoy en la tarde?, ¿Adonde vas a ir mañana?, ¿Qué vas a comer?.</p> <p>a) Responde en relación directa con la pregunta. b) Utiliza frases c) Utiliza oraciones.</p>		_____ _____ _____		

### Subárea de articulación.

#### A. Articulación de fonemas consonánticos.

	Puntuación. Máxima.	
1. Articula fonemas en posición inicial.		(____)

<p>a) /m/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• maleta</li><li>• mesa.</li></ul> <p>b) /n/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nariz</li><li>• nube</li></ul> <p>c) /p/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• paleta</li><li>• pelo}</li></ul> <p>d) /t/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tina</li><li>• torre</li></ul> <p>e) /k/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• coche</li><li>• cabeza</li></ul> <p>f) /f/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• foco</li><li>• faro</li></ul> <p>g) /b/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• vaca</li><li>• bola</li></ul> <p>h) /d/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dama</li><li>• dorado</li></ul> <p>i) /s/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• silla</li><li>• zapato</li></ul> <p>j) /ch/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• chalupa</li><li>• choza</li></ul> <p>k) /l/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• lechuga</li><li>• luna</li></ul> <p>l) /y/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• llave</li><li>• yema</li></ul> <p>m) /g/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• guitarra</li></ul>		
---	--	--

<p>n) /j/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• gato</li><li>• jirafa</li><li>• jarra</li></ul> <p>o) /r/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• rodilla</li><li>• rata</li></ul> <p>2. Articula fonemas consonánticos en posición intermedia</p> <p>a) /m/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• camisa</li><li>• cama</li></ul> <p>b) /n/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• canela</li><li>• mano</li></ul> <p>c) /ñ/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• uña</li><li>• niño</li></ul> <p>d) /p/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• pepino</li><li>• pipa</li></ul> <p>e) /t/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• patineta</li><li>• bote</li></ul> <p>f) /k/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• raqueta</li><li>• boca</li></ul> <p>g) /f/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• semáforo</li><li>• café</li></ul> <p>h) /b/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• lavabo</li><li>• bebé</li></ul> <p>i) /d/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• madera</li><li>• dedo</li></ul> <p>j) /s/</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• vaso</li><li>• pesado</li></ul>		
--	--	--

k) /ch/

- leche
- techo

l) /l/

- helado
- palo

m) /y/

- payaso
- gallo

n) /g/

- viga
- aguilá

o) /j/

- ojo
- pájaro

p) /r/

- cara
- arete

q) /rr/

- carreta
- perro

### 3. Articule fonemas consonánticos en posición final

a) /n/

- pan
- jabón

b) /d/

- edad
- red

c) /s/

- orejas
- lápiz

d) /l/

- sol
- betabel

e) /j/

<ul style="list-style-type: none"> <li>• reloj</li> <li>• carcaj</li> </ul> <p>f) /r/</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• calor</li> <li>• mar</li> </ul>		
--	--	--

### B. Articulación de diptongos y grupos vocálicos.

	Puntuación. Máxima.	
<p>1. Articula diptongos.</p> <p>a) ai</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pay</li> <li>• baile</li> </ul> <p>b) au</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• auto</li> <li>• jaula</li> </ul> <p>c) ei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• peine</li> <li>• reina</li> </ul> <p>d) ia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• piano</li> <li>• feria</li> </ul> <p>e) ie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pie</li> <li>• viena</li> </ul> <p>f) io</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avión</li> <li>• labio</li> </ul> <p>g) oi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• boina</li> <li>• estoy</li> </ul> <p>h) ua</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agua</li> <li>• huarache</li> </ul> <p>i) ue</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• huevo</li> </ul>		(_____)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• buena</li> </ul> <p>2. Articula grupos vocálicos</p> <p>a) ea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reata</li> <li>• cereal</li> </ul> <p>b) eo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• óleo</li> <li>• leona</li> </ul> <p>c) oa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toalla</li> <li>• koala</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• /p</li> </ul>		
--	--	--

**C. Articulación de grupos consonánticos homo silábicos.**

<p>1. Articula grupos consonánticos homosilábicos en forma inicial.</p> <p>d) pl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• plato</li> <li>• pluma</li> </ul> <p>e) pr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prado</li> <li>• prisa</li> </ul> <p>f) tr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• traje</li> <li>• trino</li> </ul> <p>g) cl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• clavo</li> <li>• cloro</li> </ul> <p>h) cr</p>	<p>Puntuación. Máxima.</p>	<p>(_____)</p>
--	--------------------------------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• crayón</li> <li>• cruz</li> </ul> <p>i) fl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• flecha</li> <li>• flaco</li> </ul> <p>j) fr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fresa</li> <li>• frío</li> </ul> <p>k) bl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• blusa</li> <li>• bloque</li> </ul> <p>l) br</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• brazo</li> <li>• brocha</li> </ul> <p>m) dr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dragón</li> <li>• drenar</li> </ul> <p>n) gl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• globo</li> <li>• glucosa</li> </ul> <p>o) gr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• grapa</li> <li>• greca</li> </ul> <p>2. Articula grupos consonánticos homosilabicos en posición intermedia.</p> <p>a) pl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copla</li> <li>• soplete</li> </ul> <p>b) pr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capricho</li> <li>• sorpresa</li> </ul> <p>c) tr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potro</li> <li>• catre</li> </ul> <p>d) cl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tecla</li> <li>• soclo</li> </ul> <p>e) cr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• macro</li> <li>• acre</li> </ul>		
---	--	--

<p>f) fl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bafle</li> <li>• teflón</li> </ul> <p>g) fr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• refresco</li> <li>• zafra</li> </ul> <p>h) bl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cable</li> <li>• tabla</li> </ul> <p>i) br</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• libro</li> <li>• cobre</li> </ul> <p>j) dr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cocodrilo</li> <li>• piedra</li> </ul> <p>k) gl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• regla</li> <li>• siglo</li> </ul> <p>l) gr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tigre</li> <li>• ogro</li> </ul>		
---	--	--

**D. Articulación de grupos consonánticos heterosilábicos y grupos consonánticos mixtos.**

<p>1. Articula grupos consonánticos heterosilábicos en forma inicial.</p> <p>a) ls</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bolsa</li> <li>• salsa</li> </ul> <p>b) mb</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tambo</li> <li>• cambio</li> </ul> <p>c) mp</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• campo</li> <li>• limpio</li> </ul> <p>d) nch</p>	<p>Puntuación. Máxima.</p>	<p>(_____)</p>
---	--------------------------------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• cancho</li> <li>• lencha</li> </ul> <p>e) ng</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lengua</li> <li>• pingüino</li> </ul> <p>f) nt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lento</li> <li>• diente</li> </ul> <p>g) rd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jardín</li> <li>• cuerda</li> </ul> <p>h) rk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• barco</li> <li>• cerca</li> </ul> <p>i) rn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• carne</li> <li>• pierna</li> </ul> <p>j) rt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• martes</li> <li>• puerta</li> </ul> <p>k) st</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasto</li> <li>• fiesta</li> </ul> <p>2. Articula grupos consonánticos mixtos.</p> <p>a) mbr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hombros</li> <li>• sombra</li> </ul> <p>b) mpr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• compra</li> <li>• imprime</li> </ul> <p>c) ngr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sangre</li> <li>• engrapar</li> </ul> <p>d) ntr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• central</li> <li>• adentro</li> </ul> <p>e) str</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• postre</li> <li>• rastro.</li> </ul>		
---	--	--

## ANEXO 4: Escala de inteligencia de Wescheler WISC-RM.

MP

36 - 4



# WISC-RM

Escala de Inteligencia Revisada  
Estandarizada en México, D.F.

## Protocolo

NOMBRE Raúl  
 EDAD 8 años SEXO Masculino  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE  
 O TUTOR \_\_\_\_\_  
 ESCUELA \_\_\_\_\_  
 GRADO \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_  
 APLICÓ \_\_\_\_\_  
 REFERIDO POR \_\_\_\_\_

### PERFIL WISC-RM

Puntuación normalizada	ESCALA VERBAL						ESCALA DE EJECUCIÓN						Puntuación normalizada	
	Información	Semejanzas	Aritmética	Vocabulario	Comprensión	Retención de dígitos	Puntuación normalizada	Figuras incompletas	Ordenación de dibujos	Diseño con cubos	Composición de objetos	Claves		Laberintos
	1	7	1	3	3	2		3	5	5	8	1	4	
19	.	.	.	.	.	.	19	.	.	.	.	.	.	19
18	.	.	.	.	.	.	18	.	.	.	.	.	.	18
17	.	.	.	.	.	.	17	.	.	.	.	.	.	17
16	.	.	.	.	.	.	16	.	.	.	.	.	.	16
15	.	.	.	.	.	.	15	.	.	.	.	.	.	15
14	.	.	.	.	.	.	14	.	.	.	.	.	.	14
13	.	.	.	.	.	.	13	.	.	.	.	.	.	13
12	.	.	.	.	.	.	12	.	.	.	.	.	.	12
11	.	.	.	.	.	.	11	.	.	.	.	.	.	11
10	.	.	.	.	.	.	10	.	.	.	.	.	.	10
9	.	.	.	.	.	.	9	.	.	.	.	.	.	9
8	.	.	.	.	.	.	8	.	.	.	.	.	.	8
7	.	.	.	.	.	.	7	.	.	.	.	.	.	7
6	.	.	.	.	.	.	6	.	.	.	.	.	.	6
5	.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	5
4	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	4
3	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	3
2	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	2
1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1

SERVACIONES

	Año	Mes	Día
Fecha de aplicación	2004	11	27
Fecha de nacimiento	1995	10	27
Edad	8	11	27

# cuadro	Puntuación natural	Puntuación normalizada
<b>ESCALA VERBAL</b>		
Información	1	2
Semejanzas	3	7
Aritmética	1	1
Vocabulario	1	3
Comprensión	1	3
(Retención de dígitos)	(2)	(2)
<b>Suma</b>		<b>17</b>
<b>ESCALA DE EJECUCIÓN</b>		
Figuras incompletas	3	5
Ordenación de dibujos	3	5
Diseño con cubos	1	5
Composición de objetos	10	8
Claves	3	1
(Laberintos)	(5)	(4)
<b>Suma</b>		<b>22</b>

	Puntuación normalizada	CI
Escala Verbal	17	54
Escala de Ejecución	22	64
<b>Escala Total</b>	<b>39</b>	<b>54</b>

\* Prorrateso si es necesario.

