

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

"PROPUESTA DE MODIFICACION DE TERMINOS
PSICOPEDAGOGICOS EMPLEADOS EN
EDUCACION ESPECIAL, UTILIZANDO
PARA ELLO EL MANUAL DIAGNOSTICO Y
ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES
DSM - IV".

INFORME FINAL DE INVESTIGACION
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

POR

CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA
MIGDALIA ARABELLA GUERRA CONTRERAS

PREVIO A CONFERIRSELES EL TITULO DE

PROFESORAS EN EDUCACION ESPECIAL

EN EL GRADO ACADEMICO DE

TECNICAS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1,996.

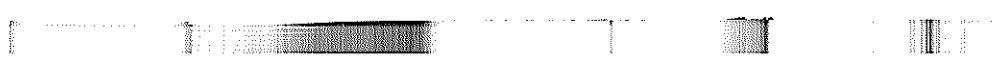
10
+ (Goud)
C.4

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS





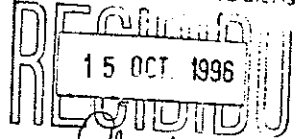
Guatemala, 10 de octubre de 1996.

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS



[Signature] 18:30 HORA

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Fredy Cifuentes García, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado: "PROPUESTA DE MODIFICACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS EMPLEADOS EN EDUCACION ESPECIAL, UTILIZANDO PARA ELLO EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV".

CARRERA: PROFESORADO EN EDUCACION ESPECIAL

ELABORADO POR:

CARNE No.

CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA
MIGDALIA ARABELLA GUERRA CONTRERAS

21-14062
22-17156-6

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ERDM/edr
:.c. Docente Revisor
archivo





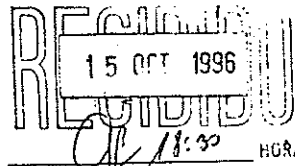
CIEPs. 091-96
c.c. Archivo
Revisor (a)

Guatemala, 15 de octubre de 1,996.

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS "M.S. M.31"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-84 Y 760980-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS



LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

Me dirijo a usted para informarle que he procedido a la
revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"PROPUESTA DE MODIFICACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS EMPLEADOS EN EDU
CACION ESPECIAL, UTILIZANDO PARA ELLO EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTI
CO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV"

CARRERA: PROFESORADO EN EDUCACION ESPECIAL

ELABORADO POR:

CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA
MIGDALIA ARABELLA GUERRA CONTRERAS

CARNE No.

21-14062
22-17156-6

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología,
emito DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites
correspondientes.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. FREDY CIFUENTES GARCIA
DOCENTE REVISOR

CCG/edr



MEMORANDO A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA CENTRAL

30 de Agosto de 1996.

Señores
CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencia Psicológicas
Universidad de "San Carlos" de Guatemala
Ciudad Universitaria, Zona 12.
Ciudad.

Respetables señores:

De manera atenta me dirijo a ustedes con el objeto de informarles respecto al Informe Final de las alumnas: CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA, CARNET: 21-14062 y MIGDALIA ARABELLA GUERRA CONTRERAS, CARNET: 22-17566-6, que se titula: "PROPUESTA DE ACTUALIZACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS EMPLEADOS EN EDUCACION ESPECIAL, UTILIZANDO PARA ELLO EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV", y del cual he sido asesor.

Considero al respecto, que el mencionado trabajo se ajusta a las exigencias del Método Científico, y además, contribuye un aporte importante a la Psicología Guatemalteca, ya que ha sido elaborado en base a información actual y objetiva.

Por lo anterior, me permito aprobar el Informe Final para que puedan continuarse los trámites correspondientes,

Atentamente,



LIC. DOMINGO ROMERO REYES.
PSICOLOGO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
-5, Cda. Universitaria, zona 12
60790-4, 4760985, ext. 490-1
4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA.

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 929-96

CODIPs. 660-96

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Octubre 10 de 1996

Comités Estudiantes
Licenciada Lucila Romero García
Licenciada Dalila Arabella Guerra Contreras
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Psicología

Comités Estudiantes

De acuerdo a su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes
el Punto VIGESIMO (20o.) del Acta TREINTA Y CUATRO NOVENTA Y SEIS
(-96) de Consejo Directivo, de fecha 26 de septiembre del año en
cuestión, que copiado literalmente dice:

RESOLUCION: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene
el Proyecto de Investigación titulado: "PROPUESTA DE MODIFICACION
DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS EMPLEADOS EN EDUCACION ESPECIAL,
ELIZANDO PARA ELLO EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS
TRASTORNOS MENTALES DSM-IV", de la carrera: PROFESORADO EN
EDUCACION ESPECIAL, presentado por:

LUCILA ROMERO GARCIA

CARNET No. 21-14062

DALIA ARABELLA GUERRA CONTRERAS

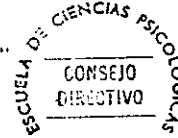
CARNET No. 22-17556-6

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia
cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar
como asesor al Licenciado Domingo Romero Reyes."

En consecuencia,

" ENSEÑAR Y APRENDER A TODOS "

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Rosque
SECRETARIA



Atentamente,



ACTO QUE DEDICO

MI PLEGARIA LLENA DE FE Y AMOR AL SUPREMO CREADOR.

MI CRISTO NEGRO DE ESQUIPULAS.

MI PATRIA GUATEMALA.

MIS PADRES:

JOSE LEON Y MERITA.

CON UN INMENSO AMOR Y AGRADECIMIENTO A SUS MULTIPLES ESFUERZOS.

MI ESPOSO:

MANUEL ANTONIO.

CON UN PROFUNDO E INMENSO AMOR.

MI PEQUEÑO HIJO:

JOSE ANTONIO.

PARA ENSEÑARME LO MAS HERMOSO DE LA VIDA.

MIS HERMANOS:

MAYRA Y JOSE RODOLFO.

CON UN AMOR Y EJEMPLO DE QUE TODO EXITO EN LA VIDA REQUIERE

EL PROPIO ESFUERZO.

MIS SOBRINOS:

MARIELLY, KRISTHEL MARIA Y JOSE CARLOS.

CON UN CARINO.



ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

FUENTE DE SABIDURIA QUE ME
HA GUIADO POR EL CAMINO AL EXITO.

A MIS PADRES:

CARLOS ESTEBAN GUERRA PIMENTEL
DORA CONTRERAS DE GUERRA
GRACIAS MIL POR TODO SU APOYO.
COMPARTO MI TRIUNFO CON USTEDES.

A MIS HIJAS:

SHERRYL DIANNE Y DABBE BERNICE.
QUE ESTE TRIUNFO MAS SEA EJEMPLO PARA SU FUTURO.

A MI HERMANA:

BEATRIZ.
CON CARO.

A MIS SOBRINOS:

ESTEBAN Y DORIS
COMO EJEMPLO PARA SU FUTURO.

A MIS AMIGOS:

LILY, ALEX, GLENDA, CLAUDIA Y LIZ.
GRACIAS POR SU GRAN AMISTAD
Y LOS MOMENTOS COMPARTIDOS.

AGRADECIMIENTO

AGRADEZCO PROFUNDAMENTE A LOS NIROS ESPECIALES,

POR QUIENES Y PARA QUIENES ESCOGI

LA MÁS BELLA PROFESIÓN.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,

POR FORMARME ACADÉMICA Y PROFESIONALMENTE

Y ASÍ PODER CONTRIBUIR AL ENGRANDECIMIENTO

DE NUESTRA AMADA PATRIA GUATEMALA.

AL LICENCIADO FREDDY CIFUENTES, EL HABER GUIADO

Y ORIENTADO NUESTRA INVESTIGACIÓN EN FORMA.

PROFESIONAL Y CIENTIFICA.

A MIS COMPREROS:

MIGDALIA, ASTRID, LILY,

ALEJANDRO, LIZ Y LORENA.

AGRADECIMIENTO

A GUATEMALA:

TIERRA DONDE HE ALCANZADO MIS MAYORES TRIUNFOS.

A JUTIAPA:

CUNA DONDE NACI.

A LA UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA:
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS:

TEMPLOS DEL SABER, QUE ME FORMARON ACADEMICAMENTE.

A CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
MAYRA VARGAS FERNANDEZ:
HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS:

GRACIAS POR DARME LA OPORTUNIDAD DE EMPLEAR

MIS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.

A MIS CATEDRATICOS:

GRACIAS POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS.



PADRINOS DE GRADUACION:

DR. MANUEL ANTONIO BARRIOS CHANG.

LIC. DOMINGO ROMERO REYES.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

PADRINOS DE GRADUACION:

DR. MARIO RENE SOLIS GARCIA.

ARQUITECTO MARCO VINICIO MORALES AQUINO.

UNIVERSIDAD DE LA INTEGRACION DE LOS RIOS DE GUATEMALA
CARRERAS DE INGENIERIA EN SISTEMAS DE COMPUTACION



PROLOGO

El presente trabajo de investigación de carácter Monográfico o Documental contiene una propuesta de revisión y actualización de términos psicopedagógicos empleados en la carrera técnica de Educación Especial y que de acuerdo al DSM-IV ya no se utilizan. Dicho Manual ofrece otros términos diagnósticos, avalados y actualizados por la Asociación Psiquiátrica Americana. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, es una guía útil para la práctica clínica, ya que mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de la expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, se espera que facilite la comunicación entre los profesionales de la Educación Especial.

El DSM-IV es un instrumento necesario para poder llevar a cabo y que dá a conocer estudios estadísticos sobre salud pública actualizados.

A lo largo de la historia de la Educación Especial Guatemalteca, no ha existido la necesidad de actualizar términos psicopedagógicos que se emplean dentro de ella, lo que ha limitado la atención educativa especial, y al mismo tiempo, que profesionales inmersos en el campo no los conozcan, por lo que consideramos que este estudio contribuye a que todas aquellas personas que trabajen dentro del campo de la Psicología, se actualizen y obtengan conocimientos respecto a los nuevos términos que se utilizan dentro de la Educación Especial.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Estamos conscientes de que la información que se ofrece no es exhaustiva, pero si contiene los elementos importantes dentro del campo de la educación especial, además contiene la nueva terminología propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana la cual se encuentra dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV.

Debido a la reciente edición, revisión y actualización de DSM-IV, hemos podido constatar a través de diversos medios, que son pocos los estudios a nivel mundial que se han realizado respecto a dicho Manual. Por lo que consideramos que nuestra investigación contribuye a la apertura de nuevos campos de investigación científica.

Podemos decir que "la educación se concibe como un proceso de aprendizaje y de cambio que forma parte de toda la vida del hombre" (1); por lo tanto la educación especial "es un proceso de aprendizaje y de cambio, adaptado para atender a las personas con necesidades especiales" (2). La educación especial debe entenderse como un proceso flexible, integral y dinámico, que a través de métodos y recursos especializados proporciona educación diferenciada e individualizada a las personas que por sus características físicas y sensoriales no se adaptan ni progresan a través de los programas regulares, diseñados para los diferentes niveles del sistema educativo normal.

"Entre los objetivos de la Educación Especial están:

- A- Compensar las deficiencias de las personas discapacitadas y las consecuencias que se derivan de ella.
- B- Ayudar al individuo, en la búsqueda de su autonomía personal.
- C- Mejorar el desarrollo de todas las discapacidades del alumno que requieran de educación especial.
- D- Ayudar a integrar a todas las personas discapacitadas a la sociedad" (3)

"Las categorías de la Educación Especial son:

- A) Retraso Mental
- B) Problemas de la comunicación oral
- C) Problemas visuales y auditivos
- D) Problemas físicos
- E) Discapacidades múltiples
- F) Personas superdotadas" (4)

(1) HAMMILL, Daniel. "DICCIONARIO PSICOPEDAGOGICO MODERNO". Editorial Kapelusz, México D.F. Primera Edición 1987. Páginas 124-125.

(2) GARCIA De Zelaya, Beatriz. "EDUCACION ESPECIAL". Editorial ASIES, Guatemala. 1993. Páginas 9-10.

(3) GARCIA, Beatriz. Op. Cit. PP 9

(4) GARCIA, Beatriz. Op. Cit. PP 15

Se utilizan estas categorías y clasificaciones, ya que cada una de ellas presentan una problemática diferente que necesita un enfoque educativo diferente.

A continuación se presenta la descripción de los términos psicopedagógicos empleados en la carrera técnica de Educación Especial.

Se conoce como deficiencia mental a "la capacidad intelectual que hace que el individuo sea incapaz de desempeñarse en el nivel requerido de ajuste aceptado dentro de su medio cultural, de tal calidad y grado que el individuo es incapaz de adaptarse al medio ambiente normal de sus semejantes, de manera que pueda vivir sin supervisión, control o apoyo externo, resultado de una detención de origen constitucional, hereditario o adquirido, es esencialmente incurable mediante tratamiento e irremediable a través del entrenamiento, aunque el tratamiento y el adiestramiento facilitan hábitos que compensan superficialmente y temporalmente las limitaciones de la persona afectada, mientras las circunstancias sean favorables y por períodos más o menos limitados de tiempo." (5)

Según la Asociación Americana de Deficiencia Mental, "la deficiencia mental se refiere al funcionamiento intelectual inferior al promedio que se origina en el período de desarrollo y que está asociada al deterioro de la conducta adaptativa". (6) La deficiencia mental está vinculada a un sinnúmero interminable de clasificaciones formales e informales que satisfacen necesidades de ciertas disciplinas, servicios o áreas de investigación. Aquí describiremos solo tres sistemas de clasificación basados en:

- A) Grado de deficiencia
- B) Grado de educabilidad
- C) Conducta adaptativa

Estos sistemas son utilizados por separados o en conjunto, el grado de deficiencia y su nomenclatura puede ser ubicada cuantitativamente:

"Coeficiente Intelectual	Categoría
140 y +	Genio
120-139	Muy superior
110-119	Superior
90-109	Normal
80- 89	Torpe
70- 79	Retardo marginal
50- 69	Morón
25- 49	Imbécil
-25	Idiota" (7)

(5) CASTAREDO, Celedonio. "DEFICIENCIA MENTAL". Editorial-Texto. Costa Rica. PP. 48

(6) Asociación Americana de Deficiencia Mental. "BOLETIN. No. 2" 1982. PP. 23

(7) CASTAREDO, Celedonio. Op. Cit. PP. 34

De acuerdo al funcionamiento intelectual general y a la conducta adaptativa, se divide en cinco categorías:

- A) DMML: Deficiencia mental muy ligera
- B) DML: Deficiencia mental ligera
- C) DMM: Deficiencia mental moderada
- D) DMS: Deficiencia mental severa
- E) DMP: Deficiencia mental profunda

También se divide la deficiencia mental en tres grandes categorías:

- A) Educables
- B) Adiestrables o entrenables
- C) Ineducables.

Antiguamente se conocía también a la deficiencia mental como debilidad mental, oligofrenia, subnormalidad, etc. De todo lo expuesto anteriormente se deduce rápidamente que las definiciones se han desarrollado a lo largo de numerosas líneas de interés y problemas y pueden incluir referencias a causas, niveles de funcionamiento, adaptabilidad social, puntajes de tests de inteligencia y características de las diversas disciplinas relacionadas con la deficiencia mental. Aún el concepto de la Asociación Americana de Deficiencia Mental, que constituye la definición más flexible y comprensiva en la actualidad no es enteramente satisfactoria ya que muchos aspectos esenciales de la conducta adaptativa no han sido identificados y medidos. Es de esperar que las definiciones de deficiencia mental adquieran mayor precisión a medida que se incrementa nuestro conocimiento acerca de este problema. Dado lo anterior, la Asociación Psiquiátrica Americana, a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, actualizó la terminología anterior con el nombre de Retraso Mental.

Actualmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, llama Retraso Mental "a aquella capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de actividades: Comunicación, comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad." (8) El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente al CI) obtenidos por evaluación de uno más tests de inteligencia normalizados, administrados individualmente. Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado

(8) Asociación Psiquiátrica Americana. "MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV" Editorial Masson, México D.F., 1995. PP. 41-48

alrededor de 70 o por debajo de 70. Al evaluar el CI, hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos, aunque este error puede variar de un instrumento a otro. De este modo es posible diagnosticar retraso mental en sujetos con coeficientes intelectuales situados entre 70 y 75, pero que manifiestan déficits significativos de su comportamiento adaptativo. Por el contrario, no se diagnosticará retraso mental en un sujeto con CI inferior a 70 que careciera de déficits o insuficiencias significativas en la capacidad adaptativa. La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados debe tener en cuenta factores que deben limitar el rendimiento de los tests.

Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La capacidad adaptativa se refiere a como afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y como cumplen las reglas de autonomía personal esperables de alguna situación en su grupo de edad, origen cultural y ubicación comunitaria particular. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, modificacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental.

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual, incluyendo el de gravedad no especificada:

- A) Leve
- B) Moderado
- C) Severo
- D) Profundo
- E) Retraso mental de gravedad no especificada.

El retraso mental leve, es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como educable. Este grupo incluye a la mayoría de las personas afectadas por el retraso. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares, tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta otras edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que los sitúan aproximadamente hasta el sexto grado de primaria. Durante su vida adulta, acostumbra adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de stress social o económico. Con apoyo adecuado las personas con retraso mental leve pueden vivir satisfactoriamente en la comunidad.

Retraso Mental Moderado, equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de adiestrables. No debería usarse este término anticuado, porque implica erróneamente que las personas

El retraso mental moderado no pueden beneficiarse de programas pedagógicos. Este grupo constituye el 10% de la población con retraso mental. Este grupo está constituido por aquellas personas que adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales, lo cual les permite lograr una mejor adaptación al medio social al que pertenecen y se desenvuelven.

Retraso Mental Grave, incluye el 3-4% de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren lenguaje comunicativo, escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades mentales de cuidado personal. Se benefician solo parcialmente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden adquirir ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la supervivencia. Los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples, estrechamente supervisados en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la comunidad, en hogares colectivos con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados, o de cualquier otro tipo de asistencia.

Retraso Mental Profundo, este grupo incluye aproximadamente el 1-2% de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico, presentan una enfermedad orgánica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez, desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayuda y supervisión constante, así como una relación individualizada con el educador, el desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les permite un adiestramiento adecuado. Alguno de ellos llega a realizar tareas simples si se le estimula adecuadamente.

Retraso Mental de Gravedad no Especificada. Este se utiliza cuando exista clara presunción de retraso mental, pero la persona puede ser evaluada satisfactoriamente, mediante los tests de inteligencia usuales. Este puede ser el caso de ciertos niños, adolescentes o adultos con excesivas insuficiencias o falta de cooperación lo que impide que sean evaluados. También puede ocurrir en casos de niños que clínicamente son considerados intelectualmente por debajo del promedio, pero en quienes los tests disponibles no proporcionan un CI. En general, cuanto menor es la edad de la persona, más difícil es evaluar la presencia de retraso mental excepto en los sujetos con afectación profunda.

No existen características comportamentales o de personalidad específica que estén asociadas unívocamente con retraso mental. Algunos individuos con retraso mental son pasivos, tímidos y dependientes, mientras que otros son impulsivos y agresivos. La ausencia de habilidades para la comunicación puede

predisponer a comportamientos perturbadores y agresivos que sustituyan al lenguaje comunicativo.

Algunas enfermedades médicas asociadas a retraso mental se caracterizan por ciertos síntomas comportamentales. Las personas con retraso mental pueden ser vulnerables a la explotación ejercida por otros o ver negados sus derechos y oportunidades.

Las personas con retraso mental presentan una prevalencia de trastornos mentales comórbidos que se estiman 3 a 4 veces mayor que la observada en la población en general. En algunos casos, este puede ser el resultado de una etiología compartida, es decir, común al retraso mental y trastorno mental asociado. Puede observarse cualquier tipo de trastorno mental, no existiendo prueba alguna de que la naturaleza de algún trastorno mental concreto sea diferente en las personas con retraso mental. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental comórbido puede complicarse por el hecho de que su presentación clínica puede estar modificada por la gravedad de retraso mental y las discapacidades o insuficiencias asociadas. Los déficits en las habilidades para la comunicación pueden provocar una incapacidad para suministrar una historia adecuada. Con mayor frecuencia que la habitual de los individuos sin retraso mental puede ser difícil seleccionar un diagnóstico específico. Los trastornos mentales más frecuentes asociados son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de movimientos estereotipados, los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.

Los factores etiológicos pueden ser primariamente biológicos o psicosociales o alguna combinación de ambos. En aproximadamente un 30-40% de los sujetos que asisten a centros clínicos no puede determinarse una etiología clara de retraso mental a pesar de las múltiples exploraciones. Los principales factores predisponentes son los siguientes:

Herencia (aproximadamente el 5%), estos factores incluyen errores innatos del metabolismo heredados principalmente mediante mecanismos recesivos autosómicos, otras anomalías de único gen con herencia mendeliana y expresión variable y aberraciones cromosómicas.

Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario (aproximadamente el 30%), estas alteraciones incluyen anomalías cromosómicas o alteraciones prenatales por toxinas.

Factores perinatales (aproximadamente 30%), estos factores incluyen desnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones víricas y otras y traumatismos.

Enfermedad Médica y adquirida durante la infancia y la niñez (aproximadamente 5%), estos factores incluyen infecciones, traumatismos y envenenamiento.

Influencias ambientales y otros trastornos mentales (aproximadamente 15% o 20%), estos factores incluyen privación de crianza y de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden, así como trastornos mentales graves.

Además de los resultados de los tests psicológicos y de comportamiento adaptativo necesarios para el diagnóstico de retraso

mental no hay datos de laboratorio que estén asociados únicamente al retraso mental. Los hallazgos diagnósticos de laboratorio pueden asociarse a una enfermedad médica específica o acompañante.

No existen características asociadas al retraso mental. Cuando el retraso mental forma parte de un síndrome específico estarán presentes las características de dicho síndrome. Cuanto más grave es el retraso mental, tanto mayor es la probabilidad de enfermedades neurológicas, neuromusculares, visuales, auditivas, cardiovasculares o de otro tipo.

Deben tomarse en cuenta medidas para asegurarse que los procedimientos de evaluación intelectual, reflejen una consideración adecuada al origen étnico o cultural de la persona. Este objetivo suele llevarse a cabo utilizando test, en el que las características relevantes estén representadas en la muestra de normalización de la prueba, o empleando un examinador que esté familiarizado con las características étnicas o culturales de la persona en cuestión. La exploración individualizada es un requisito sistemático en el diagnóstico de retraso mental. La presencia de retraso mental debido a factores biológicos si conocidos es similar en los niños de niveles socioeconómicos altos y bajos, aunque ciertos factores etiológicos están asociados a un status socioeconómico inferior, las clases sociales más bajas suelen estar excesivamente representadas y el retraso mental tiende a ser más leve aunque se da en todos los niveles de gravedad. Deben tomarse en cuenta las distintas etapas del desarrollo al evaluar las insuficiencias de las habilidades adaptativas, porque algunas de ellas son menos relevantes en edades distintas. El retraso mental es más frecuente en varones, con una proporción varón a mujer aproximadamente de 1,5:1.

El diagnóstico de retraso mental requiere que el inicio del trastorno sea anterior a los dieciocho años de edad. La edad y el modo de inicio dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental. Los retrasos más graves, especialmente cuando se asocian a un síndrome con fenotipo característico, tienen a reconocerse tempranamente. El curso del retraso mental está influido por la evolución de las enfermedades médicas y por factores ambientales.

Las personas que presentan un retraso mental, manifestado por el fracaso en tareas académicas, si gozan de oportunidad y adiestramiento adecuado, pueden desarrollar en otros terrenos buenas habilidades adaptativas para integrarse al medio social en que se desarrollan y desenvuelven.

"Criterios para el diagnóstico del retraso mental

1. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio.

B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los dieciocho años.

