

PREESCOLAR "TLÁLOC"

C.C.T. 15EJN4456G

ZONA ESCOLAR J212

PROTOCOLO DE
INVESTIGACIÓN

"PROBLEMAS DE
APRENDIZAJE"

MARIA DEL ROSARIO RANGEL ENCISO

CONTENIDO

Resumen.....	1
---------------------	----------

Introducción

Las alteraciones en los procesos básicos del aprendizaje.....	2
---	---

Corrientes psicopedagógicas del aprendizaje

El aprendizaje.....	4
Corrientes psicopedagógicas.....	5
El conductismo.....	6
El cognitivismo.....	6
Pedagogía operatoria.....	6

Los problemas de aprendizaje

Problemas de aprendizaje.....	7
Causas de los problemas de aprendizaje.....	10
Disfunción cerebral mínima.....	12
Las influencias ambientales.....	13
Discapacidad e impedimento.....	15
Identificación de niños con problemas de aprendizaje.....	16

Trastornos sensoriales

Deterioro visual.....	20
Del niño invidente.....	22
El niño débil visual.....	24
La percepción visual y el aprendizaje.....	24
Deterioro auditivo.....	26
Los trastornos auditivos y el aprendizaje.....	27
El lenguaje oral y el niño sordo.....	28

Trastornos del desarrollo intelectual

Retraso mental.....	30
Trastornos de la memoria.....	33
Estimulación temprana.....	34

Trastornos del habla y del lenguaje

Trastornos de la articulación.....	35
La disfasia.....	36
La dislexia.....	37
La disgrafía y disortografía.....	38

Trastornos de la conducta

El niño autista.....	39
Hiperactividad.....	41
Depresión y ansiedad infantil.....	41

Recomendaciones finales

Los padres y los problemas de aprendizaje.....	42
La actuación del maestro ante un problema de aprendizaje.....	43
Referencias bibliográficas.....	44
Bibliografía.....	45

RESUMEN.

Es comúnmente aceptado que no hay periodo más crítico para el desarrollo de un niño que sus primeros cinco años de vida. Durante este tiempo puede establecerse déficit de persistencia por años e inclusive durante su vida adulta. Aunque no pueda asumirse que un programa de identificación y tratamiento temprano logre siempre prevenir problemas futuros en los niños, es indudable que cuando menos mejorará el funcionamiento de áreas problemáticas consiguiendo que el niño se prepare para adquirir los conocimientos que requiere a sus años escolares (Leigh y Keogh, 1983).

Una de las áreas de mayor interés dentro de un campo de la educación especial es aquella relacionada a la identificación temprana y a la prevención de problemas durante el desarrollo. La idea es que los problemas o condiciones limitantes puedan ser detectadas, prevenidas y, en parte, corregidas, es tanto atractiva como lógica intuitivamente; sin embargo, el desarrollo de programas de identificación y prevención efectivos ha sido muy lento, tanto por actitudes sociales y políticas, como por limitaciones técnicas y científicas. Además existen muchos problemas en la definición de términos, así como la imprecisión en las técnicas utilizadas para la identificación temprana (Keogh y Daley, 1983).

Desde hace casi cuatro décadas se ha reconocido a nivel internacional la necesidad de llevar a cabo evaluaciones con el fin de identificar niños en edad preescolar con alto riesgo de presentar problemas de aprendizaje o bajo rendimiento académico.

Tanto en México como en el ámbito internacional, se ha estimado que por lo menos de un 10% a un 15% de los estudiantes presentan este tipo de problemas. Asimismo, se ha determinado que entre más temprano se lleve a cabo el diagnóstico, mejores probabilidades de recuperación habrá (Carbajal, 1983; Ysseldyke, Thurlow y O'sullivan, 1986).

Las alteraciones en los procesos básicos del aprendizaje

Usted y nosotros, como educadores, estamos ampliamente familiarizados con el término *proceso*, el cual empleamos en diversas formas: por ejemplo, cuando se habla de los procesos del pensamiento, al referirnos a las operaciones mentales que un niño utiliza para razonar; o bien, cuando mencionamos los procesos necesarios para el dominio de las matemáticas o el español. Sin embargo, recientemente han despertado un gran interés entre los maestros los llamados **procesos básicos del aprendizaje**, especialmente los auditivos, visuales, táctiles, motores y vocales, así como los fenómenos no **modales** como la **retroalimentación**, el cierre y los **procesos de memoria**.

La razón de este renovado interés se debe a la relación que se observa entre la integridad de dichas funciones y el éxito académico o lingüístico del alumno. Al respecto, es importante destacar que a veces esa integridad procesal puede llegar a sufrir alguna alteración que provoque la pérdida de un proceso básico ya establecido, la inhibición en el desarrollo de dicho proceso o por lo menos, la interferencia con su funcionamiento.

Zaidat y Lenner (2003) en su libro *The Little Black Book of Neurology* los definen como la "la dificultad para adquirir y emplear el lenguaje, el razonamiento, las habilidades matemáticas, y las tareas sociales" (p.309)

El primer caso puede ejemplificarse cuando un niño pierde la capacidad del habla después de padecer una hemorragia cerebral; el segundo, si el alumno muestra un desarrollo considerablemente atrasado; el tercero, si el pequeño habla, pero no presenta fallas reiteradas en la sintaxis o en la pronunciación correcta de las palabras.

Desde luego es más probable que a usted le sean más conocidas las dos últimas alteraciones, ya que a estos grupos pertenecen aquellos niños que

no leen bien y los que están bajo alguna terapia de lenguaje. Ahora bien, se han citado ejemplos concretos de problemas en el habla y el lenguaje; pero existen muchos otros casos de trastornos en la lectura, deletreo, escritura, aritmética y otras actividades académicas (Myers Hammill, 1989).

Los tres tipos de deterioro señalados afectan el desempeño **perceptivo, lingüístico** o **motor** del niño, puesto que trastornan sus vías de **descodificación** (receptivas), las de **codificación** (expresiva) o las asociaciones que combinan la descodificación y la codificación. Claro está que cabe la posibilidad que un niño experimente algún problema aislado en la descodificación visual, con el resultado de que sea un mal lector; pero el cuadro común en la escuela es el de aquellos alumnos que padecen más de una dificultad con una severidad de mayor o menor grado.

Estas alteraciones son la causa general de los problemas de aprendizaje, y en cuya definición, como se verá más adelante, quedan excluidos todos los niños cuyos problemas primarios son la subnormalidad mental, privación educativa o cultural, grave perturbación emotiva o algún déficit sensorial. La opción de no incluirlos es en realidad arbitraria y generalmente se basa en aspectos administrativos, ya que no se puede negar la presencia de trastornos en el aprendizaje, aunque resultan secundarios a la afección principal, en todos aquellos casos mencionados.

De hecho, el concepto clave utilizado para definir a los problemas de aprendizaje consiste en la **discrepancia** o principio de **disparidad**, el cual supone que la característica esencial del niño con problemas de aprendizaje radica en la diferencia notable entre lo que es capaz de hacer y lo que en realidad lleva a cabo; es decir, señala una marcada deficiencia en el aprovechamiento de aquellas actividades que se

refieren a la escuela o que tienen que ver con el lenguaje. De todas formas, no debe olvidarse que las bajas calificaciones y el hecho de que un escolar salga mal en los exámenes, no son suficientes para indicar la presencia de estos problemas. Para que un diagnóstico sea válido, el rendimiento apreciado deberá ser inesperadamente bajo, si se compara con su capacidad mental, con las características de rendimiento de sus condiscípulos y con su desempeño en otras áreas cognitivas o escolares en general. Wiederholt (1974, en Myers y Hammill, 1989) ha sido de los principales historiadores de este tema.

El Aprendizaje

El aprendizaje es el producto de los intentos realizados por el hombre para enfrentar y satisfacer sus necesidades. Consiste en cambios que se efectúan en el sistema nervioso a consecuencia de hacer ciertas cosas con las que se obtienen determinados resultados. (Wilson, 1978.)

Pero no todo es tan simple. Son muchos los factores que deben tomarse en cuenta para el aprendizaje: el desarrollo de la percepción, la interrelación entre los distintos sistemas sensoriales, el impacto de los defectos sensoriales en el rendimiento escolar, la inteligencia y la influencia del medio y la herencia, y el desarrollo intelectual y afectivo.

Esta es la razón por la que a través del tiempo, personas como María Montessori, Ovide Decroly, John Dewey, Georg Kerschensteiner, Edouard Claparede, Celestin Freinet, Jean Piaget y tantos más, han dedicado todos sus esfuerzos y una gran parte de su vida al estudio de la **Ovide Decroly** problemática que representa el aprendizaje y sus soluciones; y no sólo esto, en el campo del conocimiento humano, surgió la pedagogía como disciplina independiente; la psicología, como enriquecedora de la pedagogía; la psicopedagogía, fusionando ambas; y la sociología

educativa que contempla la permanente relación sociedad-educación. (Sastre, 1989.)

Corrientes psicopedagógicas del aprendizaje

Como ciencias estrechamente ligadas, la psicología y la pedagogía se ocupan de estudiar el desarrollo individual como resultado de la interacción entre el escolar y el medio, centrándose en el desarrollo **cognoscitivo** y emotivo del niño así como en los procesos de maduración y en la evaluación de su aprendizaje. Además, proporcionan a los profesores los elementos necesarios para optimizar las capacidades de los alumnos. Enfocan la problemática que implica el aprendizaje desde varios puntos de vista, lo que explica el surgimiento de las distintas corrientes psicopedagógicas o teorías del aprendizaje, las cuales, pese a sus diferencias, persiguen como objetivo común el brindar a los maestros las estrategias docentes de mayor utilidad. (Sastre, 1989.)

Corrientes o teorías del aprendizaje

- La **pedagogía tradicional**, que se fundamenta en el memorismo y donde el alumno se maneja únicamente como **receptor** de la información. (Sastre, 1989.)
- La **pedagogía activa**, representada por Celestin Freinet con su teoría de la educación del trabajo y la libre expresión de los niños, que a su vez está basada en la psicología gestáltica o de la percepción **intuitiva**, desarrollada por Wertheimer y Kohler. (Sastre, 1989.)
- El **conductismo**, corriente psicológica que sustenta a la tecnología educativa o **pedagogía industrial**, la cual pese a la opinión de sus críticos, constituye un impacto en la tarea educativa, ya que es todo un sistema con su propia filosofía. J. Watson conformó sus bases definitivas y con Skinner alcanzó su plena madurez. (Sastre, 1989.)

•El **cognitivismo**, cuyo máximo exponente es Jean Piaget y su **teoría psicogenética**, donde establece que una conducta es un intercambio entre el sujeto y el mundo exterior. Para algunos especialistas, no es una corriente, sino una etapa intermedia entre el conductismo y la pedagogía operatoria. (Sastre, 1989.)

•**La pedagogía operatoria**, inspirada en el enfoque constructivista y psicogenético de Piaget, tiene como propósito la formación de individuos capaces de desarrollar en pensamiento autónomo que pueda producir nuevas ideas y permita avances científicos, culturales y sociales. El cambio fundamental que propone consiste en centrar el eje de la educación en el alumno y no el profesor, como se ha venido haciendo implícitamente. Pretende modificar la enseñanza actual, porque, según dice, habitúa a los escolares a una obediencia intelectual; por ello propone como alternativa que la educación se cimiente en una concepción constructivista del pensamiento. (Piaget, 1981)

¿SABIA USTED...?