A. INFORMACIÓN		Puntuación
Discontinuar después de 5 fracasos consecutivos		1 o 0
6-10 años	1. Veintes <i>Veinte</i>	0
	2. Gallina <i>No se</i>	0
	3. Chicharrón <i>No se</i>	0
	4. Dedo <i>sedo</i>	0
11-12 años	5. Marzo <i>Abril</i>	1
	6. Días <i>cinco</i>	0
	7. América <i>No se</i>	0
	8. Docena <i>No se</i>	0
	9. Vaca <i>No se</i>	0
	10. Estaciones <i>No se</i>	0
13-16 años	11. Cárdenas <i>No se</i>	0
	12. Tonelada	
	13. Estómago	
	14. Satélite	
	15. 1810	
	16. Fronteras	
	17. Sol	
	18. Chile	
	19. Sonido	
	20. Año bisiesto	
	21. Cortés	
	22. Estatura	
	23. Aceite	
	24. Jeroglíficos	
	25. Oxidar *	
	26. Foco	
	27. Newton	
	28. Darwin	
Máxima = 28		
Total		1

B. FIGURAS INCOMPLETAS			Discontinuar después de 4 fracasos consecutivos
	Puntuación		
	1 o 0		
6-10 años	1. Mano <i>señala la una</i>	1	14. Niño
	2. Muchacha <i>No le falta nada</i>	0	15. Baraja
	3. Gato <i>señala el bigote</i>	1	16. Tijeras
	4. Reloj <i>Pila</i>	0	17. Tornillo
11-16 años	5. Espejo <i>Pata</i>	0	18. Niña
	6. Elefante <i>señala la pata</i>	1	19. Vaca
	7. Cara <i>lo de abajo</i>	0	20. Teléfono
	8. Cinturón <i>No le falta nada</i>	0	21. Perfil
	9. Escalera <i>No le falta nada</i>	0	22. Casa
	10. Puerta <i>No le falta nada</i>	0	23. Termómetro
	11. Saco		
	12. Niña		
	13. Cómoda		
Total			

C. SEMEJANZAS		Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos
* 1. Vela-foco	<i>En que se prenden.</i>	
2. Rueda-pelota	<i>En que ruedan</i>	
* 3. Piano-guitarra	<i>En que cantan</i>	
4. Camisa-sombrero	<i>En que se abrochan</i>	
5. Cerveza-vino	<i>En que se hacen</i>	
6. Manzana-plátano	<i>En que se comen</i>	
7. Gato-ratón	<i>En que rascaban</i>	
8. Teléfono-radio	<i>En que contestan</i>	
9. Codo-rodilla	<i>No se</i>	
10. Enojo-alegría	<i>No se</i>	
11. Tijeras-sartén	<i>Cortan y hacen pedas</i>	
12. Kilo-metro		
13. Montaña-lago		
14. Sal-agua		
15. Primero-último		
* 16. 49 y 121		
17. Libertad-justicia		
Total		

\* Si el niño da una respuesta de 1 punto, diga: ¿En qué más se parecen los números 49 y 121?

D. ORDENACIÓN DE DIBUJOS				Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos			
Ordenación	Tiempo	Orden	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación obtenida)				
Búsqueda (EJEMPLO)							
1. Pelea	45"	1 10" BOX 2	0	1	2	BOX	
2. Día de campo	45"	1 35" LL-PO-O 2 38" LL-PO-O	0	1	2	POLLO	
3. Fuego	45"	1 42" EGO-FV 2 45" EGO-FV	0	1	2	FUEGO	
4. Puente	45"	1 75" E.I.D.A. 2 37" IDEX	0	1	2	IDEA	
5. Ladrón	45"	35" ODRNA	0				16-45 11-15 1-10 3 4 5 LADRON
6. Dormilón	45"	45" ANCA	0				16-45 11-15 1-10 3 4 5 CAMA
7. Artista	45"	40" TERA	0				16-45 11-15 1-10 3 4 5 ARTE
8. Lazo	45"		0				16-45 11-15 1-10 3 4 5 ROBO
9. Lancha	60"		0	2			21-60 11-20 1-10 3 4 5 UMELLE MUELLE
10. Jardinero	60"		0	2			26-60 16-25 1-15 3 4 5 PSECA PESCA
11. Banca	60"		0	2			26-60 16-25 1-15 3 4 5 PEARG PEGAR
12. Lluvia	60"		0	2			26-60 16-25 1-15 3 4 5 MJOAR MOJAR
							Máxima =48
Total							3

\* Dé un ejemplo igual que el primero.

E. ARITMÉTICA			Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos		
Problema	Respuesta	Puntuación 1 o 0			
1. 30"					
*2. 30"					
*3. 30"					
4. 30"					
5. 30"	2	1			
6. 30"	6	0			
7. 30"	0	0			
8. 30"	1	0			
9. 30"					
10. 30"					
11. 30"					
12. 30"					
13. 30"					
14. 45"					
15. 45"					
16. 75"					
17. 75"					
18. 75"					
Total			Máxima =18†		
		1			

\* Problemas 2 y 3 se puntúan con medio punto, si el niño comete un error pero lo corrige dentro del tiempo límite.  
† Redondee las medias puntuaciones.

F. DISEÑO CON CUBOS				Discontinuar después de 2 fracasos consecutivos			
Diseño	Tiempo	Pasa - Fracasa	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación para cada diseño)				
1. 45"	1 45" Fracasa 2 27" Pasa	0	1	2			
2. 45"	1 45" Fracasa 2	0	1	2			
3. 45"	1 45" Fracasa 2	0	1	2			
4. 45"		0			21-45 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7		
5. 75"		0			21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7		
6. 75"		0			21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7		
7. 75"		0			21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7		
8. 75"		0			26-75 21-25 16-20 1-15 4 5 6 7		
9. 120"		0			56-120 36-55 26-35 1-25 4 5 6 7		
10. 120"		0			76-120 56-75 41-55 1-40 4 5 6 7		
11. 120"		0			81-120 56-80 41-55 1-40 4 5 6 7		
Total							Máxima =62

6-9 años →

10-16 años →

		2, 1, 0, 0	
10 años	1. Burro	Nose	0
	2. Bicicleta	Lo que debes de jugar	0
11-13 años	3. Clavo	Lo que se clava	1
	4. Abecedario	Es algo que debo de decir	0
14-16 años	5. Diamante	No se	0
	6. Valiente	No se	0
	7. Contagioso	No se	0
	8. Gracioso	Mi mamá se rie, se rie mucho	0
	9. Juntar		
	10. Molestia		
	11. Apostar		
	12. Limosna		
	13. Prevenir		
	14. Campanario		
	15. Fábula		
	16. Disparate		
	17. Exportar		
	18. Impulsar		
	19. Amparo		
	20. Improbable		
	21. Demoler		
	22. Emigrar		
	23. Dilatorio		
	24. Estrofa		
	25. Sinfonía		
	26. Espionaje		
	27. Rivalidad		
	28. Aflicción		
	29. Escarabajo		
	30. Recluir		
	31. Reforma		
			Máxima =6
		Total	1

**COMPOSICIÓN DE OBJETOS** Aplíquese completamente a todos los niños

Objeto	Tiempo	Número de piezas correctamente unidas	Multiplícar por	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación apropiada)																
Manzana (MUESTRA)																				
Niña	120"	43"	(0-6) 4	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
														ENSAMBLE PERFECTO						
Caballo	150"	52"	(0-5) 3	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
														ENSAMBLE PERFECTO						
Coche	150"	68"	(0-9) 1	1/2*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
														ENSAMBLE PERFECTO						
Cara	180"	70"	(0-12) 4	1/2*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
														ENSAMBLE PERFECTO						
ondee las medias puntuaciones.														Máxima =33						
														Total 10						