Código basado en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual:

F70.9 Retraso mental leve (317) CI entre 50-55 aproximadamente 70

F71.9 Retraso mental moderado (318.0) CI entre 35-40 y 50-55

F72.9 Retraso mental grave (318.1) CI entre 20-25 y 35-40

F73.9 Retraso mental profundo (318.2) CI inferior a 20-25

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los tests usuales." (9)

Otro término utilizado en la educación especial para el diagnóstico y tratamiento de niños con problemas académicos es la dislexia o trastorno del aprendizaje no especificado, la cual se describe "como la capacidad defectuosa para lograr, en la época adecuada, una eficiencia en la lectura, correspondiente a un rendimiento promedio; dependen de factores constitucionales y se presenta a menudo acompañada por dificultades en la representación de otros símbolos; existe en la ausencia de influencia inhibitoria apreciables pasadas o presentes en los ambientes internos y externos. Además se presenta como un trastorno manifestado por la dificultad de aprender a leer, a pesar de la instrucción escolar convencional, inteligencia adecuada y oportunidad social. Depende fundamentalmente de un trastorno cognoscitivo el cual es frecuentemente de carácter hereditario" (10).

Bernaldo de Quiroz (11) define la dislexia específica de evolución diciendo que "se trata de una perturbación perceptiva específica que dificulta la adquisición del lenguaje lecto-escrito"

Peña Torres (12) define la dislexia como "la dificultad para pasar del símbolo visual y/o auditivo a la conceptualización racional del mismo y su transferencia práctica como respuesta hablada o escrita."

(9) Asociación Psiquiátrica Americana. Op. Cit. PP-48

(10) NIETO, Margarita. "EL NIÑO DISLEXICO". Editorial Prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1988. Tercera edición, PP-21

(11) QUIROZ, Bernaldo. "DISLEXIA, CAUSAS Y TRATAMIENTO". Editorial Kapelusz, Argentina. 1a. Edición, 1985. PP-102.

(12) PEÑA T. Miguel. "PROBLEMAS DE APRENDIZAJE" Editorial Trillas, México D.F., 1978. PP-67

Anteriormente las dificultades específicas del aprendizaje de la lecto-escritura o dislexia desde el punto de vista etiológico se describen de la siguiente manera:

Dislexia Secundaria o Sintomática: es el retardo en el aprendizaje de la lectura por daño cerebral orgánico.

Dislexia por inmadurez, es cuando los niños presentan un retardo en la maduración de las funciones gnósticos-práxicas; en un momento de su desarrollo pueden compensar por sí solos esta incapacidad.

Grupo Mixto, cuando se combinan las anteriores, haciendo más complejo el problema de aprendizaje.

La dislexia engloba síntomas de inmadurez neurológica y factores emocionales, así como incapacidad o disminución de la potencialidad para la lecto-escritura, siendo éste el último síntoma determinante, por medio del cual va a ser posible identificarla.

Entre los errores que se observan en la lectura y escritura del niño disléxico están los siguientes:

1. Confusión de letras de simetría opuesta
2. Confusión de letras parecidas por su sonido
3. Confusión de letras y palabras parecidas en su significado y pronunciación.
4. Confusión guturales de sonidos suaves y fuertes
5. Errores ortográficos, confundiendo letras que corresponden a un mismo fonema.
6. Alteraciones en la secuencia de las letras que forman sílabas y palabras. a) Omisión de letras, b) Alteración en el ordenamiento de las letras que forman las palabras, c) Inserción de letras y d) Inversiones.
7. Errores en la separación de las palabras.
8. Falta de rapidez al leer.

Cuando los errores que se describieron anteriormente como confusiones de letras parecidas en su sonido o en un punto de articulación, las alteraciones en el orden de las letras y las fallas en la separación de las palabras, se presentan con gran frecuencia, puede llegar a ser imposible la lectura de lo que escribieron.

La dificultad en el trazo de las letras o disgrafia. El niño disgráfico, aunque reconozca las letras al leerlas no recuerda como se trazan.

Fallas en la construcción gramatical de la redacción espontánea o una redacción demasiado pueril, considerando la edad y la escolaridad.

La discalculia o dificultad en el cálculo por deficiencias sensorio-motoras, pueden presentarse o no, asociada a la dislexia. Al pretender analizar las causas directas de los errores observados en el niño disléxico y al escribir tenemos que relacionarlos con los trastornos perceptuales y motores que le son característicos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, se refiere a los trastornos del aprendizaje cuando

el rendimiento del sujeto en la lectura, expresión escrita, cálculo es sustancialmente inferior al esperado para la edad, escolaridad y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente en el rendimiento académico o en actividades de la vida diaria que requieren lectura, cálculo o escritura.

Los trastornos del aprendizaje pueden asociarse con desmoralización, baja autoestima y déficits en habilidades sociales. La tasa de abandonos escolares o de adolescentes con trastornos del aprendizaje se sitúa alrededor del 40%. Es preciso tener certeza de que los procedimientos de evaluación de la inteligencia prestan una atención adecuada a las características relevantes del sujeto como étnicas o culturales. Para formular el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje se requiere siempre la administración de pruebas individualizadas normalizadas.

Entre los trastornos del aprendizaje, se incluyen los trastornos de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado.

El trastorno de la lectura, incluye dentro de sus características esenciales, un rendimiento de la lectura que se sitúa sustancialmente por debajo del esperado en función de la edad cronológica, del CI y de la escolaridad propia de la edad del sujeto. La alteración de la lectura interfiere significativamente el rendimiento académico o ciertas actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades específicas para la lectura. Si está presente un déficit sensorial, las dificultades de la lectura exceden de las comúnmente asociadas a él. Si hay una enfermedad neurológica o médica, o un déficit sensorial, deberá tomarse en cuenta al realizar el diagnóstico. En los sujetos con trastornos de la lectura (anteriormente llamado dislexia), la lectura oral se caracteriza por distorsiones, sustituciones u omisiones; tanto la lectura oral como la silenciosa se caracterizan por lentitud y errores en la comprensión.

El trastorno de la expresión escrita, siendo relativamente difícil hallar este trastorno en ausencia de otros trastornos del aprendizaje, se asocia a trastornos del cálculo y al trastorno de la expresión escrita.

"Del 60 al 80% de los sujetos diagnosticados con trastornos de la lectura son varones" (13). El trastorno aparece en ambos sexos, según tasas semejantes cuando se lleva a cabo un diagnóstico cuidadoso y se utilizan criterios estrictos. Aunque los síntomas de la dificultad para leer pueden aparecer en niños de edad preescolar, el trastorno rara vez se diagnostica antes de finalizar esta etapa o de iniciarse la primaria, ya que la enseñanza de la lectura comienza hasta ese momento. Si se procede a una identificación e intervención temprana, el pronóstico es satisfactorio. El trastorno de la lectura puede persistir durante la vida adulta.

(13) Asociación Psiquiátrica Americana. Op. Cit. pp. 51 y 52.

"Criterios para el diagnóstico de F81.0 Trastorno de la lectura (315.00)

A. El rendimiento en la lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (por ejemplo, neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III" (14).

El trastorno del cálculo, cuya característica esencial es una capacidad aritmética que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado en sujetos de edad cronológica, coeficiente de inteligencia y escolaridad concordes con la edad.

El trastorno del cálculo interfiere significativamente en el rendimiento académico de las actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades para las matemáticas. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la aptitud numérica y matemática deben exceder de las asociadas habitualmente a él. El trastorno del cálculo suele asociarse frecuentemente a un trastorno de la lectura o a un trastorno de la expresión escrita. Aunque ciertos síntomas de dificultad para las matemáticas pueden aparecer en el niño de edad parvularia o en primer año de la escuela primaria, el trastorno del cálculo rara vez se diagnostica antes de finalizar la escuela primaria, puesto que la instrucción formal en matemáticas usualmente no se lleva a cabo hasta ese momento en la mayoría de los centros educativos. Con frecuencia se pone de manifiesto durante el segundo o tercer año de primaria.

Quando el trastorno del cálculo está asociado a un CI elevado, el niño puede rendir de acuerdo con sus compañeros durante los primeros cursos, y el trastorno del cálculo puede no hacerse manifiesto hasta el quinto grado, e incluso más tarde.