El desarrollo cognoscitivo piagetiano. Etapas

Sensorio motriz (0-2 años). Empieza a utilizar la imitación, la memoria y el pensamiento. Reconoce que un objeto no deja de existir cuando está oculto y al quitarle algo o perderlo, lo busca. Cambia de las simples acciones reflejas a la realización de actividades dirigidas hacia metas; se inicia la etapa lógica: aprende a sacar juguetes de una caja y luego meterlos.

•

Pre-operacional pensamiento simbólico (2-7 años). Desarrolla gradualmente el uso del lenguaje y la capacidad de forma y utilizar símbolos como palabras, gestos, signos, imágenes, etc. Es capaz de pensar las operaciones en forma lógica y en una dirección, es decir, le es difícil pensar en sentido inverso o revertir los pasos de una tarea. Tiene dificultades para considerar el punto de vista de otra persona.

•

Operacional concreta (7-11 años). Está capacitado para resolver problemas concretos en forma lógica. Comprende las leyes de la conservación de la materia (la cantidad o número de algo se conserva aunque se cambie orden o apariencia, Mientras no se agregue o quite algo reversibilidad.

Operacional formal (11- adulto). Puede resolver problemas abstractos en forma lógica. Su pensamiento se vuelve más científico. Desarrolla intereses por los aspectos sociales y por la identidad.

ALGO MÁS



Piaget divide el desarrollo intelectual en cuatro etapas que denomina estados: sensorio-motor, preoperatorio, de las operaciones concretas y de las operaciones formales. Estas etapas o estados comprenden de los 0 a los 14 años de edad, por regla general.

La fase transición comprende desde 1940 hasta 1963, en este periodo los postulados teóricos se enfocaron en la práctica correctiva o terapia. El foco de las investigaciones paso de los adultos a los niños. Cabe señalar que los principales teóricos fueron psicólogos y educadores, no médicos.

Se elaboraron muchas pruebas y programas de entrenamiento que en su gran mayoría eran especializados, de tal manera que los tratamientos se enfocaban principalmente hacia las áreas específicas como la lectura, el lenguaje hablado. Esto se debe a que no existían un concepto más amplio de los problemas de aprendizaje, sólo se concebían problemas específicos “nadie se consideraba como especialista en dificultades en el aprendizaje debido a que en el campo de las dificultades en el aprendizaje como tal todavía no existía” (Myers y Hammill, 1989, p. 55).

Problemas de Aprendizaje

Todos los que estamos involucrados en el desarrollo del proceso educativo, manejamos habitualmente, la expresión problemas de aprendizaje como si se tratara de un término común y corriente que no necesita mayores explicaciones; pero la realidad es otra, puesto que estamos hablando de uno de los aspectos más controvertidos y probablemente menos comprendidos de la educación del hombre y que reviste cada vez mayor importancia.

Fue el 6 de abril de 1963, cuando Samuel Kirk utilizó por primera vez en una conferencia el término **dificultades en el aprendizaje**, mismo que posteriormente se convirtió en el concepto oficialmente reconocido (Gearheat, 1987; Myers y Hammill 1989).

¿SABÍA USTED...?

No todos los casos de niños con problemas de aprendizaje son similares. Las características más comunes son las dificultades específicas que presentan en una o más asignaturas académicas, la coordinación deficiente, el problema para prestar atención, la hiperactividad e impulsividad; los trastornos de pensamiento, memoria, habla y oído; los altibajos emocionales agudos. La mayoría tiene dificultad para **leer**, probablemente como consecuencia de barreras para relacionar los sonidos con las letras que forman las palabras, por lo que además les es difícil **deletrear**.

En nuestro mundo actual los problemas de aprendizaje ya representan la principal categoría dentro de la **educación especial**, considerando la cantidad de personas que los sufren y los presupuestos gubernamentales destinados a su atención. Tan sólo en los Estados Unidos de América, los expertos aseguran que diariamente se suman a los ya existentes, cerca de 1000 nuevos casos de escolares que presentan algún tipo de dificultad en el aprendizaje. Empero Myers y Hammill (1989) comentan que todavía nos encontramos en la fase de integración, con énfasis en la investigación acerca del uso de pruebas y técnicas de tratamiento, tratado aun así de integrar las teorías desarrolladas en otras disciplinas, como son postulados de Piaget, Chomsky, Skinner, entre otros.

A continuación se presenta la definición Federal vigente en Estados Unidos, es la incluida por The Education of the Handicapped Act (Ley Pública de Estados Unidos # 94-142): En términos generales, se entiende como problema de aprendizaje, el trastorno de uno o más de los procesos psicológicos básicos relacionados con la comprensión o el uso del lenguaje, sea hablado o escrito, y que puede manifestarse como una deficiencia para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o realizar cálculos aritméticos. Se origina por problemas perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo, entre otras CAUSAS (U.S. Office of Education [USOE], 1997, en Lerner 2000, p.9).

En México, la ley equivalente a la mencionada en el párrafo anterior es el Artículo 41 DE LA Ley General de Educación, que a la letra dice:

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

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciara su integración a los planteles de educación básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia y productiva.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren con necesidades especiales de educación (en Guajardo Ramos, 1994).

Están fuera de este concepto todos los niños cuyas dificultades en el aprendizaje se deben a impedimentos visuales, del oído, de índole motora, retraso mental, perturbaciones sociales o emocionales, o bien, situaciones ambientales como diferencias culturales, instrucción insuficiente o inadecuada y factores psicogenéticos (Hammill y Myers, 1990).

Es importante señalar que no existe un consenso con respecto estas u otras definiciones, por lo que hay gran confusión entre profesionales, padres y legisladores acerca de quien tiene problemas de aprendizaje y si en efecto existe esta condición (Hammill y Myers, 1990). Inclusive, aunque muchas de las definiciones hacen alusión a problemas neurológicos (Hynd, Hayes y Snow, 1982).

Causas de los problemas de aprendizaje

Como causas primarias probables se consideran un funcionamiento neurológico bajo lo normal o alguna programación inadecuada en el tejido nervioso, aunque en lo general se considere como normal. En el primer caso, se trata de **disfunciones neurológicas**, como desviaciones orgánicas del tipo de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas y lesiones cerebrales, que pueden ocasionar el funcionamiento anormal del cerebro.

Para muchos investigadores los problemas de aprendizaje son causados por alguna alteración en el sistema nervioso central, cuyo trabajo consiste en regular los impulsos entrantes y salientes e interconectar las asociaciones neuronales. Cualquier desempeño subnormal en sus procesos es capaz de inhibir o retardar la capacidad que un niño tenga para aprender o responder. Esto se conoce como **disfunción cerebral mínima**. En el segundo caso se puede citar como ejemplos de inadecuada las deficiencias de carácter ambiental que inhiben el desarrollo de una o más capacidades básicas.

Así mismo los investigadores han desarrollado técnicas computarizadas y otros métodos para detectar las anomalías del cerebro, algunas de ellas son las tomografías computarizadas axial (cat-scan), la resonancia genética (mr), la tomografía de emisión de positrones (pet-scan) y la resonancia magnética funcional (fmri). Actualmente, la mayoría de los profesionales consideran que las dificultades de aprendizaje emanan de diferencia en la estructura o funcionamiento del cerebro (hallahan, 1999).

¿Qué ocasiona una disfunción cerebral? Los especialistas consideran que en los adultos estas disfunciones pueden originarse por hemorragia cerebral, por algunas enfermedades que ocasionan fiebres altas y por heridas en la cabeza. Si se trata de niños, la gran mayoría de los casos tienen que ver con un ambiente intrauterino desfavorable. Se identifican como causas los nacimientos prematuros, la anoxia o insuficiencia de oxígeno en las células, el trauma físico, el factor Rh, las malformaciones congénitas, factores hereditarios y la desnutrición.

Los primeros lugares los ocupan la **anoxia** y la hemorragia cerebral; especialmente la anoxia, puesto que las células nerviosas son más vulnerables: las neuronas del corte cerebral sufren daño irreparable si se les priva de oxígeno por más de cinco minutos. (Patton, 1996.)

¿SABÍA USTED?

Un diagnóstico oportuno es importante para evitar que el niño con problemas de aprendizaje se sienta frustrado y desalentado, ya que a partir de ese momento será posible la corrección o atención del problema que presente. Todo esto está muy bien; pero surge una pregunta necesaria: ¿por qué se presenta este tipo de dificultades que afectan a tantos escolares? ¿De dónde surgen?

ALGO MÁS

Si un niño de clase media, con comportamiento normal y que posee un coeficiente intelectual elevado padece algún serio problema de lectura que maestros capaces no han podido remediar, es un caso claro de dificultad en el aprendizaje. Por otra parte, un niño de los suburbios o que vive en barrios viejos, que va muy mal en la escuela, con coeficiente intelectual apenas limítrofe y con comportamiento escolar desordenado, también es un caso de dificultad en el aprendizaje. En los casos descritos resulta difícil determinar qué problema contribuyó en primer lugar para que esas deficiencias escolares se presentaran.

Disfunción cerebral mínima

Las actividades cerebrales que se relacionan con los problemas de aprendizaje se pueden clasificar de acuerdo a las áreas de función cerebral: motora o motriz, mental, sensorial y convulsiva. Al existir **desempeño neurológico subóptimo** (bajo lo normal) que pudiera causar deterioro dentro de alguna de las áreas del funcionamiento cerebral, se producen manifestaciones de dos tipos: **abiertas** o grandes y **limítrofes** o mínimas.

En el periodo de los años 40 a los 60, aproximadamente cuarenta términos fueron utilizados para describir a niños que presentaban este tipo de problemas. Comúnmente se utilizó el término “disfunción cerebral mínima”

Este concepto cayó gradualmente en descredito al rechazar el uso de la palabra “mínima”, ya que algunos de los problemas eran realmente importantes y serios: también se criticó que no tuviera una relación establecida con los programas y prácticas educativas (Myers, 1987, en Myers y Hammill, 1989).

Si el niño manifiesta signos abiertos, es prueba sólida de disfunción cerebral; la presencia de signos limítrofes no se considera suficiente para ese diagnóstico. Si un alumno con parálisis cerebral muestra tendencia a los ataques epilépticos, es casi seguro que sufra alguna disfunción cerebral, lo que no sería tan factible si no hubiera tenido dicho padecimiento y sus manifestaciones se concretaran a movimientos torpes, poco lapso de atención, **perseverancia** y berrinches.

¿SABÍA USTED?

En general, se puede afirmar que la relación entre el concepto de disfunción cerebral y el de trastornos en el problema de aprendizaje se basa en la observación de casos individuales, puesto que en ocasiones la relación es indudablemente causal y en otras, sólo asociativa.