**COMPRESIÓN** Discontinuar después de 4 fracasos consecutivos

Objeto	Descripción	Puntuación
Mochila	Jugar, me la llevo a mi casa.	0
Humo	No sé.	0
Policías	Para cuidar de los malos.	1
Pelea	Le pegaría con la pelota.	0
Casa-ladrillo	Son mejores para las casas, como la de abue, ladrillos.	0
Leche-refresco	es para tomar, son para tomar.	0
Criminales	Por que son ladrones.	0
Coche-placas	Son para conducir, los coches.	0
ayuda social	Por que no le debo dar dinero a ninguna persona.	0
Registro-niños	No sé.	0
Respeto al derecho	tienen algo los malos, que se roban el dinero	0
Promesa	No sé, No se dice a nadie, a sus papás.	0
Libros-pasta	Está suave y el otro está duro.	0
Gobernadores		
Voto-secreto		
Algodón		
Senadores		
lo responde sólo una idea, pedirle una segunda respuesta. Cambie adecuadamente la pregunta, diciendo: "otra cosa que podrías hacer (el porqué, o la ventaja)".		Máxima =34
		Total 1

AVES	Tiempo	Puntuación
a niños menores de 8 años)	120"	(0-50)
a niños mayores de 8 años)	120"	(0-93)

**CLAVES A**  
Puntuaciones que incluyen bonificación de tiempo por perfecta ejecución

Tiempo en segundos	Puntuación
111-120	45
101-110	46
91-100	47
81-90	48
71-80	49
1-70	50

Discontinuar después de fracasar con ambos intentos  
Aplicarse ambos ensayos para cada reactivo, aunque el niño pase el primer ensayo

	ORDEN PROGRESIVO (OP)		Ensayo 1		Ensayo 2		Puntuación 2, 1 o 0
	Pasa - Fracasa		Pasa - Fracasa		Pasa - Fracasa		
1.	3-8-6	6	Fracasa	6-1-2	6-1-2	Pasa	1
2.	3-4-1-7	3-9-5-6-7	Fracasa	6-1-5-8	6-5-8	Fracasa	0
3.	8-4-2-3-9	6-7-8-9-10	Fracasa	5-2-1-8-6	6-7-2-2	Fracasa	0
4.	3-8-9-1-7-4			7-9-6-4-8-3			
5.	5-1-7-4-2-3-8			9-8-5-2-1-6-3			
6.	1-6-4-5-9-7-6-3			2-9-7-6-3-1-5-4			
7.	5-3-8-7-1-2-4-6-9			4-2-6-9-1-7-8-3-5			
Total (OP)							Máxima =14 1

Aplicarse dígitos en orden inverso, aunque el niño puntúe 0 en orden progresivo

	ORDEN INVERSO (OI)		Ensayo 1		Ensayo 2		Puntuación 2, 1 o 0
	Pasa - Fracasa		Pasa - Fracasa		Pasa - Fracasa		
1.	2-5	5-2	Pasa	6-3			1
2.	5-7-4	2-2-7-4	Fracasa	2-5-9	2-5-9	Fracasa	0
3.	7-2-9-6			8-4-9-3			
4.	4-1-3-5-7			9-7-8-5-2			
5.	1-6-5-2-9-8			3-6-7-1-9-4			
6.	8-5-9-2-3-4-2			4-5-7-9-2-8-1			
7.	6-9-1-6-3-2-5-8			3-1-7-9-5-4-8-2			
Total (OI)							Máxima =14 1

Máxima =28

$$1 + 1 = 2$$

(OP) (OI) Total

L. LABERINTOS (Complementaria) Discontinuar después de 2 fracasos consecutivos

Laberinto	Errores máximos	Errores	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación apropiada)				
			0	1 error	2 errores	3 errores	4 errores
MUESTRA							
1.	30"	1	0	1 error	0 errores		
2.	30"	1	0	1 error	0 errores		
3.	30"	1	0	1 error	0 errores		
4.	30"	2	0	2 errores	1 error	0 errores	
5.	45"	2	2	2 errores	1 error	0 errores	
6.	60"	3	7	3 errores	2 errores	1 error	0 errores
7.	120"	3	0	3 errores	2 errores	1 error	0 errores
8.	120"	4	0	4 errores	3 errores	2 errores	1 error
9.	150"	4	0	4 errores	3 errores	2 errores	1 error
Total							Máxima =30 5

8-16 años

## ANEXO 5: Resumen clínico emitido por el Hospital del Niño DIF.

RESUMEN CLINICO

NOMBRE: VARGAS HURTADO CESAR RAUL.  
EDAD: PEDIATRICA PREESCOLAR.  
SEXO: MASCULINO.  
EDAD CRONOLOGICA: 4 AÑOS  
NUMERO DE EXPEDIENTE: 51563.  
FECHA DE ELABORACION DE RESUMEN CLINICO: 2-FEBRERO-2000.  
I DX. HEMIPARESIA DERECHA.  
RETRASO PSICOMOTOR.  
ASMA BRONQUIAL TIPO ALERGICO.

SE TRATA DE PREESCOLAR MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, ORIGINARIO Y RESIDENTE DE ESTA CD. DE PACHUCA, DE MEDIO SOCIOECONOMICO MEDIO CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

AHF. SIN IMPORTANCIA PARA SU P.A.

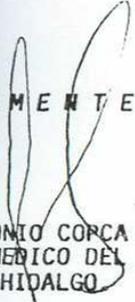
APNP. ORIGINARIO DE ESTA CIUDAD DE PACHUCA, DE MEDIO SOCIOECONOMICO MEDIO, CON RETRASO PSICOMOTOR, INMUNIZACIONES APARENTEMENTE COMPLETAS. HIJO DE MADRE SOLTERA.

APNT. HIJO DE MADRE DE 19 AÑOS DE LA GI DE EMBARAZO APARENTEMENTE NORMOEVOLUTIVO, - CON CONTROL PRENATAL, RESUELTO A TERMINO VIA VAGINAL SIN DATOS DE HIPOXIA NEONATAL PESO 3KG. AL NACER. A LAS 48 HRS DE VEH INGRESO A H. GERAL DE ESTA CIUDAD, DONDE - SE DIAGNOSTICA ENFERMEDAD EMORRAGICA DEL RECIEN NACIDO Y AL PARECRESPSIS, SE EGRESO A LOS 15 DIAS POR MEJORIA.

APP. REINGRESO AL HOSPITAL GENERAL POR HEMATOMA TEMPOROPARIETOCIPITAL IZQUIERDO Y OCCIPITAL DERECHO, SE MANEJO EN FORMA CONSERVADORA, A LAS 4 SEMANAS PRESENTO CRI--SIS CONVULSIVAS, TONICO CLONICAS FOCALIZADAS A HEMACUERPOS IZQUIERDO. SE MANEJO EN UN INICIO CON DFH Y FENOBARBITAL, ACTUALMENTE CON ACIDOVALPROICO.

ES VISTO EN LA CONSULTA EXTERNA DE INMUNOALERGIAS, POR ASMA ALERGICA, TAMBIEN ES - VALORADO POR LOS SERVICIOS DE PSICOLOGIA Y NEUROLOGIA, TENIENDO CITA CON ESTE SER- VICIO DE REHABILITACION EN ESTE MES DE FEBRERO.

ATENTAMENTE

  
DR. JOSE ANTONIO CORCA GARCIA.  
COORDINADOR MEDICO DEL HOSPITAL  
DEL NIÑO DIF HIDALGO

C.C.P. EXPEDIENTE.

## ANEXO 6: Resultados de la tomografía realizada en mayo de 1995.



CENTRO DE DIAGNOSTICO POR  
IMAGENES COMPUTARIZADAS  
DE HIDALGO S.A. DE C.V.

MAYO 25 1995

A QUIEN CORRESPONDA

INFORME DEL ESTUDIO EFECTUADO A SU PACIENTE:  
CESAR RAUL VELAZQUEZ VARGAS  
MASC. 1 MES.

SE REALIZO TOMOGRAFIA COMPUTADA CRANEOENCEFALICA EFECTUANDOSE CORTES AXIALES DESDE LA BASE HASTA LA CONVEXIDAD EN FASE SIMPLE; SE INCLUYEN SECUENCIAS REPRESENTATIVAS DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS:

LAS ESTRUCTURAS OSEAS CON ATENUACION NORMAL Y SE MUESTRAN INTEGRAS, SE CONSIDERA NORMAL LA AMPLITUD DE LAS SUTURAS CORONAL Y SAGITAL. LOS ESPACIOS ARACNOIDEOS DE LA CONVEXIDAD Y CISURA SILVIANA DEL HEMISFERIO IZQUIERDO SE OBSERVAN OBLTERADOS, ES NOTABLE UNA COLECCION HIPODENSA, HETEROGENEA SUBDURAL IZQUIERDA DE LOCALIZACION TEMPORO-PARIETAL QUE EJERCE EFECTO DE MASA SOBRE EL ENCEFALO SUBYACENTE Y DISCRETAMENTE SOBRE LAS ESTRUCTURAS DE LA LINEA MEDIA. EXISTE UNA HIPODENSIDAD GENERALIZADA PREDOMINANTEMENTE CORTICAL DEL HEMISFERIO IZQUIERDO, EN EL HEMISFERIO CONTRALATERAL NO SON EVIDENTES LESIONES FOCALES. EL SISTEMA VENTRICULAR SIN CAMBIOS MORFOLOGICOS Y CON DIMENSIONES EN RANGO NORMAL. SE OBSERVA COMPRESION SOBRE EL VENTRICULO IZQUIERDO.

IMPRESION: TOMOGRAFIA CRANEOENCEFALICA QUE MUESTRA CAMBIOS EN RELACION A HEMATOMA SUBDURAL CRONICO TEMPORO-PARIETAL IZQUIERDO. EXISTEN DATOS QUE SUGIEREN ENCEFALOMALACIA POST-ISQUEMICA EN UNA EXTENSA REGION DEL HEMISFERIO IZQUIERDO.