La prevalencia del trastorno del cálculo solo, (cuando no está asociado a otros trastornos del aprendizaje) se ha estimado en aproximadamente uno de cada cinco casos de trastornos del aprendizaje. Se supone que alrededor del 1% de los niños en edad escolar sufre un trastorno del cálculo.

(14) Asociación Psiquiátrica Americana. Op. Cit. PP 52

"Criterios para el diagnóstico de F81.2 Trastorno del cálculo (315.1)

A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III". (15)

El trastorno de la expresión escrita, cuya característica principal es una habilidad para la escritura que se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dada la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad. El trastorno de la expresión escrita interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida diaria que requieren habilidad para escribir. Si hay un déficit sensorial, estas dificultades exceden de las asociadas habitualmente a él. Generalmente se observa una asociación de deficiencias en la capacidad del sujeto para componer textos escritos, lo que se manifiesta por errores gramaticales o de puntuación en la elaboración de frases, una organización pobre de los párrafos, errores múltiples de ortografía y una grafía excesivamente deficitaria. En general el diagnóstico no se formula si sólo existen errores de ortografía o una mala caligrafía, en ausencia de otras anomalías de la expresión escrita. En consecuencia con otros trastornos del aprendizaje, se sabe relativamente poco acerca de los trastornos de la expresión escrita y de su tratamiento, particularmente cuando existen en ausencia de trastornos de la lectura. Con excepción de la ortografía, en esta área las pruebas normalizadas están menos desarrolladas que las de la lectura o de la capacidad matemática, por lo que la evaluación de anomalías en las habilidades de la escritura pueden requerir la comparación de distintas muestras de tareas escolares escritas del sujeto con el rendimiento esperado en función de su edad y CI. Este es el caso especialmente de niños situados en los primeros cursos de enseñanza primaria. Para establecer la presencia y amplitud de este trastorno, pueden precisarse tareas en las que el niño deba copiar, escribir al dictado y escribir espontáneamente. Aunque la dificultad para

(15) Asociación Psiquiátrica Americana. Op.Cit PP 55-56.

escribir puede aparecer en el primer año de primaria, el trastorno de la expresión escrita rara vez se diagnóstica antes de finalizar el primer curso, ya que la enseñanza de la escritura formal no suele llevarse a cabo hasta ese momento en la mayor parte de los centros educativos. Es habitual que el trastorno se ponga de manifiesto durante el segundo curso. Ocasionalmente se observa un trastorno de la expresión escrita en niños mayores o en adultos, sabiéndose muy poco acerca de su pronóstico a largo plazo.

"Criterios para el diagnóstico de F81.8 trastorno de la expresión escrita (315.2)

A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III" (16)

"F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado (315.9)

Esta categoría incluye trastornos del aprendizaje que no cumplen los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje específico. Esta categoría puede referirse a deficiencias observadas en las tres áreas (lectura, cálculo, expresión escrita) que interfieran significativamente el rendimiento académico aú cuando el rendimiento en las pruebas que evalúan cada una de estas habilidades individuales no se sitúe sustancialmente por debajo de lo esperado dado la edad cronológica de la persona, su coeficiente de inteligencia evaluada y la enseñanza propia de su edad." (17)

(16) Asociación Psiquiátrica Americana. Op. Cit. PP 55-56

(17) Asociación Psiquiátrica Americana. Op. Cit. PP 56

En Guatemala actualmente es alto el porcentaje de niños afectados por problemas neurológicos, los cuales producen a largo y corto plazo problemas de tipo psicológico y social, requiriendo en su mayoría, de atención especializada para lograr una mejor adaptación al medio en que se desarrollan.

Dentro de estos problemas neurológicos encontramos el síndrome de disfunción cerebral mínima, (actualmente llamado trastorno por déficit de atención) el cual es uno de los problemas de psicopatología infantil que reviste mayor importancia para todas aquellas personas que trabajan dentro del campo de la Psicología.

"Cuando los estímulos nocivos de cualquier naturaleza incidir sobre el individuo con suficiente intensidad y determinada cualidad, producen una movilización adaptativa que puede no ser suficientemente completa para restablecer la homeostásis saludable, lo que ocasiona que aparezca el estado de enfermedad. Esto quiere decir, que la capacidad adaptativa del individuo está condicionada por sus propias características innatas, por las reacciones de las personas que influyen en su desarrollo, por sus experiencias vitales y por la interrelación de todos estos factores debido a la influencia que tienen entre sí." (19)

Basándonos en la clasificación que hacemos referencia diremos:

1. "Si la disfunción cerebral se manifiesta principalmente a nivel neuromotor, se presenta un síndrome conocido como Parálisis Cerebral Infantil con sus variedades.

2. Si la disfunción se registra en la esfera intelectual, se presentan las diferentes formas de retraso mental

3. Cuando la disfunción afecta en especial a la conciencia, suprimiéndola temporalmente, se presentan los desórdenes convulsivos.

4. Si la disfunción cerebral se hace presente en el plano neurosensorial, se reconoce los desórdenes sensoriales.

5. Otras veces se presenta la disfunción cerebral en la dificultad para organizar perceptos a fin de darles un significado específico, produciéndose así los desórdenes perceptuales.

6. En ocasiones la forma en que se manifiesta la disfunción cerebral, produce problemas en la conducta, lo que conocemos como hiperactividad o hiperquinesia" (20).

El niño hiperquinético como suele llamarse también al niño que sufre trastornos disfuncionales, presenta desviaciones conductuales severas, tanto para él como para su familia. Esta clase de niños se reconoce por su incoordinación motora y por la liberación explosiva de las actividades que realiza.

La disfunción cerebral con predominio de las manifestaciones conductuales afecta con mayor grado a los varones, presentándose desde el inicio de la gestación hasta varios años después del

(19) VELASCO, Rafael. "EL NIÑO HIPERQUINETICO".
Editorial Trillas. México D.F. 2a. Edición 1988. PP 23

(20) VELASCO, Rafael. Op. Cit. PP 25

nacimiento, los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables de la disfunción son los siguientes:

1. "Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.
2. Anoxia del producto in útero, producida por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
3. Hemorragia cerebral en el producto, producida por toxemia del embarazo, trauma directo, diabetes hemorrágica, etc.
4. Exposición excesiva a los rayos X.
5. Disturbios metabólicos.
6. Factor RH.

Entre los factores perinatales están:

1. Anoxia neonatorum: producida regularmente en la obstrucción mecánica respiratoria.
2. Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal.

Entre las causas post-natales están:

1. Enfermedades infecciosas durante la infancia.
2. Traumatismos craneales.
3. Secuelas del factor RH.
4. Neoplasias cerebrales.
5. Anoxias accidentales." (21)

La secuela conductual es muy diversa, puede ir desde una aparente ausencia de disturbios en el comportamiento, hasta la más seria desorganización en el funcionamiento social, perceptual y cognoscitivo.

La hiperactividad o hiperquinesia es el más aparente de los trastornos de la conducta, no se trata de una inquietud, sino de un verdadero estado de movilidad, casi permanente que el niño manifiesta desde muy pequeño.

Estos niños presenten un estímulo incontrolable, parece que la disfunción favorece una forma excesiva de actividad sensorial, la cual obliga al niño estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el exterior como de su propio medio interior. Los estímulos externos ofrecen al niño una gran dificultad para establecer una discriminación adecuada, provocando que prácticamente todos tengan el mismo valor, se comprende como un obstáculo para el aprendizaje, debido a que se origina desde el interior del niño, es en parte una respuesta al ambiente. Los ambientes que más estimulan a los sentidos incrementan la notilidad en tanto que los lugares sin ruidos tienden a mejorar la conducta del niño. En algunas ocasiones la hiperactividad se incrementa durante el sueño. Son características asociadas a la hiperactividad la destructividad, la agresividad, la inatención, la irritabilidad, la impulsividad afectiva y la dislexia.

(21) VELASCO, Rafael. Op.Cit PP.26

A continuación se presenta la sintomatología de la disfunción cerebral mínima.

- I. Hiperquinesia:
 - 1. Destructividad.
 - 2. Hiperactividad verbal. (verborrea)
 - 3. Trastorno del sueño.
 - 4. Agresividad.