El grado de los trastornos varía de **mínimo** a **grave**, y precisamente una gran mayoría de los problemas de aprendizaje corresponde a manifestaciones limítrofes o mínimas, razón por la que se asegura que la disfunción **cerebral mínima** es una causa primaria probable de este tipo de dificultades. Por ejemplo: la **coreoatetosis** (afectación a los centros del control motor) y la torpeza excesiva, son manifestaciones limítrofes en el área **motora**; el retraso mínimo o leve, la hiperactividad, impulsividad, distractibilidad, breve lapso de atención, baja tolerancia a la frustración y los berrinches, son manifestaciones también limítrofes en el área **mental**, al igual que la perseverancia, los patrones de pensamiento trazos, el concepto espacial defectuoso y la inatención visual o táctil, corresponden a manifestaciones limítrofes dentro del área de función cerebral **sensorial**; y por último, la epilepsia sin ataques, es una manifestación mínima dentro del área **convulsiva**.

Las influencias ambientales

Autores como McLeskey (1989) han señalado que es prácticamente imposible, a través del uso de discrepancia, distinguir entre niños con problemas de aprendizaje, niños con bajo rendimiento académico y niños cuyo problema radica principalmente en desventajas de tipo ambiental, cultural y/o emocional.

Existen niños que manifiestan problemas específicos en el aprendizaje y otras conductas que son el resultado de **influencias ambientales**, pero no de una auténtica disfunción cerebral. La problemática educativa presentada es semejante en ambas situaciones, a tal grado que es difícil establecer las diferencias y se requiere sondear el ambiente del escolar buscando factores que puedan explicar su falta de aprovechamiento y sobre todo, evitar emitir un diagnóstico erróneo. Dos de los factores ambientales que inhiben la capacidad del niño para aprender son la falta de experiencia temprana y desajuste emocional.

Nuestra civilización actual requiere de un mayor perfeccionamiento en los procesos sensomotores, pero, paradójicamente, las oportunidades prácticas necesarias para que los niños desarrollen dichos procesos han disminuido. Recuerde usted que los infantes de otra época perfeccionaban sus capacidades **sensomotoras** al desarmar algunos

enseres caseros, y hoy encontramos que esos objetos son demasiado frágiles, complicados y hasta peligrosos para la actividad exploratoria.

La percepción precede a la acción y por ello es necesaria la **experiencia perceptiva temprana** para el desarrollo de un comportamiento coordinado y visualmente dirigido.

En la medida que se perfeccione la coordinación sensomotora, se incrementará a su vez la eficiencia de los procesos perceptivos. Por otra parte, las reacciones emocionales desempeñan una función esencial en la **percepción**. Se ha comprobado con niños de preescolar y primer grado de primaria, la relación entre conflictos y perturbaciones emocionales y problemas conductuales, con los trastornos en la percepción visual, retraso en la lectura e incluso trastornos del habla.

En el caso de los niños en edad preescolar, el uso de los términos discapacidad o problema de aprendizaje, se complica aún más, ya que el término de discapacidad de aprendizaje está fundamentado en un criterio de discrepancia académica, por lo que al tratarse de niños de edad preescolar, esto resulta contradictorio e incongruente ya que aún estos niños no están en contacto con contenidos académicos, por otro lado se considera necesario detectar y clasificar a los niños en riesgo de presentar problemas para poderlos canalizar a un programa de intervención (Merrell, 1996; Satz y Fletcher, 1998).

¿SABÍA USTED...?

Es lógico que los niños perturbados emocionalmente sean hostiles, procedan sin motivación, se muestran retraídos, no cooperen o se comporten agresivamente, y que por ello rindan mal en la escuela; sin embargo, no es creíble que sea el único agente causal de muchas de las dificultades en el aprendizaje, puesto que también existen otros importantes factores, aunque sin dejar de reconocer la determinante influencia del ambiente para que el niño logre adquirir y desarrollar muchas de sus capacidades.

Discapacidad e impedimento

Para detectar con mayor seguridad los problemas o incapacidades que pueden interferir con el aprendizaje, hay que establecer en primer lugar la diferencia entre una discapacidad y un impedimento. Una **discapacidad** consiste en la falta de habilidad o incapacidad para realizar una función específica como ver, oír o caminar. Un **impedimento** es una desventaja en una situación particular y en ocasiones como resultado de una discapacidad; por ejemplo, el estar ciego (discapacidad visual) se convierte en un impedimento al realizar tareas que requieran de la vista, pero deja de serlo si las actividades que se desarrollan sólo necesitan del oído o del tacto.

A pesar de que algunos **impedimentos físicos** de los escolares les obligan a utilizar **dispositivos ortopédicos** como tirantes, zapatos especiales, muletas o sillas de ruedas, si lo permiten las características arquitectónicas de las escuelas y cuentan con cierto auxilio de sus profesores, éstos podrán desenvolverse como cualquier otro estudiante, sin que haya un verdadero problema de aprendizaje. Pero lo anterior no ocurre en todos los casos, ya que la mayoría de impedimentos obligan a una atención especial, como los **ataques** provocados por la epilepsia y fiebres altas originadas por infecciones, los cuales consisten en descargas anormales de energía en ciertas células del cerebro y que van desde los **generalizados**, acompañados por violentas convulsiones seguidas de un estado de coma, hasta los muy leves, llamados ataques de ausencia, que pueden pasar desapercibidos; la parálisis cerebral, que hace que un niño tenga mayor o menor dificultad para mover y coordinar su cuerpo; las deficiencias auditivas severas, las cuales llegan a presentarse en niños con frecuentes grandes dolores de oídos, infecciones en los senos nasales o alergias; y los impedimentos visuales, también severos, o de debilidad visual, que obliga al uso de lupas o libros con tipografía. (Patton, 1996.)

¿SABÍA USTED?

Algunos expertos sostienen que muchos de los escolares clasificados como alumnos con problemas de aprendizaje, en realidad no lo son. Se trata de niños de **lento aprendizaje** que asisten a escuelas comunes o alumnos de **aprovechamiento promedio** en planteles de alto nivel académico.

El modelo médico, mismo asume que los problemas de desarrollo pueden ser detectados de igual forma que las enfermedades y otros problemas de salud. El modelo médico se basa en la noción de que existe una distinción clara entre la presencia y ausencia de una enfermedad o de una condición problemática y que esto puede determinarse a través de un procedimiento evaluativo. Supuestamente el diagnóstico resultante debe indicar el tipo de tratamiento requerido. En el modelo médico la etiquetación de los niños no se considera como un problema sino como una condición necesaria para proveer un tratamiento. (Lichtentein e Ireton, 1983).

Identificación de niños con problemas de aprendizaje

Los niños con problemas de aprendizaje no están perturbados emocionalmente, no tienen desventajas culturales, no son retrasados mentales, no están lisiados de manera visible, ni tampoco hay impedimentos visuales o auditivos. Simplemente no aprenden como los demás niños ciertas tareas básicas y específicas relacionadas con el desarrollo intelectual y los aspectos académicos; van mal o muy mal en la escuela, los maestros se quejan por su falta de aprovechamiento y los padres se desesperan.

Aunque los gobiernos de muchos países disponen de programas dedicados a niños con retraso mental, perturbaciones en el habla y la lectura, alteraciones emocionales o impedimentos **ortopédicos**, aún subsisten confusiones para determinar la frontera entre los problemas de aprendizaje puros y otro tipo de limitaciones; inclusive la nomenclatura utilizada y su interpretación, ha dificultado el establecimiento de normas de identificación precisas.

Lichtenstein e Ireton (1983) comentan que con demasiada frecuencia tanto padres, maestros y psicólogos se plantean el siguiente cuestionamiento: "si hubiéramos detectado el problema de este niño

antes...si se hubiera hecho algo al respecto, quizás ahora no presentaría estos problemas, o no los presentaría en forma tan severa".

Sin embargo, existen muchas diferencias de opinión con respecto a cómo debe realizarse la identificación e intervención temprana, en qué medida debe realizarse, y en algunos casos existe el cuestionamiento de si debe realizarse o no.

Aunque las ventajas potenciales de los programas de identificación temprana son grandes, han surgido muchos debates al respecto, planteándose los siguientes cuestionamientos ¿es viable llevar a cabo estos programas? ¿Existen profesionistas preparados para esto? ¿Sean planteados estos programas con la suficiente preparación e investigación relevante? Por otra parte, también existe otra inquietud básica acerca de la naturaleza misma de la intervención temprana, es decir, ¿Cómo saber si los resultados que se obtienen en los niños se deben únicamente a una etapa por la que está atravesando, o realmente son síntomas de un problema más duradero? ¿Cuáles son los efectos de etiquetar a un niño? ¿tendrán los padres y maestros expectativas menores acerca de los niños que hayan sido detectados "en riesgo"? ¿es posible evaluar a grandes números de niños y dedicar el tiempo suficiente tanto a ellos como a sus padres? (Lichtenthein e Ireton, 1983).

El niño con problemas de aprendizaje es un niño excepcional que requiere atención excepcional, ya que se trata de seres humanos con rasgos físicos, características mentales, habilidades psicológicas o conductas observables que difieren significativamente de los de la mayoría de cualquier población de terminada; incluso comprenden a los individuos superdotados. Son muchos los casos de escolares que hacen grandes esfuerzos y su trabajo es aceptable en la mayoría de las asignaturas, su trato es agradable y se llevan bien con sus compañeros; pero son incapaces de deletrear, su escritura es ilegible, no respetan los renglones, invierten letras, tienen problemas para identificar los números o confunden las palabras. Otros, siendo brillantes, talentosos, motivados, con gran

facilidad de adaptación y bastantes conocimientos en muchos temas, carecen de capacidad matemática. Y también tenemos a aquellos que presentan múltiples problemas de conducta que influyen negativamente en su aprovechamiento.

Algunos trastornos asociados con el atraso escolar pueden ser identificados con cierta facilidad ya que se manifiestan externamente, como por ejemplo:

- **Trastornos de articulación:** sustitución de un sonido por otro, *cala* por *cara*; distorsión de un sonido, *chine* por *cine*; sonido agregado, *nadie* por *nadie*: omisión de un sonido, *juga* por *juega*; pero sin olvidar que la mayoría de los niños no dominan normalmente todos los sonidos hasta que pasan la etapa que va entre los 6 y 8 años de edad. (Patton, 1996.)
- **Tartamudeo:** aparece generalmente entre los 3 y 4 años de edad; no es claro su origen pero provoca ansiedad y turbación a quien lo padece. (Patton, 1996.)
- **Problemas de voz:** está considerado como un deterioro del habla y consiste en emplear un tono, calidad o volumen inapropiados, así como hablar en forma monótona. (Patton, 1996.)
- **Trastornos del lenguaje oral:** el niño no presenta indicios de comprender o utilizar el lenguaje espontáneamente, alrededor de los 3 años; su lenguaje es diferente o su desarrollo está atrasado en relación con niños de su misma edad. También puede ocurrir que el desarrollo normal del lenguaje se halla visto interrumpido por una enfermedad, accidente o cualquier trauma. (Patton, 1996.)
- **Trastorno de ansiedad-retracción:** se trata de niños ansiosos en extremo, alejados, tímidos, deprimidos, hipertensos, desconfiados y que lloran con facilidad. (Patton, 1996.)
- **Inmadurez de la atención:** su capacidad de atención dura poco tiempo, sueñan despiertos frecuentemente, tienen poca iniciativa, son desorganizados y su coordinación es deficiente. (Patton, 1996.)
- **Agresión socializada:** a menudo se convierten en miembros de bandas e impulsados por el código conducta de sus compañeros, pueden cometer graves delitos. (Patton, 1996.)