A T E N T A M E N T E  
DR. V. SAMUEL SOTO HERNANDEZ

**ANEXO 7: Informe psicológico emitido  
por Hospital del Niño DIF en noviembre  
de 2001.**

Pachuca, Hgo., a 19 de Noviembre de 2001.

A quien corresponda:

Por medio de la presente el que suscribe se permite enviarle a usted el informe del paciente VARGAS MURTADO CESAR RAUL de 6 años 7 meses de edad quien acude al Departamento de Psicología por presentar TDA-H el cual se valora con pruebas psicológicas obteniendo los siguientes resultados;

**AREA INTELECTUAL:** Se aplicó la prueba de WPPSI obteniendo un CI de Ejecución de 74 correspondiente a una Inteligencia Limitrofe, un CI Verbal de 73 correspondiente a una Inteligencia Limitrofe, así obteniendo un CI Total de 71 correspondiente a una Inteligencia Limitrofe.

**AREA DE MADURACION:** Se aplicó la prueba gestáltica visomotora de L.-Bender obteniendo una edad de maduración de 3 años 9 meses a 4 años de edad, y se observan 3 indicadores altamente significativos de probable Daño Organico Cerebral.

**AREA DE PERSONALIDAD:** Se aplicó la prueba proyectiva de HTP, obteniendo los siguientes rasgos emocionales; inseguridad, inadecuación, aislamiento, inmadurez, organicidad, tensión, necesidad de apoyo, ansiedad, necesidad de seguridad y control de impulsos.

Por lo antes mencionado se sugiere lo siguiente;

Apoyo Psicopedagógico

Continuar con tratamiento Neurológico

Se mandan sugerencias para casa sobre manejo de atención, revisar sus trabajos con más frecuencia de que el resto de sus hermanos o niños del salón, darle instrucciones haciendo contacto visual con él y cuando este listo el trabajo estar pendiente que no lo pierda.

Suministrar recompensas cada vez que el niño hace bien la tarea, y enseñarle al niño que el realizar las tareas no es un castigo.

Se trabajará con el en terapia de juego para manejo de habilidades mentales, control de impulsos y funciones del pensamiento.

Se extiende la presente para los fines que convenga al interesado.

ATENTAMENTE  
PSIC. TALLER 707, C.P. 43050 VARGAS Pachuca, Hgo. Tel. 713-95-98 \* 713-90-29

**ANEXO 8: Informes del Neurólogo y resultados de tomografías en orden cronológico.**

**ANEXO 8: Informes del Neurólogo y resultados de tomografías en orden cronológico.**

Hospital del Niño

**DIF**

HIDALGO

NOMBRE: CESAR RAUL VARGAS HURTADO

EDAD: 8 MESES

FECHA: 19 DE DICIEMBRE DE 1995

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA de cráneo en fases simple y contrastada.

Se revisa TC de cráneo en la que se realizaron cortes en sentido transversal de la base del cráneo a la convexidad en paciente con antecedente de hemorragia parenquimatosa y en quien se solicita estudio de control, actualmente se observa:

En la fase simple las estructuras de la fosa posterior no presentan alteración, las cisternas de la base son amplias - existe atrofia cerebral hemisférica izquierda siendo importante ésta de los lóbulos temporal y occipital, es menos importante la del lóbulo parietal, el lóbulo menos afectado es el frontal, línea media desplazada hacia la izquierda por hipertrofia hemisférica izquierda e hipertrofia derecha, el sistema ventricular mantiene una forma y tamaño normales, espacio subaracnoideo amplio en regiones temporoparietooccipital izquierdas.

Con la administración del material de contraste se observa una arteria cerebral media en segmento M1 muy dilatada de 4.5 mm, no hay zonas de realce anormal.

**CONCLUSION:**

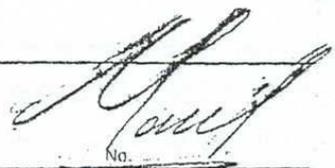
ATROFIA DE LOBULOS TEMPORO OCCIPITAL IZQUIERDOS Y EN MENOR GRADO PARIETAL Y FRONTAL DEL MISMO LADO CON LA CONSECUENTE DESVIACION DE LA LINEA MEDIA A LA IZQUIERDA E HIPERTROFIA HEMISFERICA DE DERECHA.

DR ERNESTO PASTEN ARRIETA



Evolución

VARGAS HUPTADO CESAR RAUL



Ex. No. VAHL 770125/07

Servicio Neurología

No. \_\_\_\_\_  
Cama

Medico Evolución

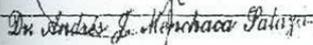
03 Neurología.

Se hace constar que el paciente, de 7 años, 8 meses, es portador de encefalopatía fija, con secuelas de retardo psicomotor, con conducta hiperactiva y epilepsia.

Por lo que requiere apoyo especial en su educación.

Y por tanto escuela de educación especial.

Gracias.



NEUROLOGO

DGP 1778202 CI 193999

## ANEXO 9: Transcripciones de las entrevistas realizadas.

Debido a que las cuatro entrevistas fueron Entrevistas semi-estructuradas o semi-abiertas, utilizamos como secuencia prefijada la que a continuación aparece, ya que para poder realizar un diagnóstico psicopedagógico completo y eficiente es necesaria la recopilación de información relevante; Paín (1979) describe cuales son los elementos básicos que debe contener un diagnóstico, para comenzar se trabaja con los datos que se obtiene en la entrevista:

1. Historia de vida: Se preguntará de posibles antecedentes genéticos, sobre la educación del control de esfínteres, etc. Nos proveerá de una serie de datos relativamente objetivos vinculados a las condiciones actuales del problema, al mismo tiempo detectar que grado de vinculación tiene con la madre.
  - a. Antecedentes prenatales: Se refieren a las condiciones de la gestación y a las expectativas de la pareja y de la familia. Es necesario consignar si la alimentación y el cuidado de la madre cuando estaba embarazada, de manera tal, para saber si sentía protegida material y afectivamente. La ocurrencia de enfermedades durante el embarazo y datos genéticos y hereditarios si el caso lo justifica.
  - d. Antecedentes peri natales: tienen que ver con todas las circunstancias del parto, particularmente aquellas que puedan hacer sospechar de sufrimiento fetal, placenta previa, hipoxia, anoxia, postergación de la cesárea, incompatibilidad del Rh.
  - e. Antecedentes neonatales: Se refieren a la adaptación del recién nacido a las exigencias de la supervivencia, y sus pautas con un primer llanto fuerte seguido de un sueño tranquilo, luego, la presencia de llanto como demanda con consuelo a la succión y finalmente, la alimentación suficiente con aumento de peso y suficiente descanso del niño y los padres.
2. Enfermedades: En primer lugar interesan las enfermedades y los traumatismos ligados directamente a la actividad nerviosa superior.

Los estados que denotan pérdida de conocimiento, sonambulismo, espasmos o convulsiones, terrores nocturnos, distracciones descritas como lagunas, pueden suponer epilepsia en todas sus variantes, mientras que los estados en los cuales ha habido rigidez con o sin secuela de estrabismo y trastornos en la locomoción pueden atribuirse a procesos encefalopáticos.

- 3 Desarrollo: Interesa establecer si las adquisiciones fueron hechos por el niño en el momento que se esperaba o si, por el contrario, se dio precocidad o retardo en las mismas. Las pautas en las cuales la memoria de los padres es más fiel son las siguientes:
  - a Desarrollo motor: A que edad el niño comenzó a caminar independientemente y las circunstancias que rodearon este hecho (gateo previo, recaudos para que no peligrara, disponibilidad de espacio).
  - b Desarrollo del lenguaje: A que edad el niño comenzó a hablar, es decir designar un objeto ausente, como, por ejemplo pedir agua y que palabras pronunciaba con dificultad.
  - c Desarrollo de hábitos: A que edad el niño comenzó a pedir para solucionar su necesidad de evacuación y desde que edad se desenvuelve solo en este aspecto. También interesan otros aspectos como la alimentación, sueño y calle.
- 4 Aprendizaje: Tratándose del diagnóstico de los problemas de aprendizaje privilegiaremos en la historia vital aquellos aspectos que constituyen antecedentes de la construcción de esa función.

## Entrevista 1

Esta entrevista fue realizada el martes 2 marzo 2004 a las 9:25 am, con previa cita que le fue solicitada a la madre de Raúl (M) por conducto de la abuela, se le explicó que sería para platicar un poco acerca de Raúl; fue llevada a cabo en el salón de Multigrado del Centro de Atención Múltiple No. 1. Las entrevistadoras (E1 y E2) fuimos las autoras de este trabajo.

**E1.-** Buenos días señora

**E2..** ¿Cómo esta?

**M.-**Buenos días maestras, bien gracias, perdón por llegar un poquito tarde es que estamos organizando un evento con el DIF para niños de "cubitos" y me entretuve...

**E1.-** no se preocupe, siéntese por favor.

**M.-** gracias miss.

**E1.-** antes que nada quiero agradecerle que haya hecho lo posible para asistir a esta entrevista con la que queremos conocer un poco mas de Raúl.