- II. Inatención:
 - 1. Hiperactividad sensorial.
 - 2. Distracción.

- III. Irritabilidad:
 - 1. Conducta impredecible.
 - 2. Baja tolerancia a la frustración: Berrinches.

- IV. Impulsividad:
 - 1. Conducta "antisocial".
 - 2. Enuresis, encopresis.

- V. Incoordinación muscular (dispraxia):
 - 1. Torpeza corporal.
 - 2. Disgrafía.
 - 3. Ineptitud deportiva.
 - 4. Disartria, dislalia.

- VI. Disforia:
 - 1. Anhedonia.
 - 2. Ansiedad.
 - 3. Deficiente autoestima.

- VII. Desobediencia patológica:
 - 1. Incomprensión de órdenes.
 - 2. Repetición de la falta.
 - 3. Incomprensión del castigo.

- VIII. Trastornos del aprendizaje:
 - 1. Problemas visomotores, dislexia.
 - 2. Disociación.
 - 3. Inversión del campo visual.
 - 4. Perseveración.
 - 5. Memoria deficiente.
 - 6. Pobreza de la imagen corporal." (22)

Además de los síntomas, están los signos, los cuales deber tenerse en cuenta en la exploración física y psicológica del niño, los que deben proporcionar los elementos necesarios para emitir un diagnóstico.

(22) VELASCO, Rafael. Op.Cit PP 23

El término antes descrito, se conoce actualmente según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y comportamiento perturbador.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno de atención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave en niños, las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales, los sujetos que presentan este tipo de trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares, las tareas suelen ser sucias y descuidadas y realizadas sin reflexión, suelen presentar problemas en las actividades lúdicas, académicas y sociales, a menudo no siguen instrucciones ni ordenes, no completan sus tareas en casa, se disgustan en tareas que requieren responsabilidad y un esfuerzo mental. Los hábitos suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para las tareas se encuentran rotos y sucios, los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad, interrumpen las tareas que realizan, atienden ruidos ignorados por otros, suelen ser olvidadizos.

La hiperactividad suele manifestarse por moverse constantemente, el niño hiperactivo presenta dificultad para jugar, para realizar actividades sedentarias en el colegio, habla en exceso o hace mucho ruido, se levanta cuando come, es impaciente, no puede esperar turno, interrumpe frecuentemente a otros, hacen comentarios fuera del lugar, no atienden normas.

Aunque la mayor parte de tipos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de los siguientes patrones.

1. "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses o más, 6 síntomas de desatención y 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno de incluyen en el tipo combinado.

2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio del déficit de atención:

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses, 6 síntomas de desatención.

3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses, 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad". (23)

Las características asociadas varían en función de la edad y el estado evolutivo, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus pretensiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima.

Con frecuencia el rendimiento académico está afectado y evaluado, lo conduce típicamente a conflictos con la familia y

(3) Asociación Psiquiátrica Americana. OP.Cit. PP 82

la escuela, la inadecuada dedicación a tareas que requieren un esfuerzo sostenido suele interpretarse por los demás como pereza, escaso sentimiento de responsabilidad y comportamiento oposicionista. Los sujetos con trastornos por déficit de atención con hiperactividad pueden alcanzar niveles académicos inferiores a los obtenidos por sus compañeros y conseguir rendimientos laborales inferiores. Su desarrollo intelectual, verificado por tests de CI individuales, parece ser algo inferior al de los otros niños.

El trastorno es muy perturbador, afectando la adaptación social, familiar y escolar, presentando también un trastorno disocial. En los niños con este problema se presentan también problemas en su estado de ánimo, trastorno de ansiedad, del aprendizaje y de la comunicación.

No hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticos en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En algunos grupos de sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se ha observado que ciertas pruebas que requieren procesamientos mental persistente ponen de manifiesto rendimientos anómalos en comparación con sujetos de control, pero aún no se ha definido que déficit es responsable de este fenómeno.

No existen características físicas específicas asociadas al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, aunque pueden producirse algunas anomalías físicas menores y frecuentemente lesiones físicas provocadas por accidentes.

Se sabe que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad ocurre en distintas culturas con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son diferentes, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 ó 5 años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad, pudiendo incluir características similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además algunos síntomas en niños pequeños no se pueden observar con facilidad, ya que algunos niños experimentan pocas exigencias de atención sostenida. Los niños que sufren de este trastorno se mueven excesivamente y suelen ser difíciles de contener y controlar.

A medida que los niños maduran, los síntomas tienden a ser menos frecuentes, los signos de actividad motora excesiva y los síntomas de hiperactividad, pueden limitarse a inquietud motora o a un sentimiento interno de desazón. En los niños de edad escolar, los síntomas de desatención afectan las tareas en clase; el rendimiento académico, los síntomas impulsivos afectan las normas del hogar y la escuela. El trastorno es más frecuente en varones que en niñas.

En trastornos como el de ansiedad e hiperactividad, su diagnóstica hasta los 7 años de edad, por lo que se debe diagnos-

ticar cada trastorno por separado, los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionados con el uso de medicamentos (broncodilatadores) en niños menores de 7 años no se diagnostican como trastorno por déficit de atención con hiperactividad sino que se diagnostican como trastorno relacionado con otras sustancias no específicas.

"Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A. (1) o (2):

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerczomenteal sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(h) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede imitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

Impulsividad:

(e) a menudo "esta en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses." (24)

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial"

(24) Asociación Psiquiátrica Americana. Op. Cit. pp 89-89

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la realización de nuestra investigación monográfica se utilizó la técnica de revisión bibliográfica, la cual consistió en revisar, analizar y sintetizar todos aquellos textos seleccionados con anterioridad, que permitieron crear y elaborar un mejor enfoque científico dentro de la investigación realizada.

Para la realización de dicha investigación, también se realizaron visitas de trabajo a diferentes instituciones encargadas de documentar información respecto a investigaciones sobre salud y educación realizadas en Guatemala y/o a nivel internacional, con el fin de recolectar datos y complementar nuestra investigación. Dentro de estas instituciones se encuentra el Centro de Información y Documentación en Guatemala (DINDEG) de la Universidad "Rafael Landívar", el Instituto de Investigación y Mejoramiento Educativo (IIME), la Dirección General de Investigaciones (DIGI), ambas de la Universidad de "San Carlos" de Guatemala, el Instituto Nutricional de Centroamérica y Panamá (INCAP), así como también fue consultada la red de información de INTERNET.

ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS:

A continuación se presentan las propuestas de actualización de términos psicopedagógicos empleados en la carrera técnica de Educación Especial, las cuales fueron elaboradas tomando como referencia el Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, de la Asociación Psiquiátrica Americana.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
18/11/11

PROPUESTA DE ACTUALIZACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS

ACTUALMENTE EN USO	ACTUALIZACION DSM-IV
Trastorno de inicio en la infancia, niñez o adolescencia.	Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia.
Trastornos del desarrollo.	Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia.
Deficiencia Mental muy ligera. Deficiencia Mental ligera. Deficiencia Mental Moderada. Deficiencia Mental Severa. Deficiencia Mental profunda.	Retraso Mental Leve. Retraso Mental Moderado. Retraso Mental Grave. Retraso Mental Profundo. Retraso Mental de Gravedad no especificada.
Trastornos Específicos del Desarrollo.	Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia.
Trastornos de las Habilidades académicas.	Trastornos del aprendizaje.
Trastornos del desarrollo en el cálculo aritmético. Discalculia.	Trastornos del Cálculo.
Trastornos del desarrollo en la escritura.	Trastornos de la expresión escrita.
Trastornos del desarrollo en la lectura.	Trastornos en la lectura.
Dislexia.	Trastorno del aprendizaje no especificado.