- **Conducta psicótica:** su conducta puede ser rara y suelen manifestar ideas que salen por completo de la normalidad. (Patton, 1996.)
- **Hiperquinesia o trastorno hiperquinético de déficit de atención:** son escolares más activos físicamente y distraídos que los demás niños, responden a los estímulos con gran dificultad, son inconstantes en su trabajo y no pueden controlar su conducta, incluso por breves periodos. (Patton, 1996.) (Patton, 1996.)

Corrientes psicopedagógicas y problemas de aprendizaje

Los problemas de aprendizaje específicos a menudo implican impedimentos físicos, conductuales y emocionales. Los escolares que los sufren pueden llegar a creer que no son capaces de controlar su propio aprendizaje y por lo tanto, no tener éxito. Un enfoque adecuado en las **estrategias** de aprendizaje puede ayudarlos; no olvidemos que la escuela, junto con la familia y el entorno social próximo, son de vital importancia para el desarrollo del niño, y puesto que parte de su vida transcurre dentro de las aulas, es lógico suponer que es en el ambiente escolar donde se manifiestan problemas de diversa naturaleza, los cuales es muy posible que repercutan en el rendimiento escolar. (Sastre, 1989.)

La evolución y desarrollo de las distintas corrientes psicopedagógicas han hecho variar notablemente el concepto de problema de aprendizaje y sus tratamientos correctivos. Las que intervienen en el manejo de las deficiencias intelectuales durante el periodo escolarizado son: la **escuela activa** y los métodos de María Montessori; las teorías del aprendizaje de orientación **conductista (condicionamiento operante)**, por su utilidad para la adquisición y extinción de comportamientos; la **psicología genética constructivista** y la **pedagogía operatoria**, ambas de orientación piagetiana.

En la actualidad, la psicología maneja dos modelos explicativos de la lectura: el **top-down**, que se centra en los aspectos cognitivos de la

significación del texto, y el **bottom-up**, orientado a la decodificación como acto dominante del lector; y es que durante mucho tiempo, han recibido mayor atención los problemas de la decodificación y sólo recientemente se intenta ahondar en la fase de la comprensión. Las actividades escolares de introducción al cálculo y a las matemáticas en general, se fundamentan en las aportaciones de Piaget. Son muchas las investigaciones efectuadas sobre problemas de aprendizaje que tienen un marcado enfoque cognitivo. (Sastre, 1989.)

Deterioro visual

Consiste en una afección ocular que puede localizarse en distintas partes del ojo, o bien en una lesión en el nervio óptico o en el área occipital del cerebro, que impide que la persona vea normalmente. A quienes lo padecen los objetos pueden parecerles apagados, borrosos, fuera de foco, con manchas oscuras que flotan ante ellos o como si estuvieran cubiertos por una nube; en algunos casos, el sujeto no ve absolutamente nada. A partir de 1973 fueron divididos en dos categorías: **el ciego y los débiles visuales**. Los primeros pueden ser educados con el uso del Braille y de dispositivos táctiles y auditivos. Los débiles visuales tienen que utilizar materiales que complementen su visión residual, como los libros de letra grande y la iluminación especial. Por fortuna, el deterioro visual sólo afecta a una pequeña porción de la población escolar. (Patton, 1996.)

Casi todos los sujetos con deterioro visual pueden ver; sólo una reducida proporción carece totalmente de la vista. Además, posee sus otros sentidos y son capaces de llevar una vida normal. Los niños con este padecimiento pueden permanecer al margen de experiencias tempranas significativas si no se les permite que desplieguen toda su actividad y aprovechen al máximo sus sentidos. Es común que estas limitaciones perjudiquen el desarrollo de la formación de conceptos y

del lenguaje. Las vivencias propias de la niñez y de la época preescolar son esenciales para que dicho desarrollo sea normal.

Dos de las mayores dificultades presentes en el deterioro visual consisten en establecer la posición del afectado en el ambiente (**orientación**) y sus desplazamiento (**movilidad**); situaciones que varían de acuerdo al grado del deterioro visual de que se trate. Por desgracia, muchos de los niños que presentan este tipo de problema, también llegan a padecer otra clase de incapacidad. El menor con **deterioros múltiples**, por ejemplo, sordo y ciego, constituye un problema educativo singular, y si acaso estos deterioros son severos o profundos, la enseñanza tendrá que ser altamente individualizada, sobre todo porque se presentan en todos los niveles de gravedad y en cualquier combinación posible, acarreando una serie de desventajas específicas para el crecimiento y el desarrollo normales. En la actualidad la gran mayoría de los débiles visuales reciben atención educativa integrada a grupos normales. Para aquellos con graves dificultades o totalmente ciegos, hay instituciones con programas especiales que se encargan de su aprendizaje.

¿SABÍA USTED...?

Casi todos los problemas visuales pueden atribuirse a malformaciones y mal funcionamiento del ojo. La mayoría de los casos de deterioro visual en niños de edad escolar son consecuencia de situaciones ocurridas durante el nacimiento o poco después.

Problemas de refracción **Miopía:** el globo ocular se desarrolla muy alargado y por ello sólo se puede ver bien de cerca. Se corrige con lentes cóncavas.

Hipermetropía: hay desigualdad en la curvatura de la córnea o del cristalino. Los rayos luminosos no forman puntos existe dificultad para enfocar los objetos próximos. Se corrige con lentes convexas. Definidos en la retina sino pequeñas líneas. Se corrige con lentes convexas.

Anormalidades del cristalino **Dislocación:** el cristalino se encuentra fuera de su lugar.

Cataratas: empañamiento del cristalino. **Retinopatía:** formación de tejido fibroso atrás del cristalino.

Defectos de la retina **Retinitis pigmentosa:** degeneración progresiva de la retina.

Retinopatía diabética: interferencia de la irrigación sanguínea en la retina.

Degeneración de la mácula: y ocasionan la pérdida de la visión central. Los vasos sanguíneos de la mácula, que es parte de la retina, se encuentran dañados.

Problemas de control muscular **Estrabismo:** vista cruzada.

Nistagma: movimientos oculares involuntarios, rápidos, rítmicos, de un lado a otro. **Otros problemas visuales**

Glaucoma: aumento de presión del líquido ocular.

Trauma: daño ocasionado por accidentes, golpes, etcétera.

Discromatopsia: incapacidad de detectar ciertos colores, como el daltonismo en el que no se aprecia el color rojo y se confunde con el verde.

¿SABÍA USTED...?

La pauta es un instrumento rectangular de metal o de plástico, con surcos o puntos rebajados que permiten marcar puntos o signos sobre un papel, los que serán leídos al tacto. El punzón es una pieza de madera o plástico que cuenta con una punta fina y redondeada de metal muy resistente. Sirve para marcar los puntos o signos en el papel colocado en la pauta.

El niño invidente

La primera desventaja observada en niños ciegos de nacimiento no se relaciona con su imposibilidad de ver, sino con la dificultad que representa para sus padres el poder establecer con ellos la relación emocional positiva que tanto necesitarán para adaptarse a su incapacidad y desarrollarse de manera normal. Y es que desde los primeros meses de vida, la mirada no solo es el principal receptor de la información del entorno; de hecho constituye uno de los canales más importantes para la comunicación del niño con sus padres, quienes se sienten desorientados al no saber qué hacer en este caso. (Patton, 1996.)

ALGO MÁS

La máquina para escribir Braille consta de un teclado de nueve piezas con los puntos Braille, espaciador, retroceso y cambio de línea. El papel se recoge en un rodillo y puesto que el punzón marca hacia afuera es posible ir leyendo lo escrito. La **optación** es un aparato cuya avanzada tecnología permite traducir la escritura ordinaria en señales vibratorias que el tacto percibe, analiza e interpreta.

El niño invidente percibe de manera distinta el mundo que nos rodea, puesto que la información que recibe es secuencial y fragmentada. Además utiliza un lenguaje formado por señales específicas fuera del código habitual empleado por el niño vidente, el cual deberá ser interpretado correctamente por los padres. De aquí la necesidad de que recurran a un especialista que se encargue de orientarlos a partir del descubrimiento del problema y que haga un seguimiento de su evolución.

La ceguera no debe tomarse como un obstáculo insuperable, ni pensar que condena al fracaso a quien la padece; es una dificultad importante, ya que el niño ciego no recibe una información amplia

y globalizada, base de muchos conocimientos intuitivos en el vidente y por otra parte los avances tecnológicos se centran en la vista olvidando el valor y de los sentidos, su camino potencialidades para lograr los aprendizajes podrá ser más largo, más lento o más difícil, pero el resultado final no tiene que ser distinto al alcanzado por cualquier niño que vea normalmente.

Dentro de la lecto-escritura, el acceso directo a la comunicación y la cultura está asegurado por el sistema creado por **Louis Braille** y por los instrumentos, materiales e incluso máquinas y dispositivos que lo complementan. En los que se refiere al cálculo sus bases son las mismas que las utilizadas para el niño normal; la diferencia radica en el material empleado, el cual va desde el uso de las cajas de aritmética (con figuras de números y signos básicos que se colocan en un tablero) y el ábaco, hasta la máquina de escribir y la calculadora parlante. La enseñanza de la geometría plana está apoyada por diversos materiales al igual que la geometría del espacio, donde se utilizan cuerpos geométricos, puesto que la representación tridimensional sobre el plano es de difícil interpretación para un niño ciego. (Johnson, 1995.)

El dibujo puede realizarse con la pizarra de goma o el tablero de madera forrado de tela. En ambos casos se dibuja con punzón o incluso bolígrafo, sobre papel especial. Como en la escritura, se obtienen figuras en relieve. Para las ciencias naturales es imprescindible el contacto directo con la naturaleza y con las cosas; se pueden usar además colecciones de láminas en relieve y aparatos adaptados para invidentes, como termómetros, alanzas, etcétera. De igual forma ocurre con la geografía donde los mapas en relieve son un excelente auxiliar. La historia y el civismo no ofrecerán problemas si el niño domina la lecto-escritura. En el lenguaje conviene que el vocabulario que se adquiera tenga un significado real para el escolar; también es necesario que practique la lectura directa de textos para asegurar una ortografía correcta. ALFABETO BRAILLE (Johnson, 1995.)

Percepción visual y el aprendizaje

Son cinco los aspectos de la percepción visual que influyen directamente en la capacidad de aprendizaje del niño:

- **Coordinación visomotriz**

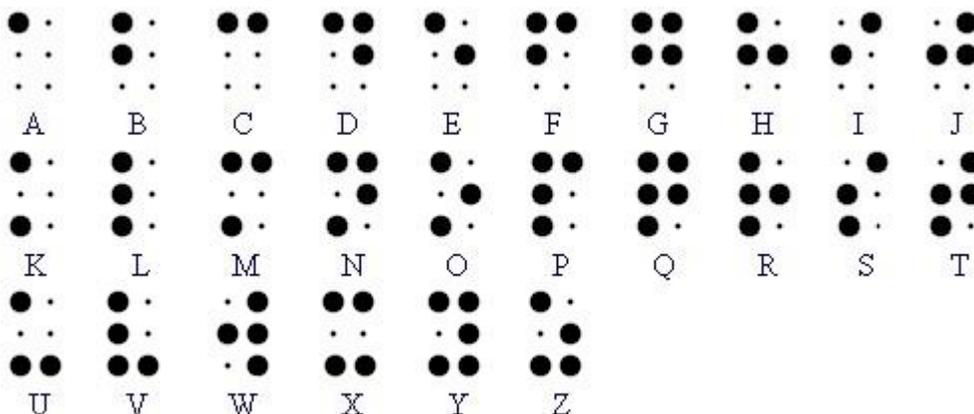
Es la capacidad de coordinar la visión con el movimiento del cuerpo o de sus partes: al coger cualquier cosa, la vista guía a las manos: al correr y saltar, la vista guía los movimientos de los pies. Una mala coordinación dificulta el dominio espacial, tanto en los movimientos corporales como en la ejecución de trazos. Para que el niño adquiriera una buena coordinación visomotriz, previamente deberá poseer el dominio de su esquema corporal, lo cual se dificulta si padece algún deterioro visual. (Patton, 1996.)