**M.-** si miss, ya me había platicado algo mi mamá y me paso su recado.

**E1.-** si... para comenzar nos gustaría explicarle que la información que platiquemos hoy es absolutamente confidencial, y será utilizada para la realización de un Psicodiagnóstico, en el cual evaluaremos a Raúl con el fin de conocerlo mejor y poder saber con que habilidades cuenta.

**M:** si esta muy bien.

**E2:** bueno, vamos a empezar para que nos de tiempo...OK?

**M.-** aja...

**E2.-**antes de comenzar nos gustaría preguntarle si nos permite grabar la platica?

**M.-** ayyy, la verdad es que me da pena, perdón mejor no

**E2.-** bueno, pero nos permite tomar notas?

**M.-**ahh, bueno así sí

**E1.-**para empezar en sus palabras, nos podría describir a Raúl

**M.-**Raulito es un niño muy inteligente y muy travieso que le gusta la escuela, pero hemos pasado por tiempos difíciles.

**E2.-**nos gustaría saber como fue el embarazo de Raúl?

**M.-**pues normal...

**E1.-** como se entero usted que estaba embarazada?

**M.-** por que no me bajo, como yo era muy regular

**E1:** cuantos años tenía usted cuando se embarazó

**M:** pues estaba yo bien chica, estaba en la prepa y ya sabe uno se emociona con los novios de la prepa

**E2:** ¿y como fue que conoció al papá de Raúl?

**M.-** pues estaba en la misma prepa que yo

**E1.-** cuanto duro su relación?

**M.-** mhhhh... poquito...

**E1.-** bueno...pero como era su relación?

**M.-** pues como?.....

**E1.-** como se llevaban entre ustedes?

**M.-**pues normal...

**E1.-**y....

(Interrumpe la **M**)

**M.-**pues a mi mamá nunca le pareció pero nos veíamos en la escuela

**E1.-**por que cree usted que no le parecía a su mamá?

**M.-** pues a lo mejor no le caía bien, no se,....nunca hablamos de eso...no...

**E1.-** bueno, como reacciono el padre de Raúl cuando se enteró de que usted estaba embarazada?

**M.-** uhmm, pues nada, después ya no me busco, yo lo iba a buscar a la escuela y a su casa pero no lo encontraba

**E1.-** y cual fue la reacción de usted?

**M.-** Pues que podía hacer??? (Silencio)... le tuve que decir a mis papás y yo sabía que se iba a enojar, por que mi mamá era ... bueno es muy especial muy estricta.

**E2:** ¿y que pasó cuando les dijo?.

**M:** primero se enojaron mucho, pero después me apoyaron ... y lo siguen haciendo.

**E1:** ¿Cómo fue el embarazo en general?

**M:** pues más o menos por que yo me sentía muy triste, me daban depresiones, lloraba todo el día y no me daban ganas de salir, me aislaba en mi casa... no comía nada... es que no tenía ganas de comer.

**E2:** ¿visitaba al doctor seguido?

**M:** pues sí, mi mamá me llevaba al seguro, para que me revisaran. Y es que tuve unas infecciones en vías urinarias.

**E1:** ¿Qué le decían los doctores de Raúl?

**M:** pues nada, que iba bien, pero cuando tenía como 8 meses me revisaban más seguido, por que me decían que el bebé tenía un problema

**E2:** ¿no le dijeron cual era el problema?

**M:** pues mi mamá si preguntaba pero no nos decían, los médicos no supieron explicarnos con exactitud.

**E1.-** platíquenos que paso cuando Raúl nació?

**M.-** pues nació en Tulancingo, los dos tuvimos problemas, yo me quede en el hospital de Tulancingo por un tiempo y a Raulito lo trajeron acá a Pachuca mi mamá siempre lo cuidó acá, pues la verdad no... (Guardo silencio y no terminó la frase)

**E2:** ¿Cómo nació?

**M;** por parto normal, pesó 3 Kg.

**E1.-** ¿Qué paso cuando lo trajeron acá?

**M.**-yo no estuve con Raulito recién nacido por que estaba hospitalizada, pero mi mamá dijo que le notaba algo raro por que no reaccionaba ni lloraba como los otros bebés.

**E2.**-en que otra manera se manifestaron los problemas de salud de Raúl?

**M.**-tuvo convulsiones y pues ahí me di cuenta que no era algo normal, luego por lo seguido de las convulsiones pues le mandaron a hacer un encefalograma y después con el neurólogo...pero de chiquito los doctores nunca nos explicaron bien

**E1.**- ¿como fue la alimentación en los primeros meses de vida de Raúl?

**M.**-pues cuando nació con eso nos dimos cuenta de que algo pasaba por que no agarraba el pecho, no succionaba y no le puede dar pecho y también porque yo estaba mala.

**E1.**- ¿a que edad comió Raúl alimentos sólidos?

**M.**- como a los 6 meses, ya le habíamos dado probaditas antes pero ya bien a los 6 meses.

**E1.**- ¿y como los acepto?

**M.**- Pues creo que bien, pero la que mejor sabe es mi mamá por que ella era la que lo cuidaba, pues cuando Raúl cumplió tres meses yo me fui a la Universidad.

**E1:** ¿a que carrera entró?

**M:** a Servicio Social.

**E2:** ¿recuerda cuando fue que Raúl comenzó a balbucear?

**M:** cuando tenía más o menos como 10 meses, pero se daba a entender muy bien.

**E2:** ¿y cuando fue que comenzó a hablar?.

**M:** creo que como al año, la que sabe mejor es mi mamá por que ella era la que estaba a cargo de Raulito.

**E1:** ¿usted considera que ha tenido algún problema para hablar?

**M:** la verdad es que no creo, pero aquí le dan terapia de lenguaje no?. .... Nos falta mucho, es que me tengo que ir a trabajar.

**E2:** no en realidad ya terminamos, pero nos gustaría que platicáramos en otras ocasiones, ¿Cuándo podría?

**M:** pues mire la verdad es que me cuesta mucho trabajo salirme de mi trabajo, pero si gustan puede venir mi mamá, además ella sabe mejor que yo algunas cosas ¿se podrá?

**E2:** por supuesto. Podría comentarle por favor.

**M:** si y si gusta puede hablar con ella a la salida para que queden un día.

**E1:** OK, muchísimas gracias por haber venido.

**M:** no a ustedes. Me voy

**E1:** que le vaya bien.

**M:** Adiós.

## **ENTREVISTA 2**

Esta entrevista se realizó el viernes 5 de marzo de 2004 a las 11:30 AM, con la abuela de Raúl (A), también a ella se le explicó que sería para platicar un poco más acerca de Raúl; fue llevada a cabo en el patio de la escuela del Centro de Atención Múltiple No. 1. Las entrevistadoras (E1 y E2) fuimos las autoras de este trabajo.

**E1.** Buenos días señora ¿Cómo le va?

**A:** bien gracias, llegando tarde, perdón pero es que el camión no llegaba.

**E1:** no se preocupe, que bueno que ya llegó, mire gracias por venir, esta plática va a estar relacionada con algunos aspectos de Raúl que nos permitan conocerlo mejor, ya habíamos tenido la oportunidad de platicar con su hija, pero ya ve que no puede estar faltando a su trabajo...

**E2:** si, gracias por venir, como ya le dijo mi compañera queremos conocer mejor a Raúl y queremos preguntarle si nos permite grabar nuestra conversación.

**A:** (risas) con esta grabadora?...

**E2:** si ¿Cómo ve?

**A:** ya me había dicho mi hija que le había dado pena... es que me da pena, me oigo fea cuando me graban... es muy necesaria?

**E1:** bueno, lo que podemos hacer es escribir lo que vamos diciendo ¿le molestaría?

**A:** no. Es que si me graban si me da pena... pero si escriben no hay ningún problema. Ay y a poco no se van a cansar?

**E2:** un poquito, pero no se preocupe, mire ya estuvimos platicando con la Sra. Laura y ya nos había dicho que cuando Raúl nació tuvieron un poco de problemas...

**A:** si, es así... de hecho tuve que venirme a vivir a Pachuca, para atenderlos mejor y que Raulito tuviera mejor atención médica.

**E1:** recuerda como fue el embarazo de su hija

**A:** desde que se embarazó la cosa se puso fea, es que el papa de Raúl se desapareció y desde entonces me cayó gordo.

**E1:** y usted se acuerda cuanto tiempo fueron novios?

**A:** no, es que a mí me caía gordo, pero nos dejó a Raúl

**E2:** ¿como veía a su hija cuando estaba con él?

**A:** pues mal.

**E1:** ¿y cuando se embarazó?

**A:** peor, se quedó sola, por que se desapareció el tipo y no se ofreció a nada, su mamá se lo llevó a otra ciudad y no volvimos a saber de él.

**E1:** o sea que no Raúl no ha tenido contacto con él?

**A:** no (visiblemente enojada), nada mas me van a preguntar de eso?

**E2:** no, le parece bien si cambiamos de tema.

**A:** OK..

**E2:** ¿como era el sueño de Raúl cuando era bebé?

**A:** me acuerdo que cuando tenía un año, desde que se despertaba no dormía hasta la noche.

**E1:** ¿no tenía siestas?

**A:** no, se echaba todo el día sin dormir y ya se dormía tarde.

**E1:** ¿cuando se regularizó en su sueño?

**A:** pues no se regularizó, hasta empeoró, yo creo que por el medicamento, por había temporadas que ya ni en las noches quería dormir, lo poníamos en una alfombra con todos sus juguetes y jugaba como si nada.