PROPUESTA DE ACTUALIZACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS

ACTUALMENTE EN USO	ACTUALIZACION DSM-IV
Trastornos especificos del desarrollo	Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia.
Trastornos por conductas perturbadoras.	Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.
Hiperactividad.	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado.
Problemas de conducta. Lesión cerebral mínima.	Trastorno por déficit con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.
Hiperquinesia. Disfunción cerebral mínima.	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

INDICE DE MODIFICACIONES DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS

EN DESUSO	SEGUN DSM-IV
DEFICIENCIA MENTAL	RETRASO MENTAL
*Deficiencia Mental muy ligera. CI de 65 - 79.	*Retraso Mental leve CI entre 50 - 55 y aprox. 70.
*Deficiencia Mental ligera CI de 50 - 64.	*Retraso Mental moderado. CI entre 35 - 40 y 50 - 55.
*Deficiencia Mental moderada. CI de 35 - 49.	*Retraso Mental grave CI 20 - 25 y 35 - 40.
*Deficiencia Mental Severa CI de 20 - 34.	*Retraso Mental Profundo CI entre 20 ó 25 inferior.
*Deficiencia Mental Profunda. CI de 0 - 19.	*Retraso Mental de gravedad no especificada. Cuando existe clara presunción de Retraso Mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

INDICE DE MODIFICACIONES DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS

EN DESUSO	SEGUN DSM-IV
DISLEXIA.	TRASTORNO DEL APENDIZAJE NO ESPECIFICADO.
*Trastorno del desarrollo en el cálculo aritmético.	*Trastorno del cálculo.
*Trastorno del desarrollo en la escritura.	*Trastorno de la expresión escrita.
*Trastorno del desarrollo en la lectura.	*Trastorno de la lectura.
HIPERACTIVIDAD.	TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR.

CONCEPTUALIZACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS
EMPLEADOS EN EDUCACION ESPECIAL

ACTUALMENTE EN USO	ACTUALIZACION DSM-IV
<p>Los que comprenden:</p> <p><u>DEFICIENCIA MENTAL:</u></p> <p>Se refiere al funcionamiento intelectual inferior al promedio, que se origina en el periodo de desarrollo y que está asociado con el deterioro de la conducta adaptativa.</p>	<p><u>RETRASO MENTAL:</u></p> <p>Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativa por debajo del promedio (un CI de 70 ó inferior) con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.</p>
<p><u>DEFICIENCIA MENTAL LIGERA:</u></p> <p>A menudo no puede ser detectado como deficiente mental, la persona puede llegar a adquirir conocimientos prácticos de lectura y aritmética, adquirir habilidades sociales y vocacionales adecuadas para mantenerse a sí misma.</p>	<p><u>RETRASO MENTAL LEVE:</u></p> <p>Consideradas como personas que suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación, con insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotrices y no son distinguibles como personas con retraso mental, adquieren habilidades sociales y laborales y adquieren conocimientos académicos prácticos.</p>
<p><u>DEFICIENCIA MENTAL MODERADA:</u></p> <p>Desarrollo lento en la motricidad y en el lenguaje. Responde a los cuidados personales, puede aprender la comunicación simple, puede realizar labores simples bajo protección.</p>	<p><u>RETRASO MENTAL MODERADO:</u></p> <p>Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años, pueden aprovecharse de una formación laboral y con supervisión atender a su cuidado personal, se pueden beneficiar del adiestramiento en habilidades sociales y laborales. Se adaptan bien en la vida, en la vida en la comunidad.</p>

CONCEPTUALIZACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS
EMPLEADOS EN EDUCACION ESPECIAL

ACTUALMENTE EN USO	ACTUALIZACION DSM-IV
<p><u>DEFICIENCIA MENTAL SEVERA:</u></p> <p>Retraso marcado en el desarrollo motor, muy poca o ninguna comunicación, poca comprensión del lenguaje y emite algunas respuestas. Se puede conformar a la rutina diaria y las actividades repetitivas.</p>	<p><u>RETRASO MENTAL GRAVE:</u></p> <p>Lenguaje comunicativo escaso o nulo, pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal, pueden ser capaces de realizar tareas simples con supervisión, se adaptan bien en la vida en comunidad.</p>
<p><u>DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA:</u></p> <p>Retraso pronunciado, capacidad mínima para el funcionamiento sensorial, retraso en todas las áreas del desarrollo, lenguaje primitivo incapaz de mantenerse por sí solo.</p>	<p><u>RETRASO MENTAL PROFUNDO:</u></p> <p>Desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor, el desarrollo socioemocional puede mejorar si se le somete a un adiestramiento adecuado.</p>
	<p><u>RETRASO MENTAL DE GRAVEDAD NO ESPECIFICADA:</u></p> <p>Este diagnóstico deberá utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero la persona no puede ser evaluada mediante los test de inteligencia usuales, debido a las excesivas insuficiencias o falta de cooperación que impiden que sean evaluados.</p>

CONCEPTUALIZACION DE TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS
EMPLEADOS EN EDUCACION ESPECIAL.

ACTUALMENTE EN USO	ACTUALIZACION DSM-IV
<p><u>TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO:</u></p> <p>Incluye trastornos de carácter característicos por un desarrollo inadecuado de habilidades específicas relacionadas con el lenguaje, la coordinación motora y el rendimiento académico.</p>	<p><u>TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.</u></p>
<p><u>TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES ACADEMICAS:</u></p> <p>Es un funcionamiento inferior a lo esperado, dada la edad cronológica del sujeto, su CI y el grado de escolaridad.</p>	<p><u>TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE:</u></p> <p>Se caracteriza por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado, dada la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad.</p>
<p><u>TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL CALCULO ARITMETICO:</u></p> <p>Este trastorno consiste en un déficit marcado en el desarrollo de las habilidades aritméticas, que no pueden explicarse por un retraso mental por deficiencias sensoriales.</p>	<p><u>TRASTORNO DEL CALCULO:</u></p> <p>Es una capacidad aritmética (medida mediante pruebas normalizadas de cálculo o razonamiento matemático administradas individualmente) que se sitúa por debajo de lo esperado, con sujetos de edad cronológica, CI y escolaridad conforme a la edad.</p>

**CONCRETIZACIÓN DE LOS TERMINOS PSICOPEDAGÓGICOS
EMPLEADOS EN ENUNCIACIONES ESPECIALES**

ACTUALMENTE EN USO	ACTUALIZACIÓN DSM-IV
<p>TRASTORNOS DE DESARROLLO EN LA ESCRITURA:</p> <p>Consiste en un déficit marcado en el desarrollo de habilidades de escritura que no pueden ser explicadas por un retraso mental o por una escolaridad insuficiente y que no se deba a un defecto esencial o a un trastorno neurológico.</p>	<p>TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA:</p> <p>Es una habilidad para la escritura (evaluada mediante pruebas normalizadas) por evaluación funcional de la habilidad para escribir) que se sitúa por debajo de lo esperado dada la edad cronológica (CI y la escolaridad) propia de su edad.</p>
<p>TRASTORNOS DE DESARROLLO EN LA LECTURA:</p> <p>Es un trastorno consistente en un déficit notable en el desarrollo de las habilidades para reconocer las palabras y comprender el texto que se debe a un retraso mental o por una escolaridad insuficiente y no se debe a un defecto esencial o a un trastorno neurológico.</p>	<p>TRASTORNO DE LA LECTURA:</p> <p>El aprendizaje en la lectura (esto es, precisión y velocidad o comprensión) de la lectura evaluada mediante pruebas normalizadas) se sitúa por debajo de lo esperado en función de la edad cronológica (CI y la escolaridad) propia de la edad de aprendizaje.</p>
<p>DISLEXIA:</p> <p>Es una dificultad para pasar de los símbolos visuales o auditivos a la conceptualización (racionalización) y su transferencia práctica como respuesta hablada o escrita.</p>	<p>TRASTORNO DE APRENDIZAJE NO ESPECÍFICO:</p> <p>Se refiere a deficiencias observadas en áreas de lectura, cálculo y escritura que interfieren en el aprendizaje académico, aunque el rendimiento en las pruebas no se sitúa por debajo de lo esperado dada la edad cronológica (CI y la enseñanza) de su edad.</p>

CONCEPTUALIZACION EN TERMINOS PSICOPEDAGOGICOS
EMPLEADOS EN EDUCACION ESPECIAL.