- **Percepción figura-fondo**

Consiste en la capacidad de seleccionar correctamente los estímulos que nos interesan e ignorar aquellos que carecen de importancia: la figura debe destacar y convertirse en el centro de la atención. El niño con poca percepción figura-fondo es desorganizado, desatento, descuidado en sus trabajos, omite partes, es incapaz de seleccionar detalles importantes o encontrar una sección determinada de un texto, tiene dificultad para descartar los estímulos que no le interesan y se distrae fácilmente. (Patton, 1996.)

- **Constancia perceptual**

Se refiere a la posibilidad de percibir que un objeto tiene propiedades invariables (forma, posición y tamaño específicos) aunque la imagen se presente desde ángulos, distancias, colores, o tamaños diferentes. Una



buena constancia perceptual favorece la capacidad de generalizar, característica que a menudo no presentan los débiles visuales. (Patton, 1996.)

- **Percepción de posición en el espacio**

El observador es, espacialmente, el centro del propio mundo. Los objetos están delante, detrás, arriba, abajo, al lado o enfrente de él. En cambio, el débil visual tiene su mundo deformado, distorsionado. Le es difícil ver los objetos o símbolos escritos en relación correcta consigo mismo y esto lo confunde. (Johnson, 1995.)

- **Percepción de las relaciones espaciales**

Se entiende como la incapacidad de percibir la posición de dos o más objetos en relación a uno mismo, y de unos objetos respecto a otros. Este aspecto es una consecuencia del anterior y ofrece las mismas dificultades para los débiles visuales. (Johnson, 1995.)

RECOMENDACIONES

- Es importante ubicar a los alumnos en lugares que les permitan aprovechar al máximo la visión residual que posean y donde no existan reflejos solares ni de iluminación que los deslumbren.
- Se debe reducir al máximo el uso de materiales visuales, o en su caso tendrán que describirse por completo.
- No se debe hablar rápido cuando haya alumnos tomando notas en Braille.
- Se debe evitar el empleo de materiales de poco contraste.
- Es recomendable permitir el descanso a los escolares con deterioro visual, ya que sus ojos se fatigan más rápidamente que los de vista normal.
- Si se utilizan materiales escritos, prefiera los de tamaño grande, inscritos con marcadores gruesos que contrasten con el color del papel.
- Se debe sugerir al escolar con deficiencia visual que grabe las lecciones.

Deterioro auditivo

El deterioro auditivo consiste en una incapacidad para la audición cuya gravedad puede oscilar entre leve y profunda. Como en el caso del deterioro visual, comprende dos grupos: el de los sordos o **acúxicos**, cuya incapacidad no les permite procesar satisfactoriamente la información lingüística y la relacionada con los sonidos ambientales (aunque utilice prótesis auditiva) y el de las personas con problemas auditivos o **hipoacúxicos**, que gracias al uso de un aparato de sordera y por poseer suficiente audición residual, pueden procesar la información que reciben. (Patton, 1996.)

Uno de los problemas que comúnmente se presentan en relación con éste tipo de trastornos es el retraso en su detección. Existen en nuestras escuelas muchos niños afectados por **sorderas medias y ligeras** que no siguen ningún tratamiento específico. Al respecto, las observaciones del maestro son muy valiosas. La conducta de esos escolares que se muestran inestables, desatentos, que no siguen de forma continuada las actividades de la clase, que no terminan sus trabajos o que presentan un notorio retraso en el lenguaje, puede tener su origen en un déficit auditivo que les exige un mayor esfuerzo para comprender lo que se habla en el aula. Es esencial que se detecte tempranamente a los niños con este padecimiento, a fin de que se les empiece a entrenar en audición y habla antes de que su escaso contacto con el lenguaje provoque una pérdida más grave. Si un niño recibe más experiencias auditivas y lingüísticas concretas se enriquecerá su caudal de información y mejorará su desarrollo intelectual y social. Para esto es muy importante la participación y el apoyo de los padres. Los niños con deterioro auditivo requieren de actividades que favorezcan su desarrollo conceptual, tales como las comparaciones de tamaños, formas y colores de objetos, cuya utilidad consiste en aumentar sus probabilidades de tener experiencias variadas y novedosas que permitan el **desarrollo del pensamiento divergente** y la **evaluación**, áreas de la inteligencia que se ven más afectadas por estos trastornos. Otro aspecto a considerar es el hecho de que estos niños no pueden comunicar con facilidad sus sentimientos de aislamiento, rechazo y frustración; por eso se deben aumentar sus contactos con los demás para ayudar a que forjen sanas relaciones sociales interpersonales, donde se establezca una adecuada comunicación; pues en gran medida sus logros particulares y sociales dependen de que las demás personas, como individuos y sociedad, acepten sus diferencias. Sería incorrecto afirmar que los niños con deterioro auditivo son iguales a los demás. Esto no es así. Es más, un deterioro auditivo puede dar lugar a problemas de la percepción, del habla, de la comunicación, cognoscitivos, sociales, emocionales, de aprendizaje, intelectuales y vocacionales. Por otro lado, a

veces son juzgados equivocadamente como retrasados mentales, por las conductas que manifiestan, tales como el no responder allanárseles, no reaccionar ante ruidos muy fuertes, emitir vocalizaciones extrañas y presentar dificultades de equilibrio, entre otras. (Patton, 1996.)

Los trastornos auditivos y el Aprendizaje

Hasta el momento ningún estudio realizado ha puesto de manifiesto que el niño sordo construya los conocimientos de manera distinta a como lo hace el oyente. Sin embargo, su desarrollo se ve afectado por múltiples factores. Algunos especialistas consideran que existe una repercusión directa del **déficit lingüístico** en el desarrollo intelectual. Otros, asumen que el retraso que presenta se debe a una falta de estímulos y de experiencia social. (Patton, 1996.)

Un niño con incapacidad auditiva tiene dificultad para seguir las conversaciones de los demás. La radio y parcialmente la televisión le son vedadas, la información que recibe es reducida y además están las presiones ejercidas por quienes le rodean y que le exigen corrección en su expresión. ¿Cómo ayudarlo? Estableciendo relaciones menos rígidas, donde pueda argumentar y en las que se vea obligado a tener en cuenta los puntos de vista de los demás, aunque su expresión lingüística no sea correcta. Esto seguramente desarrollará su capacidad para comprender distintas perspectivas con mayor rapidez. De la misma forma, las informaciones expresadas en formas lingüísticas difíciles de entender por el niño, deben ir acompañadas de complementos visuales y experienciales facilitando su progreso en la elaboración de conceptos. Los progresos de la expresión oral están ligados con su comprensión del lenguaje oral, sus capacidades de lectura labial y las condiciones favorables que ofrecen sus interlocutores oyentes para hacerse comprender; es por ello que es muy recomendable que tanto maestros como padres conozcan las limitaciones de la sordera y la manera más efectiva de comunicarse con el niño. Debe existir una interrelación constante entre la educación auditiva, la lectura labial y la emisión oral del niño.

Es importante en cada caso y en cada momento establecer un vínculo entre las necesidades comunicativas del niño y la motivación de la utilización del lenguaje oral apoyado con gestos para su mayor enriquecimiento. Asimismo, es necesario que el niño aplique sus capacidades lógicas para el dominio de las

reglas del lenguaje, diferenciando, por ejemplo, palabras que representan seres y objetos, de las que representan acciones. También se debe tener en cuenta que las situaciones de aprendizaje deben ser placenteras, estimulando al niño a entender y ser comprendido. Las más propicias son el juego simbólico, la lectura de cuentos de imágenes y las actividades de expresión corporal. Por último, no hay que olvidar la conveniencia de que las palabras estén en un contexto lingüístico correcto, dentro de oraciones simples, pero usuales y adecuadas. Si bien los avances realizados en el conocimiento del niño con deterioro auditivo son alentadores, queda mucho por hacer, sobre todo en el renglón de la lengua escrita. Se hace necesaria una revisión de los programas educativos para los niños sordos y sus metodologías buscando su optimización, lo mismo que la adecuación y control regular de las prótesis auditivas o aparatos de sordera, para que se empleen de manera Coordinada con la evaluación de los programas de educación del lenguaje. (Patton, 1996.)

El lenguaje oral y el niño sordo

Son tres los tipos de actividades básicas precursoras del lenguaje oral: la **ejercitación fonética** (sonido de las letras) y la adquisición de las características del habla, las **bases comunicativas** del lenguaje oral y los **prerrequisitos simbólicos** del mismo. El bebé sordo desarrolla los tres tipos de manera distinta a como lo hace el oyente. Las actividades más claramente afectadas son las de ejercitación de los sonidos del habla. (Patton, 1996.)

A los seis meses, el bebé deja de emitir nuevos sonidos y no imita algunos aspectos de entonación del habla del entorno. Si no se le proporciona una estimulación adecuada, el abismo sordo-oyente será cada vez más grande. Durante el primer año de vida es muy importante la intervención del especialista en trastornos de la audición y del lenguaje. En primer lugar tendrá que completar el diagnóstico inicial realizado por el audiólogo para determinar el tipo de prótesis auditiva que requerirá, cuya oportuna aplicación junto con una adecuada estimulación temprana ayudarán a que el niño no interrumpa sus **oralizaciones**, adquiriendo los **fonemas** y elementos **prosódicos** del habla.

El estímulo para utilizar la voz se fundamenta en estar consciente de las vibraciones propias que produce y del efecto que causa en el entorno. Comprender la funcionalidad comunicativa de las emisiones orales y la verificación de los efectos que producen en sus

interlocutores (aprendiendo a leer sus respuestas verbales y no verbales) son las bases del lenguaje oral en el niño sordo.

En los casos de sordera profunda y severa, la prótesis auditiva (aparato de sordera), aunque de gran ayuda, no permite al niño afectado el acceso al mundo sonoro y al universo de sus significados. La percepción multi sensorial, vibrátil, táctil y visual compensará la información no recibida auditivamente. (Patton, 1996.)

Inestabilidad psicomotriz

Consiste en una incapacidad del niño para **inhibir** o detener sus movimientos y su emotividad, más allá del periodo normal de **oposición** o inconformidad por alguna situación. Asume dos formas: una en la que predominan los trastornos motores, particularmente la hiperactividad y los defectos de coordinación motriz, y la otra, donde se muestra con retraso afectivo y modificaciones de la expresión psicomotriz. (Patton, 1996.)