**E2:** ¿durante toda la noche no dormía nada?

**A:** llegó un tiempo en el que nos turnábamos para no dormir y lo cuidábamos en las noches.

**E1:** ¿y cuanto dormía entonces?

**A:** pues dormía poco como unas cuatro horas, y dormía ya bien tarde y se lo dijimos al doctor, pero no lo consideró importante. No nos recomendó nada, yo creo que era la medicina.

**E2:** pero los doctores no le confirmaron que era por eso?

**A:** no jamás nos dijeron por que era así.

**E2:** ¿y ahora como es su sueño?

**A:** nos cuesta mucho trabajo para que se duerma por que ve la tele, o esta jugando.

**E1:** Actualmente cuanto duerme en la noche?

**A:** exactamente no se pero duerme poquito, pero no le afecta en el día, siempre esta bien como si hubiera dormido mucho.

**E2:** Bueno, ahora nos puede platicar como fue que empezó a controlar la pipi y la popo?

**A:** pues uso pañal hasta que tuvo como 2 años, y comenzamos a enseñarle.

**E2:** y como cuanto tiempo se tardaron en enseñarle

**A:** pues no quería, era como muy necio...

**E2:** y cuando fue que controló por completo?

**A:** bueno, la pipi cuando entró al Kinder, pero a veces le ganaba, más de la popo.

**E2:** hasta cuando controló la popó?

**A:** se tardo mucho, yo creía que era por berrinchudo, como hasta los 4 años.

**E1:** ¿y cuando controló por completo?

**A:** ¿Cómo?

**E2:** es decir cuando ya no le gano por completo

**A:** ah cuando entro a la primaria ya no se hacía nunca, por eso yo pensaba que era mañoso.

**E2:** y después de eso ya no le ha ganado?

**A:** si, cuando empezó con las convulsiones, cuando tenía 7 años le ganaba a veces, una vez que estábamos en Acapulco en un restaurante... se imaginan en un restaurante le ganó de la popó y todos se dieron cuenta.

**E1:** ¿y que hizo usted?

**A:** ¿pues que iba a hacer? lo llevé al baño y lo cambie. A veces le ganaba y no había más remedio que cambiarlo.

**E2:** ¿y ahora?

**A:** Desde que pasó la temporada de convulsiones ya no le ha ganado.

**E1:** ¿Raúl diferencia a una niña de un niño?

**A:** bueno mire, no creo que identifique exactamente cual es la diferencia entre un niño y una niña en cuanto a lo que se refiere a... como decirlo?... vaya pues a lo que hace cada uno.

**E2:** ¿podría ponernos un ejemplo?.

**A:** ajá, por ejemplo no sabe que las mujeres son las que tienen los hijos y ese tipo de cosas.

**E1:** ¿y conoce la diferencia física?

**A:** si creo que sí, por que se lo enseñaron aquí en la escuela.

**E2:** bueno, creo que por hoy ya terminamos le parece bien si nos vemos en otra ocasión?

**A:** si, el lunes si gustan ¿y faltará mucho?

**E2:** creo que si un poco.

**A:** no se preocupe, cuenten conmigo

**E1:** ay señora muchas gracias, entonces el lunes podrá a la misma hora que hoy?

**A:** si. Pues entonces nos estamos viendo

**E2:** hasta luego

**E1:** nos vemos.

### **ENTREVISTA 3**

En esta segunda entrevista con la abuela se sintió un ambiente menos tenso, a pesar de que en la primera estuvo cooperadora, en esta segunda entrevista, se muestra más explícita en sus respuestas, se llevó a cabo el lunes 8 de marzo de 2004, a las 11:30 am, fue llevada a cabo en el patio de la escuela del Centro de Atención Múltiple No. 1. Las entrevistadoras (E1 y E2) fuimos las autoras de este trabajo.

**E1:** Hola señora ¿Cómo esta? Le parece bien si comenzamos?

**A:** si maestra a ver si ahora si terminamos.

**E1:** pues esperemos que sí

**E2:** La última vez nos quedamos en que nos estaba explicando que ya sabía la diferencia física entre hombres y mujeres ¿se acuerda?

**A:** si maestra.

**E2:** pero ahora nos gustaría que nos platicara acerca de ¿Cómo fue que Raúl llegó al CAM?

**A:** Bueno, pues es que el doctor, el del ISSSTE le dijo a mi hija que iba a tener que entrar a una escuela diferente...especial, y es que en la escuela en la que estaba ya no podía seguir por que se ponía muy malo

**E2:** ¿Cómo se “ponía muy malo”?

**A:** si, le daban las convulsiones y no podíamos quitárselas, quedaba muy cansado y se dormía mucho rato.

**E1:** ¿Tomaba medicamento?

**A:** si, probamos como muchos, pero ninguno le quedaba

**E2:** ¿recuerda cuales fueron?

**A:** ácido.... Ácido no me acuerdo cual y luego le dieron fenobarbital, pero tampoco le quedaba y ahorita esta tomando "Topamax"... pero yo digo que no le queda, por que casi no come.

**E1:** ¿En que escuela estaba antes del CAM?

**A:** En la de Piracantos, iba en la tarde y estaba en su salón y luego con otra maestra que le ayudaba

**E2:** ¿Sabe si era el programa de USAER?

**A:** si, creo que si se llamaba así.

**E1:** ¿cuanto estuvo en esa primaria?

**A:** poco tiempo, ya le decía yo, se ponía malo y me lo regresaban, ora vera... estuvo hasta diciembre.

**E1:** ¿y cuando fue el doctor les sugirió una escuela especial?

**A:** ajá, pero no sabíamos donde y una vecina me dijo que viviéramos aquí.

**E2:** ¿como lo ha visto aquí?

**A:** ay. Maestra, pues no sé, pues es que yo lo único que quisiera es que Raúlito fuera feliz.... Pero creo que no esta aprendiendo.

**E1:** ¿Por qué piensa eso?

**A:** pues es que Raúl ya sabía leer y se le olvidó y aquí no esta aprendiendo otra vez.

**E1** ¿Por qué cree que se le olvidó?

**A:** yo se lo achaco a que dejo de ir a la escuela, pero por eso le contrataba maestras particulares, ninguna lo aguantaba, decía que era muy latoso, me corrió a 4 maestras, por que no se entendía con ninguna.

**E2** ¿le dijeron al doctor que se le olvidó leer?

**A:** si, fue cuando se puso muy malito, íbamos al ISSSTE al doctor, el nos dijo que ya no podía ir a la primaria en la que estaba.

**E2.** ¿El doctor les dio alguna razón de que se le hubiera olvidado leer?

**A:** si, dijo que por las convulsiones

**E1:** ¿nos podría platicar un poco acerca de cuando Raúl estuvo en el Kinder?

**A:** si, estuvo en el Kinder en el que las maestras lo querían mucho, era un Kinder particular y ahí terminó el Kinder. Y cuando lo regresaron de la primaria hizo en ese Kinder otro año.

**E2:** ¿Cómo se llamaba el Kinder?

**A:** Margarita Gómez Palacios

**E1:** ¿y cuando fue que lo regresaron?

**A:** cuando tenía seis, lo regresaron otro año por que dijeron que no estaba listo, que hiciera otro año de Kinder.

**E2:** en el Kinder que estuvo no tuvo problemas?

**A:** bueno en el de Querétaro tuvo problemas, decían que era muy latoso y tenía muchos mi hija con las maestras

**E1:** ¿Cómo que problemas?

**A:** ah pues decían que era hiperactivo.

**E1:** ¿Cuando regresó fue que entró a la Margarita?

**A:** no, estuvo como medio año en el Colosio, el que está enfrente del Palmar.

**E1:** ¿Qué pasó ahí?

**A:** pues no querían a mi niño estuvo poco tiempo y dijeron que no lo podían recibir que por que era hiperactivo.

**E2:** ¿y fue cuando entró al particular?

**A:** aja, pero que diferencia, le digo que lo querían mucho y estaba contento.

**E2:** Que decían en ese Kinder de su conducta?

**A:** bueno, se portaba mal a veces como todos los niños pero nada más.

**E1:** Ahora nos gustaría que nos platicará un poco acerca de la salud de Raúl?

**A:** si esta bien, pero a parte de su enfermedad casi no enfermaba

**E2:** a ver, ¿Cuándo le comenzaron las convulsiones?

**A:** pues cuando nació convulsionó un tiempo, y tomaba medicamento, pero de ahí hasta que se puso malo en la primaria no convulsionó.

**E1:** ¿pero se enfermaba como todos los niños? Ya sabe de la garganta o del estomago....

**A:** ah, sí pero como de chiquito nos pego un susto, cada vez que veíamos algo mal corríamos al hospital, hasta cuando tenía fiebre.

**E2:** bueno señora yo creo que hasta aquí le dejamos por que ya otra vez se nos pasó el tiempo.

**A:** ay si maestra por que me tengo que ir a hacer de comer y raul ya esta bien desesperado.

**E1.** Le parece que nos veamos el viernes ¿podrá?

**A:** yo creo que sí a que hora?

**E1:** como a que hora podemos?

**E2:** no se, podrá igual que hoy a la salida.

**A:** si esta bien, ¿creen que ya vamos a acabar?

**E2:** si, en la siguiente plática ya acabamos.

#### **ENTREVISTA 4.**

La entrevista tres fue la última y de nuevo la abuela se mostró cooperadora, se llevó a cabo el viernes 12 de marzo de 2004, a las 11:30 AM, se realizó en la sala de estar de del Centro de Atención Múltiple No. 1. Las entrevistadoras (E1 y E2) fuimos las autoras de este trabajo.