ACTUALMENTE EN USO	ACTUALIZACION DSM-IV
<p data-bbox="412 342 639 369"><u>HIPERACTIVIDAD:</u></p> <p data-bbox="412 443 808 594">Movimiento excesivo en forma patológica, no se trata de una inquietud, si no de un verdadero estado de movilidad casi permanente.</p>	<p data-bbox="846 348 1214 426"><u>TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD:</u></p> <p data-bbox="846 453 1198 573">Se caracterizan por síntomas manifiestos de desatención y/o impulsividad hiperactividad.</p>

INDICE DE MODIFICACIONES DEL DSM-IV

Aquí se describen las principales modificaciones realizadas en el DSM-IV que han sido incluidas en los términos y categorías del DSM-IV. Los trastornos enumerados se citan siguiendo el orden en que aparecen en la clasificación DSM-IV.

El índice incluye los diagnósticos que han sido introducidos en el DSM-IV y los diagnósticos DSM-III-R que han sido eliminados o incluidos en otras categorías DSM-IV.

En el Eje I del DSM-IV se han codificado los trastornos generalizados del desarrollo del desarrollo, los trastornos del aprendizaje, el trastornos de las habilidades motoras y los trastornos de la comunicación (que estaban codificados en el Eje II del DSM-III-R). En el DSM-IV solo se mantienen codificados en el Eje II los trastornos de la personalidad y el retraso mental.

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.

RETRASO MENTAL.

Se han codificado los criterios para hacerlos más compatibles con la definición de la American Association of Mental Retardation.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.

La denominación del trastorno de las habilidades académicas que aparecían en el DSM-III-R ha sido modificada para reflejar lo que es un uso clínico común. Se ha cambiado el criterio de exclusión (Criterio C) para permitir un diagnóstico del trastorno del aprendizaje en presencia de un déficit sensorial, cuando las dificultades del aprendizaje sean superiores a las habitualmente asociadas al déficit sensorial en cuestión. Además se ha modificado el criterio de exclusión del DSM-III-R para permitir el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje en presencia de una enfermedad médica (o neurológica). A diferencia de lo que sucedía en el DSM-III-R los trastornos del aprendizaje han sido codificados en el Eje I del DSM-IV.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

Este diagnóstico integra en una categoría más amplia lo que eran dos categorías en el DSM-III-R: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno por Déficit de Atención Indiferenciado (sin hiperactividad). Las revisiones de la literatura, los análisis de datos y los resultados de los ensayos de campo sugieren que este trastorno resulta mejor concebido como un trastorno unitario con diferentes patrones predominantes de síntomas. El DSM-IV suministra un conjunto de criterios con tres subtipos (tipo combinado, con predominio del déficit de atención con predominio hiperactivo-impulsivo) que permiten al clínico subrayar la predominancia de los síntomas de déficit de atención, de los síntomas de hiperactividad-impulsividad. El Criterio A organiza los items en tres grupos: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. A fin de reducir los diagnósticos falsos positivos, se ha añadido el Criterio C que exige la presencia de síntomas en dos o más situaciones (por ejemplo, la escuela, el trabajo y el hogar).

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

-- A través de la investigación bibliográfica realizada, se pudo comprobar que la conceptualización y sintomatología de los términos psicopedagógicos utilizados en Educación Especial, continúa siendo la misma. Únicamente han sido actualizado dichos términos.

-- La Asociación Psiquiátrica Americana a través de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, modificó y actualizó algunos de los términos psicopedagógicos, lo cual permite establecer un mejor diagnóstico, logrando así el tratamiento integral de la persona.

-- Lo que anteriormente se conocía como Deficiencia Mental, en el DSM-IV, se conoce como Retraso Mental.

-- Actualmente al Trastorno de las Habilidades Académicas, se le conoce como Trastornos del Aprendizaje.

-- El Trastorno del Desarrollo del Cálculo Aritmético, (anteriormente llamado Discalculia) actualmente se conoce como Trastorno del Cálculo.

-- Lo que se conocía como Trastorno de la Escritura y la Lectura, actualmente se conoce como Trastorno de la Expresión Escrita y Trastorno de la Lectura, respectivamente.

-- Al término de Dislexia (que aún continúa en uso), se le conoce como Trastorno del Aprendizaje no Especificado.

-- Los términos de Hiperactividad o Déficit de Atención, (anteriormente llamado hiperquinesia o síndrome de disfunción cerebral mínima) se integran en una categoría más amplia que permite clasificar en un conjunto de criterio, tres subtipos (tipo combinado, con predominio del déficit de atención y con predominio hiperactivo-impulsivo). Permitiendo así, desarrollar la predominancia de los síntomas del déficit de atención o de los síntomas de hiperactividad e impulsividad.

RECOMENDACIONES

-- Que profesionales y todas aquellas personas que se relacionan con el tema de la Educación y Educación Especial, se actualicen sobre la nueva terminología que se encuentra dentro del campo educativo.

-- Que se utilice el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, en forma profesional, ya que mediante la brevedad y concisión de los criterios permite establecer un diagnóstico claro, facilitando la comunicación entre los profesionales de la Educación Especial.

-- Que se continúe realizando estudios respecto a dicho Manual, ya que ofrece un amplio campo de investigaciones científicas de importancia.

BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Psiquiátrica Americana.
"MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES
DSM-III-R".
Editorial Masson, S.A.
Barcelona, España. 1988.
2. Asociación Psiquiátrica Americana.
"MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES
DSM-IV"
Editorial Masson, S.A.
México, D.F. 1995.
3. POROT, Antoine.
"DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA No. 1"
Editorial Labor, S.A.
Tercera Edición, 1992.
4. NIETO, Margarita.
"EL NIÑO DISLEXICO"
Editorial la Prensa Médica Mexicana.
México D.F. 1988.
3a. Edición.
5. GARCIA, De Zelaya Beatriz y Otra.
"EDUCACION ESPECIAL"
Editorial ASIES, Guatemala.
1993.
6. AJURIAGUERRA, Julian.
"MANUAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL"
Editorial Masson, S.A.
México D.F. 1983.
7. HAMMILL, Daniel.
"DICCIONARIO PSICOPEDAGOGICO MODERNO"
Editorial Kapelusz, México D.F.
1a. Edición.
8. CASTANEDO, Celedonio.
"DEFICIENCIA MENTAL"
Editorial Texto, Costa Rica.
2a. Edición.

9. CRUICKSHANK, William.
"EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL"
Editorial Trillas, México D.F. 1988.
10. OSMAN, Betty.
"PROBLEMAS DE APRENDIZAJE"
Un asunto familiar.
Editorial Trillas, México D.F.
1988. 1a. Edición.
11. NYERS, Patricia y Otro.
"METODOS PARA EDUCAR NIÑOS CON DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE"
Editorial Limusa, México D.F.
1a. Edición, 1980.
12. GALINDO, Edgar y Otros.
"MODIFICACION DE CONDUCTA EN LA EDUCACION ESPECIAL"
Diagnóstico y Programas.
Editorial Trillas, México D.F.
1a. Edición. 1980.
13. TARNAPOL, Lester.
"DIFICULTADES PARA EL APRENDIZAJE"
Editorial la Prensa Médica Mexicana.
México D.F. 1986.
1a. Edición.
14. GRANELL, Elena.
"APLICACION DE TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA"
Control de la Hiperactividad en el ambiente natural.
Editorial Trillas, México D.F. 1977.
15. CLARIZIO, Harvey y Otro.
"TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN EL NIÑO"
Editorial El Manual Moderno, México D.F.
2a. Edición.
16. VELASCO, Rafael.
"EL NIÑO HIPERQUINETICO"
Editorial Trillas, México D.F.
2a. Edición. 1988.

INDICE GENERAL

PROLOGO	
CAPITULO I	
INTRODUCCION	
1.1 MARCO TEORICO	03
1.2 DEFICIENCIA MENTAL	
1.3 RETRASO MENTAL	
1.4 DISLEXIA	
1.5 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	
1.6 HIPERQUINESIA	
1.7 TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD	22
CAPITULO II	
TECNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	23
CAPITULO III	
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	25

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES	39
4.2 RECOMENDACIONES	40

BIBLIOGRAFIA	41
--------------	----