En ambas aparecen trastornos perceptivos del lenguaje (lecto-escritura alterada), problemas emocionales y del carácter, y las dos se manifiestan por la vía psicomotriz.

El niño inestable presenta características psicomotrices propias en las que destaca visiblemente su constante y desordenada agitación. Es impulsivo para actuar y esto recrea dificultades en la coordinación y eficiencia motriz.

A estos problemas suelen agregarse diversas alteraciones como tics, sin cinesias, tartamudeos y otros problemas del lenguaje. Desde el punto de vista psicológico es notable su gran dispersión y su inestabilidad emocional, las cuales pueden ser causadas por alteraciones de la organización, de la personalidad en su edad temprana, así como la influencia de un medio socio familiar inseguro o desequilibrado. Esto lo convierte en el escolar problemático y mal adaptado. Su constante dispersión e hiperactividad no le permiten un interés verdadero por las tareas escolares, obteniendo bajos rendimientos que alimentan su desinterés y su rechazo por los aprendizajes. (Patton, 1996.)

La reeducación psicomotriz está indicada especialmente para tratar la inestabilidad psicomotriz, teniendo en cuenta las características particulares de cada caso y desde luego, dentro de un marco de atención y sensibilización del entorno familiar y escolar.

¿SABÍA USTED...?

El niño inestable se mueve constantemente, lo toca y lo coge todo sin interesarse por algo concreto. Su actividad es desordenada y su atención se dispersa con gran facilidad. Se muestra incapaz de un esfuerzo constante ante situaciones que exigen control y organización. Es terco sin agresividad y fácilmente influenciado. Emocionalmente es irregular y su humor va desde la alegría tensa a la depresión del aburrimiento. Sus relaciones con los demás a menudo se tornan difíciles.

Retraso mental

Tomando en cuenta los rangos establecidos y las características que presentan los afectados por este trastorno, se puede pronosticar que los niños con **retraso mental leve** serán **educables** y desarrollarán la mitad o las tres cuartas partes de lo esperado en un niño normal. (Patton, 1996.)

Se beneficiarán en muchos aspectos con el estudio académico tradicional y cuando sean adultos podrán vivir en forma independiente, obtener empleo y tener capacidad lectora y habilidades de escritura funcionales.

Los afectados con **retraso mental moderado** son **entrenables** y desarrollan de una tercera parte a la mitad de lo que se espera en el niño normal. No requieren cuidado o atención custodial, pero sí una supervisión continua y respaldo económico. Su capacidad les permitirá auto ayudarse en ambientes protegidos y aprender a leer algunas palabras. (Patton, 1996.)

Quienes sufren de **retraso mental severo y profundo** cuando más desarrollarán una tercera parte de lo superado por el niño normal. Su dependencia económica será total, salvo en casos excepcionales. Pueden tener déficit para darse cuenta de lo que sucede, en la postura y en la adaptación social. Sólo algunos tendrán habilidades mínimas para vestirse y alimentarse. (Patton, 1996.)

El retraso mental es la expresión sintomática de una enfermedad neurológica que generalmente estuvo activa durante el tiempo de la **gestación** o el **periodo perinatal**, o incluso, aunque menos frecuentemente, durante la niñez. Su proceso patológico, sobre todo en el retraso mental severo y profundo, afecta al sistema nervioso, no sólo en las funciones cognitivas y conductuales, sino también produciendo trastornos motores, del habla y del lenguaje, convulsiones y dificultades sensorio-perceptivas. (Patton, 1996.)

Este trastorno ha sido definido como un funcionamiento intelectual significativamente inferior que el promedio, que existe en forma concurrente en limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, uso comunitario, autodirección, salud y seguridad, áreas académicas funcionales, recreación y trabajo.

Más concretamente se puede precisar como una conducta intelectual y de adaptación social considerablemente menor al promedio, evidente antes de los 18 años. El retraso mental puede deberse a múltiples factores; entre los más comunes se encuentran los que actúan sobre el desarrollo embrionario, como las infecciones intrauterinas: rubéola, virus citomegálico, toxoplasmosis, sífilis; la exposición de la madre a la radiación, alcoholismo materno, drogadicción e ingestión de diversos fármacos, exposición materna a sustancias tóxicas como plomo y mercurio, problemas metabólicos endocrinos de la madre, como la diabetes y la disfunción tiroidea.

Dentro de las causas genéticas se encuentran las anomalías cromosómicas, como la trisomía 21 (mongolismo) y el cromosoma X frágil; los

factores hereditarios, metabolopatías y esclerosis tuberosa. El **síndrome de Down**, es originado por la presencia de un cromosoma extra, y al parecer no es hereditario; los niños con síndrome de Down varían en inteligencia desde un retraso muy severo hasta ser casi normales. En el **periodo perinatal**, los factores que afectan al feto durante los dos últimos trimestres o al recién nacido pueden ser la desnutrición fetal, lo prematuro, la encefalopatía hipóxico-isquémica, la hemorragia intracraneal y el trauma obstétrico. En el **postnatal**, las causas se localizan en infecciones como la encefalitis y la meningitis, los traumas cráneo-encefálicos, las intoxicaciones por plomo, el paro respiratorio y la hipoxia o ahogamiento por inmersión. (Patton, 1996.)

El niño con el retraso mental presenta con mayor frecuencia trastornos de conducta, que los observados en los demás niños. Tiene dificultades en la atención, hiperactividad, impulsividad, conductas obsesivas, reacciones explosivas, actividades motoras repetitivas, estereotipadas y sin objetivo definido, juegos estereotipados búsqueda inusual de experiencias sensoriales.

El manejo terapéutico integral debe cubrir varios aspectos: el **consejo genético** se utiliza en algunas patologías; el **tratamiento médico** o **quirúrgico** específico se emplea en la hidrocefalia y en la fenilcetonuria; para el control de crisis convulsivas, trastornos de la atención e hiperactividad, reacciones depresivas, trastornos del sueño enuresis (emisión involuntaria de orina), trastornos de conducta, reacciones psicóticas y otra sintomatología relacionada, se emplea un **tratamiento farmacológico**. (Johnson, 1995.)

Las técnicas **habilitadoras** para el desarrollo de conductas de adaptación e integración al ambiente, como las de comunicación verbal oral y escrita, de actividades diarias de la vida, de socialización y de destreza motoras y finas, así como la **psicoterapia**, aplicada en la modificación de conductas anormales, complementan el manejo terapéutico que debe llevarse a cabo en la atención del retraso mental. (Johnson, 1995.)

ALGO MÁS...

De acuerdo a los rangos de retraso mental, las características de los individuos con retraso mental son las siguientes:

- **Leve.** Preescolar: desarrolla aptitudes sociales y comunicativas; el retraso sensorio motriz es mínimo. Escolar: posiblemente llegará al 6° grado con un retraso de 3 años; presenta conformidad social y aceptación. Puede ser educado.
- **Moderado.** Preescolar: puede hablar o comunicarse, su conciencia social es deficiente, el desarrollo motriz es normal, requiere supervisión moderada, puede capacitarse para la autoayuda. Escolar: es poco probable que vaya más allá del 2° grado, puede capacitarse en habilidades sociales y ocupacionales. Puede manejarse solo en lugares familiares.
- **Severo.** Preescolar: habla mínima, desarrollo motriz deficiente, generalmente no tiene resultados la capacitación para autoayuda. Escolar: puede llegar a hablar o aprender a comunicarse y capacitarse en higiene Básica y otros hábitos de cuidado personal.
- **Profundo.** Preescolar: mínimo funcionamiento sensorio motriz, la guardería es necesaria. Escolar: alcanza cierto desarrollo motriz y puede llegar a obtener capacitación limitada para la autoayuda.

Trastornos de la memoria

La **memoria** es el conjunto de respuesta especializadas precedidas por un aprendizaje, que después de haber sido interpretadas pueden utilizarse apropiadamente dentro de una situación ya conocida o bien, sujeta a reglas específicas. (Patton, 1996.)

Piaget considera a la memoria como un fenómeno **evolutivo** que incluye: el **reconocimiento** basado en esquemas **perceptivos** y **sensomotores**; la

reconstrucción de la realidad, dependiente de la asimilación y comprensión del sujeto, y la **evocación**, apoyada por imágenes mentales, de situaciones y acontecimientos pasados.

Como consecuencia de lo anterior, entre los trastornos de la memoria están la dificultad de asimilar, almacenar y recuperar la **información**, y es posible que esta problemática esté relacionada con los procesos visuales, auditivos y otros, implicados en el aprendizaje; por lo tanto, se puede hablar de trastornos de la memoria visual, auditiva, etcétera. La carencia de la **memoria auditiva** origina incapacidad para reproducir patrones rítmicos o de secuencias en cantidades, palabras, oraciones. Una **memoria visual** insuficiente puede provocar la imposibilidad de visualizar letras, palabras y formas. (Patton, 1996.)

La memoria está estrechamente ligada a la **atención** del niño, la **mediación** o reconocimiento de semejanzas y diferencias en materiales nuevos o ya conocidos, la importancia del nuevo material para el niño, el **sobreaprendizaje** o práctica libre de errores para facilitar la retención, y la **interferencia** u olvido. La memoria tiene la gran influencia en todo el ámbito del aprendizaje, ya que es indispensable para el desarrollo del habla y lenguaje, lo mismo que para leer, calcular y escribir; y su deterioro ocasiona fracasos escolares, deficiencias perceptuales, trastornos simbólicos u otros problemas de aprendizaje.

Estimulación temprana

Las investigaciones más recientes sugieren que el ritmo de aprendizaje es aproximadamente paralelo al crecimiento físico del niño. Esto es, que el aprendizaje es muy rápido en los 2 primeros años de vida, un poco más lento los siguientes 4, y a partir de este momento, el ritmo baja hasta estabilizarse. Para después seguir bajando.

Al respecto, se afirma que a los 4 años los niños han desarrollado el 50 por ciento de su capacidad intelectual total, y a los 8, el 80 por ciento. Incluso si se mejora el ambiente de un niño durante sus primeros años, también mejora en mucho su capacidad para desarrollarse intelectual y socialmente en una edad mayor.

Actualmente, para asegurar un buen rendimiento escolar se considera necesario tener bases firmes adquiridas en los años de la niñez temprana. Burton White, de Harvard, concluye en uno de sus estudios, que el periodo que se inicia

a los 8 meses y finaliza a los 3 años es trascendental para el desarrollo de la **inteligencia humana** y las **habilidades sociales**.

Además, la **estimulación temprana** es imprescindible para todos los niños, en particular para aquellos que sufren incapacidades físicas, emocionales, mentales o sociales y es un gran error esperar hasta los 6 años para proporcionarles atención. Algunos pueden requerir programas al poco tiempo de haber nacido. Por ello, se debe localizar e identificar niños discapacitados en la etapa preescolar, cuando muy tarde.

Sin embargo, paralelamente ha surgido el problema de los padres que se esfuerzan por crear "súper bebés" y los centros escolares mal concebidos que pueden perjudicar más que beneficiar a los lactantes y maternales puestos a su cuidado por esos padres entusiastas, a quienes se ha llegado a advertir que si los niños pequeños sienten demasiada presión desde una edad muy temprana, pueden caer en un estado de depresión.