**E1:** buenas tardes señora, ¿Cómo le ha ido?

**A:** bien maestra gracias.

**E1.** ¿le parece bien si comenzamos ya para poder terminar hoy?

**A:** si

**E2:** de hecho hoy quisiéramos que nos platicara un poco de el desarrollo de Raúl, para empezar nos gustaría saber a que edad Raúl pudo sostener la cabeza?

**A:** a los seis meses, pero yo creo que se tardó un poco, pero creo que fue por que tuvo problemas cuando nació.

**E1:** ¿Cómo era cuando era bebé?

**A:** pues era un niño era un bebe muy tranquilo, casi no nos daba lata, pero era poco expresivo. No se movía mucho

**E1:** oiga y por ejemplo ¿Cuándo lo ponían en la cama rodaba?

**A:** Muy pocas veces, casi no lo dejaba por que nos daba miedo que se pegara en la cabeza, como había estado tan delicado, lo cuidábamos mucho

**E2:** recuerda como fue que logro sentarse solito

**A:** ay no me acuerdo, pero creo que fue en la cama, por que ya tenía ganas de sentarse, por que como se balanceaba

**E1:** ¿y a que edad logró sentarse?

**A:** ay maestra casi no me acuerdo, pero creo que más o menos a los 7 meses, aunque se tambaleaba un poquito, pero eso era normal.

**E1:** ¿A que edad caminó?

**A:** cuando cumplió el año

**E1:** ¿y como fue el proceso?

**A:** pues primero nosotros lo parábamos y el solito caminaba y así hasta que se fue soltando

**E2:** ¿Se le dificultó cuando daba los pasos?

**A:** bueno cuando aprendió no, se veía muy bonito, dando sus pasitos. Pero...

(Silencio)

**A:** ... cuando se nos puso malo, ya no caminaba igual, como se trababa de repente, ¿no lo han visto?, por que todavía lo hace a veces.

**E1:** Si, lo hemos visto, que como que no se coordina no?

**A:** Andele sí, como que cuando camina estira mucho sus piernas.

**E2:** aparte de las piernas otros movimientos fueron afectados?

**A:** pues si por que ya sabía escribir, pero después de las convulsiones sus movimientos de las manos eran muy bruscos y ya no podía hacer las letras.

**E1:** ¿cuando estuvo en el Kinder como eran sus movimientos?

**A:** yo digo que normales.... Pero cuando tenía como cuatro años, nos dimos cuenta de que el bracito derecho estaba más flaquito que el otro.

**E2:** ¿como más flaco?

**A:** si casi no tenía fuerza y como que lo movía lento.

**E1:** ¿y se le quito cuando creció?

**A:** no, por eso estuvo un año en el CRIH con terapia física.

**E2:** ¿con la terapia observó algún cambio en el brazo de Raúl?

**A:** poco a poco fue agarrando fuerza en su bracito, pero no es lo mismo, ya no ha vuelto a escribir.

**E1:** y ahora tiene fuerza en sus brazos?

**A:** si, es normal, pero como ya le decía tiene movimientos como lentos.

**E2:** y cuando juega como son sus movimientos?

**A:** casi no juega cosas como los niños que corren y saltan.

**E1:** entonces a que juega en su casa?

**A:** pues casi no le gustan los carros, lo que más ve son las caricaturas en la tele, lo dejó ver mucha tele cuando esta conmigo en las tardes.

**E1:**¿y que es lo que ve en la Tele?

**A:** las caricaturas que pasan ahorita: pokemón, yugi-oh que es ese el de las tarjetas de monstruos y el de los tazos, tambien ve una caricatura de robots, creo que se llama

zoids, le gustan tanto que hasta que camina como esos, los arremeta. Lo que ve mucho también el chavo del 8 y la telenovela de los niños... Como se llama?...

**E2:** la de Alegrijes

**A:** si esa, la de los alebrijes y rebujos ahh y los sábados prende la tele desde temprano para ver los power rangers y dice que es un power ranger.

**E2:** ¿no ha intentando reducirle la tele?

**A:** Pues sí, le digo que si no come, no ve tele y no me hace caso, se enoja y empieza a aventar las cosas y pues mejor ya no le digo nada.

**E2:** y siempre ha sido así en casa?

**A:** pues tiene sus épocas, antes de que se enfermera, yo era muy exigente con él , por que cuando no quería comer lo amarraba a la silla, es que con mis hijos era muy disciplinada y Raúl se me estaba saliendo del huacal, yo no entendía que por que a mis hijos si los eduque y no podía con Raúl y me enojaba mucho conmigo.... (SILENCIO) me sentía mal.

**E1:** ¿Cuándo se dio cuenta que Raúl era diferente a sus hijos?

**A:** Cuando se puso malito, no me hacía caso se enojaba y aventaba cosas, pero yo ya no me enojaba y lo trataba diferente. Pero últimamente...

(Silencio)

**A:** ya otra vez no me hace caso, es que desde que se fue con su mamá, me ha dejado fuera, ya se llevaron su cama, ahora solo le hace caso al muchacho...

**E1:** ¿cual muchacho?

**A:** el esposo de mi hija... que no ve que ya encargaron...

**E1.** Aparte de la tele que mas le gusta hacer a Raúl?

**A:** Casi no, pues los juguetes que tiene son las de las mismas caricaturas por que así los pide y de otra cosa solo la bicicleta, pero solo a ratitos lo dejo salir con unos vecinitos.

**E1.** ¿Y juega con alguien de la familia?

**A:** casi no, con su mamá o conmigo a veces, pero es muy brusco.

**E2:** ¿nada mas con ustedes dos?

**A:** con mi otro hijo a veces... pero llega ya muy noche y ya no están o ya se va a su nueva casa.

**E2:** ¿cómo es la relación de la familia con Raúl?

**A:** lo quieren mucho, yo digo que muy bien.

**E1:** ¿Qué es lo que espera de Raúl?

**A:** ya le había dicho que sea feliz... a lo mejor no va a ser un estudiante modelo, pero que sea feliz es lo más importante.

**E2:** pues bueno... tiene algo más que le gustaría agregar?

**A:** no. Creo que no.

**E2:** entonces ya terminamos, le agradecemos muchísimo haber colaborado con nosotros.

**E1:** si, muchísimas gracias.

**A:** no a ustedes por involucrarse con mi Raulito, es que habla mucho de ustedes.

**E2:** pues si es que nos vemos diario.

**A:** gracias, y ya me voy por que Raúl ya me esta esperando.

## **ANEXO 10: Observación de Raúl en la escuela: un día en su vida.**

A través de la observación se pretende presenciar directamente la conducta de Raúl dentro de las actividades normales que desarrolla a diario en el salón de clases.

Lugar: Centro de Atención Múltiple no. 1 "Dolores Freixa Batlle": Dentro del salón de clases de Raúl.

Fecha: 20 de febrero de 2004.

Hora: 8:30- 11:45

Personas presentes: maestra, 8 compañeros de clases, observadora.

Situación: esta observación se inicio desde que el alumno llega a la escuela acompañado por su mamá, y termina al finalizar la jornada de clases.

Raúl llego a la escuela acompañado por su mamá, en el momento Raúl no deseaba quedarse en la escuela por que el quería ir con su mamá, pero ella le dijo que necesitaba irse a trabajar y a la hora de la salida le iba a llevar un porta tazos de YUGI-OH con esto Raúl se quedo conforme.

Al entrar a la escuela saludo a su maestra que estaba en la puerta y le dijo que su mamá se iba a trabajar pero que cuando llegara por el le iba a llevar un porta tazos, Raúl siguió caminando hacia el patio de la escuela saludo a un compañero de su salón cuando vio que algunos niños estaban jugando a la pelota y se unió al juego cuando se integro al juego atropellaba a los otros niños y cuando anotaba un gol comenzaba a gritar.

En camino a su salón de clases iba contándole a la maestra de batamon (una caricatura) al entrar al salón le arrebató la silla a un niño y se sentó en ella, la maestra le llamo la atención y dijo que era muy fuerte y que lo derroto (al niño al que le quito la silla).

Durante el trabajo en clase se comporto tranquilo, la maestra guiaba las actividades, Raúl realizaba las consignas que la maestra le asignaba, " reparte los libros a tus compañeros", "acomoda tu silla".

Durante el recreo Raúl se observaba muy inquieto jugaba con otros niños a que el los perseguía pero los lastimaba cuando los atrapaba y es por esto que ya no querían jugar con el, además de que las maestras lo sentaban cerca de ellas para que no lastimara a otros niños mas pequeños.

Al regresar del recreo Raúl se veía molesto pues decía que no lo dejó jugar "la maestra Mari" pero al paso de sus actividades se desenvolvió con buena conducta.

Al final de clases cuando la maestra indicó que tomaran su mochila Raúl dijo que su mamá ya traía su porta tazos y le contó a Diego (su amigo) que el había visto en la tele los porta tazos y que el quería el verde y le preguntó a Diego que él de que color quería el suyo.

La mamá de Raúl lleo al salón del niño le pregunto a la maestra como se había portado y después de comentar algo con la maestra Raúl y su mamá se retiraron de la escuela.