Trastornos de la articulación

Este tipo de trastornos se caracterizan por las dificultades que tiene el niño para articular o producir correctamente uno o más de los sonidos o **fonemas** que integran el habla. Generalmente se identifica hasta después de los 5 años, ya que antes, la incorrecta articulación de sonidos como **s** o **r**, se considera dentro de los límites normales del desarrollo del lenguaje. El problema se detecta cuando se observan alteraciones más generalizadas en la producción de fonemas o cuando éstas se dan con los sonidos de las letras **m, n, p, t, c, ch, f, z, j**, que no ofrecen mayores problemas. (Patton, 1996.)

Las instituciones educativas desempeñan un papel importante en el aprendizaje y la consolidación del sistema fonológico de los niños de preescolar, por medio de la introducción de actividades en las que se trabaja la discriminación **percepto-auditiva** y se estimula el funcionamiento de los órganos de la fonación, tales como los movimientos y chasquidos de la lengua, aspirar y espirar aire, soplar e imitar ruidos con los labios y con la lengua.

Estas actividades facilitan las **destrezas motrices** relacionadas con la articulación de los fonemas y movilizan el interés de los niños hacia la **percepción auditiva**, centrando su atención en el material fonético y

aprendiendo a discriminar entre ruidos y sonidos. Son tres los tipos básicos de la articulación:

- **Disartrias.** La existencia de una lesión del sistema nervioso origina un trastorno en el tono y en los músculos que intervienen en la producción de sonidos. (Patton, 1996.)
- **Disglosias.** Por alteraciones orgánicas y malformaciones en los **órganos periféricos** del habla (labio leporino, paladar en forma de ojiva, frenillo corto e impostación defectuosa de los dientes), los niños no pueden articular correctamente los fonemas, por ejemplo: un paladar muy alto ofrece dificultades para articular el sonido de la **r**, puesto que la punta de la lengua no establece contacto con el paladar y no existe el punto de apoyo indispensable. (Patton, 1996.)
- **Dislalias.** Son alteraciones producidas por un mal aprendizaje del habla cuyo origen se debe a causas orgánicas o fisiológicas. Se les conoce también como **dislalias audiógenas o dislalias funcionales**. Las dislalias pueden ser sensoriales o motoras. La **dislalia sensorial** se caracteriza por fallas en la discriminación auditiva, sin la presencia de un déficit auditivo. Los niños articulan mal los sonidos porque los perciben mal. En las **dislalias motoras** la causa se localiza en la dificultad o falta de destreza para coordinar los movimientos que intervienen en la producción de determinados sonidos, sin que para ello tenga que existir una afección motora. (Patton, 1996.)

Se manifiestan por sustitución, alteración y omisión de sonidos consonánticos: cado por carro, aba por agua y peota por pelota; así como por alteraciones silábicas. Cuando las irregularidades en la pronunciación se deben a inmadurez psicomotora o debilidad del aparato auditivo (confusión de **b-p, t-d, f-v**), la dislalia se conoce como **disartria**.

Las alteraciones en la articulación pueden ser fonéticas o fonológicas; estas últimas son difíciles de corregir debido a que se encuentra afectado todo el sistema fonológico, mientras que en las fonéticas las dificultades se reducen exclusivamente a uno o más fonemas. De cualquier modo es necesario que el niño sea atendido por un terapeuta del habla y del lenguaje que se haga cargo del problema; de preferencia, antes de iniciar el aprendizaje de la lengua escrita, por la repercusión que este tipo de situación tiene en dicho aprendizaje.

La dislexia

La lectura y la escritura son actividades en las que participan varios sistemas **motores** y **perceptuales visuales**, así como habilidades **lingüísticas** y **simbólicas**. Si se presenta alguna alteración en cualquiera de estos elementos, también puede presentarse un **déficit** del lenguaje escrito. Estos trastornos son de carácter adquirido o bien, debidos a un desarrollo insuficiente en el aprendizaje de la lectoescritura. (Patton, 1996.)

El aprendizaje de la lengua escrita en sus dos facetas, la lectura y la escritura, ocupan un lugar fundamental dentro de los primeros años de escolaridad, puesto que constituye, al lado del de las matemáticas, la base de los futuros aprendizajes escolares; lo que explica la gran preocupación de maestros y padres de familia ante las dificultades que pudieran surgir.

Uno de estos trastornos, enfocado a la dificultad en el aprendizaje de la lectura, es la **dislexia**, la cual está definida como un déficit en la capacidad para leer y obtener significado de la palabra escrita.

El niño disléxico es un niño de inteligencia normal y que ha seguido una escolaridad normal; puede ser incluso un niño vivaz e inteligente, que obtiene resultados inferiores en el dominio de la lecto-escritura en relación con las otras asignaturas escolares, pero que se diferencia de los otros niños por la cantidad y persistencia de los errores, especialmente las confusiones de tipo **fonético**.

La mirada de los niños disléxicos recorre la línea escrita de derecha a izquierda o de izquierda a derecha, indistintamente. La lectura oral es vacilante y **sincopada**, lee descifrando las sílabas y no respetan los signos de puntuación. A veces tiene problemas en la comprensión. Puede llegar a alcanzar un dominio de la lectura, pero permanece la lentitud y la falta de entonación, toda vez que no logran integrar los **automatismos** de la actividad **léxica**.

Claro está que las fallas a nivel de la lectura llegan a producirse en todos los niños durante el periodo de aprendizaje; pero cuando éstas persisten a partir de los 7 u8 años, se convierten en indicadores que deben tomarse en cuenta. La dislexia puede estar reflejando una lesión cerebral o un defecto en el desarrollo cerebral, en el caso de **lesión perinatal** o como resultado de una

influencia genética. Al igual que la disfasia, la dislexia se presenta preferentemente en los varones. (Patton, 1996.)

Dislexia adquirida Considerando la íntima relación entre el lenguaje hablado y el escrito, así como entre la lectura y la escritura, los trastornos disléxicos adquiridos pueden clasificarse en los siguientes **síndromes:** (Patton, 1996.)

- **Dislexia disfásica.** La dislexia se encuentra asociada a una **disfasia**, puesto que el trastorno de la lengua escrita en niños disfásicos es similar a las características de su lengua hablada y por lo tanto su lenguaje escrito es comparable al hablado. (Patton, 1996.)

Presenta **para grafías** (omisión, sustitución o alteración del orden de las letras en la palabra) y empleo de palabras gramaticales en ausencia de vocablos de contenido **semántico;** su expresión escrita y comprensión lectora son deficientes. Al leer en voz alta pueden presentar muchas dudas, omisiones, detenciones y especialmente, errores en la pronunciación de la palabra.

- **Dislexia con disgrafía.** Este tipo de dislexia casi siempre es severo, pues afecta letras, palabras y números. La comprensión lectora está muy disminuida y la **facilitación táctil** (trazado de letras con los dedos) y **fusión** niños con esta alteración son incapaces de entender las palabras que les deletrean; pueden formar letras, pero a veces tienen la capacidad para ensamblarlas en palabras. (Patton, 1996.)

La disgrafía se manifiesta por la dificultad en la escritura espontánea, el dictado y el copiado. El trastorno del **cálculo** frecuentemente es severo y puede llegar hasta la alteración del reconocimiento y lectura de números.

- **Dislexia sin disgrafía.** Los niños afectados por este trastorno sufren **dislexia verbal** (dificultad para leer las palabras), aunque su lectura de letras y números sea relativamente buena. Son capaces de leer por letra, pronunciando la palabra conforme avanzan. En ocasiones palpan o trazan las letras con el dedo. La escritura, pese a algunos errores ortográficos, es buena. El deletreo y reconocimiento de las palabras deletreadas es normal. En realidad este síndrome sólo afecta a la lectura. (Patton, 1996.)

¿SABÍA USTED...?

En casi todos los países ha quedado establecido que los niños deben saber leer entre los 6 y 7 años, considerando esta edad como óptima para realizar el aprendizaje; sin embargo, no se están tomando en cuenta las particularidades y características de la población infantil escolarizada. Los intereses, habilidades y motivaciones de niños y niñas de 5 y 6 años son muy diferentes, puesto que diferentes son, también, sus vivencias personales, su entorno social y afectivo, así como sus capacidades **cognoscitivas**, lo que determina que el niño pudiera estar listo para aprender a leer y escribir antes del término fijado o que llegaran a presentarse algunas dificultades en el aprendizaje dentro del periodo señalado como normal.

El niño autista

El autismo en su forma clásica es también conocido como **Síndrome de Kanner** y se presenta, aproximadamente, en 15 de cada 10 mil nacimientos; además, es cuatro veces más frecuente en niños que en niñas. Se localiza a nivel mundial, sin importar el grupo étnico o el nivel social de que se trate. Abarca distintos niveles de gravedad, que van desde el autismo con trastornos muy severos hasta aquel en donde éstos son relativamente leves. (Patton, 1996.)

Casi todos los especialistas están convencidos de que el autismo es un trastorno de origen biológico. Se ha demostrado que la intervención de factores tales como la rubéola, anomalías en el embarazo y parto, niveles anormales de ciertos neurotransmisores, irregularidades físicas leves, ondas cerebrales anormales y alteraciones estructurales en el hemisferio cerebral izquierdo, están íntimamente relacionados con la presencia de este grave problema. (Patton, 1996.)

Hasta el momento no se dispone de ningún tratamiento que haga que los niños autistas vuelvan a la normalidad. Con los métodos **conductuales** se han hecho algunos progresos, tales como enseñarles el lenguaje y otras habilidades de adaptación social, así como lograr disminuir ciertas conductas inadecuadas. En el renglón de los fármacos, se está experimentando con una sustancia denominada **fenfloramina**. Sin embargo, la realidad es que al interrumpirse el

tratamiento se deteriora nuevamente la conducta. Por otra parte, si se emplea un tratamiento conductual, éste requiere de gran habilidad y tiempo, además de la problemática que representa al mantener los avances logrados.

Sus manifestaciones básicas son:

- **Déficit para establecer relaciones sociales normales** El niño que sufre este trastorno se caracteriza por la incapacidad para relacionarse. El autista muestra una tendencia disminuida para interactuar con otras personas, tiene dificultades para darse cuenta de los pensamientos y sentimientos de quienes le rodean y en cambio, enfatiza detalles triviales. Parece indiferente ante la presencia de otros, aun sus mismos padres, dando la idea de que vive en un mundo privado. Por esta falta de sensibilidad emocional, se afirma que este trastorno es, en esencia, una alteración del contacto afectivo. (Patton, 1996.)

- **Trastornos del lenguaje** Se puede observar un retardo en la adquisición y desarrollo del lenguaje **proposicional**, que se refiere al vocabulario y el orden de las palabras en oraciones acordes a las reglas gramaticales, así como alteraciones en el lenguaje prosódico, en el empleo del contacto visual, expresión facial y mímica de la comunicación. Muchos autistas no hablan, y los que llegan a hacerlo, además de los trastornos citados, presentan **ecolalia** o repetición exacta de lo que dice otra persona, **inversión pronominal** al no emplear correctamente los pronombres, y escasa evidencia de habla o lenguaje espontáneo. Son capaces de memorizar construcciones verbales complejas y extensas, pero sus aprendizajes carecen de toda apreciación de contenido. (Patton, 1996.)

- **Conductas ritualistas y compulsivas** Los autistas experimentan un gran malestar si se modifican algunos aspectos de su ambiente, incluso por el cambio de un objeto o de sus juguetes fuera de su sitio habitual; sus actividades e intereses están restringidos; sus movimientos corporales son estereotipados: se llevan objetos a la boca, agitan brazos y manos durante largos periodos o se balancean de atrás para adelante; también muestran preocupación persistente por partes de objetos: los huelen repetidamente o dan vueltas insistentemente a una rueda; se obstinan en seguir rutinas con detalles precisos y en algunos casos reflejan una aparente insensibilidad al dolor o conductas autodestructivas.

Estas no son manifestaciones de Hiperactividad

- **Hipermotilidad.** Algunos niños vienen marcados genéticamente con un alto nivel de actividad. Se muestran inquietos, se mueven, están en constante actividad debido a la ansiedad, pero sus movimientos están dirigidos a una meta. Son adaptativos y sus manifestaciones motoras están directamente relacionadas con situaciones específicas. (Patton, 1996.)

- **Impulsividad.** Hay conductas impulsivas provocadas por emociones intensas y que se manifiestan en situaciones determinadas. Tampoco es raro que algún niño privado culturalmente actúe de manera impulsiva por las normas sociales que posee. (Patton, 1996.)

- **Distractibilidad y tiempo de atención corto.** La falta de atención es común en niños sin motivación o pasivos que muestran signos de aburrimiento porque las tareas que deben realizar son demasiado fáciles, muy difíciles o incluso, inaceptables. También pueden vagar los pensamientos o sentimientos en los niños ansiosos, obsesivos o con trastornos del pensamiento. (Patton, 1996.)

- **Rabietas.** Pueden ser manifestaciones de mala conducta, de manipulación o de agresión no social de un niño que le falta control paterno afectivo; o expresiones de coraje o ira, si acaso tiene tendencias **paranoides**. Conducta manipuladora y tendencia a ser el centro de atención. Debe distinguirse entre el niño irritable malcriado debido a procedimientos **disciplinarios** defectuosos y el niño cuyas conductas se deben a la **sobreprotección**, una forma de actuar más fácil para los padres que establecer marcos de referencia disciplinarios efectivos. Los niños que se desarrollan en este ambiente aprenden a ejercer control por medio de una manipulación muy parecida a la que utiliza el hiperactivo. Los que proceden de hogares desorganizados o despersonalizados, demandan constantemente la atención directa del maestro. (Patton, 1996.)

Depresión y ansiedad infantil

El término **depresión** puede indicar una amplia gama de situaciones que van desde un ánimo temporalmente decaído, hasta cierta disposición grave y crónica que se caracteriza por estados de autodestrucción y muerte. Se estima que el 28 por ciento de los niños enviados a clínicas padecen este trastorno. Las características asociadas con la depresión entran en dos categorías: las **físicas**,

que se manifiestan por falta de apetito o pérdida de peso, o por el contrario, demasiado apetito y aumento de peso, poca energía, fatiga, cansancio, dificultad para concentrarse o pensar e irregularidades en el sueño; y las **conductuales**, que incluye la melancolía, tristeza, desamparo, actitud sombría, desconsuelo o irritabilidad. Otros síntomas conductuales son apatía, falta de interés por actividades que antes se disfrutaban, llanto excesivo y frecuente, autoevaluación, autor reproches, aprensión, bajo rendimiento escolar, sentimientos exagerados de culpa, hablar de muerte o suicidio, intentos suicidas, aislamiento social, falta de **reactividad** (nada parece elevar el ánimo del niño) y problemas **psicomotores**. (Patton, 1996.)

Los problemas psicomotores contemplan dos tipos o puntos de conducta: **retardo psicomotor** y **agitación psicomotora**. En el primero, la conducta y los procesos del pensamiento se tornan lentos; el niño tarda demasiado en responder preguntas, su habla es muy acompasada y presenta una exagerada lentitud en toda la actividad motora. La agitación psicomotora se caracteriza por intranquilidad, agitación y altos niveles de actividad.

La depresión se asocia con deseos e ideas suicidas. Aun los niños de 5 años pueden comportarse de manera que voluntariamente los llevan a la muerte. El especialista no debe pasar por alto las tendencias suicidas en niños con depresión. Cualquier alusión al respecto debe tomarse en serio y buscar de inmediato ayuda profesional.

Los padres y los problemas de aprendizaje

Tener un hijo con problemas de aprendizaje puede llegar a ser angustiante para cualquier padre, no solo en el momento en que se dé cuenta del trastorno, sino a todo lo largo del crecimiento del niño y aún después. Lo anterior es una justificación más que suficiente para que los padres de un escolar con este tipo de problemas se preparen adecuadamente e intervengan en algún programa educativo-correctivo diseñado para su hijo.

El tiempo en que el médico, el psicólogo o el maestro aconsejaban a los padres esperar para ver si el niño superaba su problema por sí solo, ha quedado muy atrás.

El impacto de la conducta de éstos es tan profundo que no sólo influye en la inteligencia sino que incluso afecta el ritmo de los progresos euro motores que van presentándose en el infante. Existen padres que se percatan tempranamente de que algo malo le ocurre a su hijo y deciden actuar de inmediato, pero otros encuentran muy difícil aceptar que padece algún tipo de incapacidad. Esta actitud negativa se convierte frecuentemente en la causa de que el niño no reciba la atención necesaria durante los primeros años, cuando es mayor la deficiencia de las medidas correctivas.

Por ello, es imperioso un cambio en la actitud paterna y que estos se procuren la mayor información sobre este aspecto; sobre todo porque si hay algunos trastornos muy evidentes, hay otros más sutiles y difíciles de detectar.

Casi siempre pasan inadvertidos ciertos atrasos o desviaciones del desarrollo infantil debido a que los progenitores carecen de los conocimientos básicos y hasta de oportunidades para comparar su progreso con el de otros niños. Además, aquellos pocos que pueden detectar con facilidad ciertos trastornos en otros niños, tal vez pasen por alto en su propio hijo alguna cojera, un retraso en el habla o un deterioro visual ligero.

La actualización del maestro ante un problema de aprendizaje

Cada día recibimos en nuestras escuela niños con diferentes tipos de necesidades que, como docentes, no podemos ignorar y debemos de atender de la mejor manera posible para compensarla y conseguir así que todos nuestros alumnos desarrollen al máximo sus potencialidades, no podemos ni debemos cerrar los ojos ante una realidad tan abrumadora y nuestra responsabilidad como profesionales del campo de la educación es la de fomentar el descubrimiento y uso de todas las capacidades del alumno y conseguir el desarrollo integral de todos los niños independientemente de todas sus aptitudes.

Es, por tanto, estrictamente necesario concienciar a los docentes del ámbito infantil de lo significativo que es detectar las necesidades de los alumnos lo antes posible para así informar a las familias y a los especialistas oportunos y

entre todos trazar un plan educativo que favorezca al niño desde el minuto cero. No llevar este proceso a cabo puede ser crucial para el alumno puesto que en los primeros años de vida la plasticidad neuronal es mayor que cualquier estímulo que reciba es procesado es mejor y con mayor rapidez que con el paso de los años. Si esto no se da a una edad temprana el alumno pierde un tiempo valioso para su desarrollo y el daño en su capacidad aprendizaje puede ser irreversible.

Como docentes necesitamos urgentemente dominar el ámbito de la detección e intervención educativa, muchas veces los niños con necesidades de aprendizaje pasan desapercibidos en las aulas y se les adjudica de inmaduros, despistados, traviosos. Por ellos pueden quedar relegados del grupo clase y van repitiendo o pasando de curso llenos de suspensos hasta desmotivarse totalmente, y muchas veces, acaban dejando la escuela ordinaria.

El miedo a equivocarnos, el desconocimiento de los signos de alerta o instrumentos de detección las dudas sobre los pasos a dar y el protocolo a seguir ante un alumnos con necesidades educativas especiales, la ignorancia de los recursos que tenemos a nuestra disposición o del tipo de actuación educativa que debemos dar no debe cohibirnos a la hora de iniciar un proceso para compensar las dificultades del alumnos ya que sino no estaremos actuando como unos profesionales de la educación competentes y con valores profundos hacia el respeto a la diversidad.

El paralelismo de la teoría frente a la práctica me ha demostrado que como docentes de infantiles y futuros tutores de nuestros alumnos nos encontramos con una gran responsabilidad en nuestras manos porque somos las que más horas pasamos en la escuela con ellos, por la cual cosa disponemos de más momentos para captar los signos de alerta que nos hacen pensar que un alumno puede tener dificultades para seguir el ritmo cotidiano del aula. Por ello es imprescindible que conozcamos de primera mano los instrumentos de detección a nuestro alcance y no dudar en utilizarlos por falta de información sobre éstos.

En realidad muchos docentes desconocemos que métodos disponemos y como desarrollarlos, por tal motivo debemos tener a la mano una serie de documentación clara y concisa que nos ayude a saber que herramientas usar en el momento que surgen sospechas de que un niño pueda necesitar una ayuda diferente al resto del grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Carvajal, P. (1983). Incidencia de los problemas de aprendizaje en los primeros grados de las escuelas primarias de la ciudad de Toluca. Revista de investigación educativa del instituto de ciencias de la educación, 3, _10-16. Disponible: CD ROM Aries

Leigh, J., Keogh, B. (1983). Early Labeling of Children: Alternatives and Concerns. Topics in Early Childhood Special Education: Children at-Risk for Academic Failure, 3, 1-6.

Lerner, J (2000) Learning Disabilities, Diagnosis and Teaching Strategies. Boston: Houghton Mifflin.

Linn, R. L. (ed.) (1993). Principles and selected applications of Item Response Theory. Educational Measurement. New York, EEUU: Macmillan.

Mcleskey, J. (1989) The Influence of Level of Discrepancy on the identification of students with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 22, 435-438.

Salud pública de México (2001). Characteristics of Learning Disabled Children from a Neuropsychological Clinic in Mexico City. Artículo en proceso de dictaminación.

Secretaría de Educación Pública (2001) Educación Especial. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/estadisticas_2

Ysseldike, J.; Thurlow, M.; O'Sullivan, P. (1986). Current Screening and Diagnostic Practices in a State Offering Free Preschool Screening since 1977: Implications for the Field. Journal of Psychoeducational Assessment, 4, 191- 201.

BIBLIOGRAFÍA.

.
.
Johnson, James H., et. al. Métodos de tratamiento infantil. Editorial Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores. México, 1995.

Myers, Patricia I. Y Hammill, Donald D. Cómo educar a niños con problemas de aprendizaje. Editorial Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores. México, 1996.

Patton, James R., et. al. Casos de educación especial. Editorial Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores. México, 1996.

Piaget, Jean e Inhelder, Bärbel. Psicología del niño. Ediciones Morata, S.A. España, 1981.

Sastre, Genoveva, et. al. Dirección. Enciclopedia práctica de pedagogía. Editorial Planeta, S.A. España, 1989.

Wilson, John A.R., et. al. Fundamentos psicológicos del aprendizaje y la enseñanza. Ediciones Anaya, S.A. España, 1978.

Woolfolk, Anita E. Psicología educativa. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México, 1995.

Worrell, Judith y Nelson, C. Michael. Tratamiento de las dificultades educativas. Estudio de casos. Ediciones Anaya, S.A. España, 197