# **ANEXO 11: Fundamentos teóricos del “Programa de entrenamiento perceptivo-motor”**

Este es presentado en el libro “Introducción a las dificultades del aprendizaje” de Antonio Aguilera (p. 247-250)

Kephart comenzó colaborando con Staruss, con quien escribió el segundo volumen de *“Psychopathology and education of brain-injured children”*, en el año de 1955. Otras de sus obras emblemáticas fueron *“The slow learner in the classroom”*, en 1971 y *“Learning disability; and educational adventure”*, en 1968.

La fundamentación teórica se encuentra tanto en la experiencia clínica como en la psicología del desarrollo, caracterizándose su obra por una mayor solidez en la elaboración teórica que en la metodología correctiva, de modo que, más que un método su propuesta de intervención consiste en un conjunto más o menos articulado de técnicas correctivas desde la consideración de un supuesto básico y unas etapas del desarrollo del aprendizaje

Para Kephart, todo aprendizaje tiene una base sensomotriz, ya que el aprendizaje de la lectura, escritura y aritmética exigen el dominio de muchas capacidades perceptivas y motrices, como capacidades motrices generales, coordinación ojo mano, lateralidad, direccionalidad, control ocular predominio lateral, en consecuencia, sostiene que en el tratamiento, el objetivo no debe ser tanto el remedio de capacidades específicas como el entrenamiento de las capacidades más básicas y elementales (lo que se denomina una enseñanza “orientada a los procesos”, por contraposición a la enseñanza “orientada a la tarea” propuesta por el conductismo). (Aguilera, 2004)

Kephart (en Aguilera, 2004) organizó su teoría del aprendizaje en un proceso de tres etapas, basadas en lo que llama cuatro generalizaciones básicas:

**1. Etapa práctica:** consiste en la manipulación física de objetos, sin que el niño dé muestra alguna de que perciba éstos como algo distinto de su propia actividad. La tarea esencial del niño es producir movimientos con su cuerpo, combinar movimientos su cuerpo y controlarlos. Esta etapa se basa en la postura y el mantenimiento del

equilibrio, el concepto de esquema corporal, concepto práctico del espacio y la creciente percepción del tiempo.

**2. Etapa subjetiva:** denominada perceptivo-motriz y en ella el conocimiento perceptivo y motor se refiere siempre al propio yo, se basa en las generalizaciones motrices de contacto (alcanzar, agarrar y soltar) y de la locomoción.

Para que la información perceptiva tenga sentido se ha de igualar (coordinar) con las generalizaciones motrices a través del esquema corporal, ya que las generalizaciones motrices se desarrollan antes, es siempre la percepción la que se iguala con la acción motriz y no al revés.

**3. Etapa objetiva:** es la última del proceso de aprendizaje perceptivo-motor. El logro final de esta etapa es la percatación de la configuración total del objeto. En esta etapa la percepción (visual) asume una importancia esencial al recibir informaciones. Esta etapa se basa en generalizaciones motrices avanzadas de percepción y propulsión, patrones con relaciones dinámicas entre un niño en movimiento y los objetos también en movimiento. Aquí se elabora una estructura especial objetiva y se desarrollan las percepciones temporales del ritmo de la secuencia, percibiendo tiempo y espacio como dos dimensiones de una misma realidad objetiva.

## GLOSARIO.

**Ácido valproico:** Antiepiléptico prescrito para prevenir ciertos tipos de actividad epiléptica, especialmente la ausencia compleja y las crisis de pequeño mal.

**Atrofia:** Desgaste o disminución del tamaño o de la actividad fisiológica de una parte del cuerpo, como consecuencia de una enfermedad o de otros factores. Puede producirse atrofia en un músculo esquelético como consecuencia de la falta de ejercicio físico o como resultado de una enfermedad neurológica o músculo esquelética. Las células del cerebro y del resto del sistema nervioso central pueden sufrir atrofia en edades avanzadas, debido a la disminución del flujo sanguíneo hacia esas áreas.

**Aura:** 1. sensación a modo de luz o calor, que puede preceder a una migraña o a una crisis epiléptica. 2. emanación de luz o de color que rodea a una persona, como en las fotografías kirlianas, que se estudia por su aplicación con fines terapéuticos.

**Axón:** Proyección cilíndrica de una célula nerviosa que conduce impulsos procedentes del cuerpo celular de la neurona. Los axones pueden estar cubiertos de mielina o desprovistos de ella (desnudos).

**Crisis convulsiva:** Aparición brusca de una enfermedad caracterizada por convulsiones, palpitaciones y otros síntomas. En ocasiones, el término se aplica a una crisis de epilepsia.

**Convulsión tónica-clónica:** Convulsión epiléptica caracterizada por una contracción muscular involuntaria generalizada y cese de la respiración seguido de espasmos tónico-clónicos de los músculos. La ventilación se reanuda con respiraciones ruidosas. Pueden encajarse los dientes, morderse la lengua y perder el control de la vejiga o el intestino. Cuando pasa esta fase del ataque, la persona puede quedarse dormida o experimentar confusión. La persona no suele acordarse del ataque al despertar. El aviso premonitorio sensorial, o aura, puede preceder a cada convulsión tónico-clónica.

Estos ataques convulsivos pueden ocurrir aisladamente, a intervalos o en estrecha sucesión. Como profilaxis contra los ataques tónico-clónicos suelen prescribirse medicamentos anticonvulsantes. También llamada convulsión de gran mal. Compárese crisis de ausencia, crisis focal, crisis psicomotora.

**Deja vú:** Sensación o ilusión de que uno encuentra una serie de circunstancias o un lugar previamente conocido o experimentado. Este fenómeno es el resultado de alguna conexión emocional inconsciente con la experiencia presente.

**Epilepsia:** Grupo de procesos neurológicos caracterizado por episodios recurrentes de convulsiones, trastornos sensoriales, conducta anómala, pérdida de la consciencia o todo ello. Característica común de todas las epilepsias es la existencia de descargas eléctricas incontroladas de las células nerviosas de la corteza cerebral. Aunque la mayoría de las epilepsias son de causa desconocida, a veces pueden asociarse a traumatismos cerebrales, infecciones intracraneales, tumores cerebrales, alteraciones vasculares, intoxicaciones o desequilibrios químicos.

**Encefalopatía:** Cualquier alteración de la estructura o función de los tejidos cerebrales, especialmente los crónicos, destructivos o degenerativos, como la encefalopatía de Wernicke o la enfermedad de Schilder

**Estado confusional:** Forma leve de delirio que puede experimentar un anciano o un paciente con una enfermedad cerebral preexistente. Se puede desencadenar un estado confusional por un cambio brusco o inesperado en el entorno del sujeto.

**Fenobarbital:** Anticonvulsivante barbitúrico e hipnótico-sedante prescrito para el tratamiento de diversos trastornos convulsivos y como sedante de acción prolongada.

**Hematoma:** Acumulación de sangre extravasada atrapada en los tejidos de la piel o en un órgano, producida por traumatismo o por una hemostasia incompleta tras la cirugía. Inicialmente se produce una hemorragia franca en un espacio; si el espacio es limitado, la presión disminuye y puede que cese el flujo de sangre. Los coágulos de sangre, la

acumulación de plasma, el coágulo endurecido y la masa son palpables para el explorador y, a menudo, es doloroso para el paciente.

**Hipertrofia:** Aumento del tamaño de un órgano causado por un aumento del tamaño de las células más que por el aumento del número de células. Algunos tipos de hipertrofia son: hipertrofia de adaptación, hipertrofia compensadora, hipertrofia de Marie, hipertrofia fisiológica e hipertrofia unilateral

**Hipoxia:** Tensión de oxígeno celular inadecuada, disminuida, caracterizada por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, desvanecimiento y confusión mental. Los tejidos más sensibles a la hipoxia son el cerebro, el corazón, los vasos pulmonares y el hígado.

**Jamais Vú:** Sensación de extrañeza frente a una persona conocida o un lugar familiar

**Lóbulo temporal:** Región externa del cerebro situada por debajo de la cisura de Silvio.

**Mioclonías:** Espasmo de un músculo o de un grupo de músculos.

**Neurotransmisores:** Cualquiera de los numerosos agentes químicos que modifican o producen impulsos nerviosos entre las sinapsis. Los neurotransmisores son liberados por los botones sinápticos en las hendiduras sinápticas, y pasan por el espacio existente entre las neuronas presinápticas y las postsinápticas. Cuando el impulso nervioso alcanza el botón sináptico, las moléculas del neurotransmisor fluyen por las hendiduras sinápticas y se fijan a los receptores específicos. Este flujo permite la difusión asociada de iones sodio y potasio, lo que produce un potencial de acción. Algunos tipos de neurotransmisores son: ácido gamma-aminobutírico, cloruro de acetilcolina y noradrenalina.

**Occipital.** 2. situado cerca del hueso occipital, como el lóbulo occipital del cerebro.

**Parietal:** Relativo o perteneciente al hueso parietal del cráneo o al lóbulo parietal del cerebro.

**Paroxísticos:** 1. aumento notable, habitualmente episódico, de los síntomas. 2. convulsión, crisis, acceso o espasmo.

**Recidivantes:** Relativo al retorno de una enfermedad después de un período de curación aparente.

**Temporal:** Perteneciente al hueso temporal del cráneo.