



TRABAJO FINAL DE INTEGRACION

INTEGRACION ESCOLAR DE UN NIÑO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO

Alumna: María Alicia Vega

Tutor: Lic. José L. Albani

Fecha: 30/04/09

1. INTRODUCCION.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
3. MARCO TEORICO.....	4
4. METODOLOGIA.....	22
5. DESARROLLO.....	25
6. CONCLUSIONES.....	36
7. BIBLIOGRAFIA.....	41

1. INTRODUCCION

Entre agosto y diciembre de 2008, se trabajaron 320 horas en un colegio primario para dar cumplimiento a la residencia de la materia Práctica y Habilitación Profesional de la Carrera de Grado, Licenciatura en Psicología. Y, es en el transcurso de esos meses que surge la idea de realizar el presente trabajo sobre la integración escolar de un niño diagnosticado con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

La residencia se desarrolla mayormente en el Servicio de Orientación Psicopedagógica donde se presencian entrevistas (con alumnos, padres, docentes y profesionales externos). Y, además, se realizan observaciones en el aula, los recreos, el comedor y la Ludoteca (espacio para juegos de mesa).

La tarea principal de los profesionales que integran el Servicio de Orientación Psicopedagógica (dos psicólogos y una psicopedagoga) es realizar un seguimiento de las actividades de los niños. Esto incluye observar, detectar dificultades y armar estrategias destinadas a solucionar problemas.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la integración escolar de un niño de seis años que cursa 1° Grado en Escuela Primaria, diagnosticado con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Objetivos Específicos

Analizar las intervenciones del Servicio de Orientación Psicopedagógica para la integración escolar de un niño diagnosticado con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Analizar la evolución escolar de un niño con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado a partir de la aplicación de estrategias y técnicas integradoras.

3. MARCO TEORICO

3.1. Clasificación en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Evolución histórica.

La Psiquiatría Infanto-Juvenil se ocupa de las alteraciones de las funciones cerebrales superiores que se manifiestan desde el nacimiento hasta la adolescencia. El origen puede ser orgánico, funcional o emocional y, estas alteraciones pueden deberse a factores exógenos o endógenos (Marchant, 2002).

Los primeros interesados en los problemas mentales del niño no pensaron en clasificar lo que observaban, sino que solamente buscaron un equivalente con los problemas mentales de los adultos.

Recién a finales del Siglo XIX en Francia y Alemania, varios psiquiatras observaron los problemas mentales de los niños como algo inherente a ellos mismos. Como ejemplo, Moreau de Tours escribió en 1888 “La Locura del Niño” o Mannheimer que, en 1889, escribió “Los problemas mentales del niño” (Lebovici, 1995).

La mayoría de las primeras clasificaciones se basaban en las teorías de los autores sobre el origen de los problemas mentales del niño. Así, podía verse algunas que hacían hincapié en factores hereditarios; mientras que, otros ponían el acento en los factores psicosociales (Lebovici, 1995).

A continuación, se detalla la evolución histórica que tuvo la clasificación psiquiátrica infanto-juvenil durante el siglo XX hasta nuestros días (Marchant, 2002).

- *1903*. Binet realiza una clasificación utilizando escalas psicométricas y, de esta manera, establece pautas para una escolarización común o especializada.
- *1915*. Collin describe como retardos mentales cuadros que luego serían descriptos como neurosis y psicosis infantiles.
- *1935*. Kanner publica su tratado de psiquiatría infantil donde presenta varios tipos de “dificultades de la personalidad” que hoy llamaríamos trastornos.

- *1946.* Hewitt y Jenkins realizan un primer intento de sistematizar los diagnósticos de niños y adolescentes.
- *1966.* Achenbach y el Grupo por el Avance de la Psiquiatría (GAP) proponen nuevos enfoques conceptuales. El Comité de Psiquiatría Infantil del GAP en los Estados Unidos propone una clasificación de los trastornos psicopatológicos de la infancia tomando en consideración los distintos enfoques teóricos e intenta agruparlos de la manera más lógica posible.
- *1966-1979.* Achenbach junto con Edelbrock propone escalas para diferenciar los problemas de conducta de los niños y adolescentes. Estos investigadores intentan encontrar un instrumento de medición para las características disfuncionales y las habilidades sociales. Este instrumento debería permitir la evaluación de niños de diferentes culturas sin ser invalidada por los rasgos característicos de las mismas.
- *1969.* Rutter y sus colaboradores proponen una clasificación pluridimensional a tres ejes de los trastornos psiquiátricos infantiles.
- *1975.* Rutter, Shaffer y Shepherd llevan a cabo la evaluación de una propuesta de clasificación multiaxial para la OMS que incluye cuatro ejes. El mismo año se publica la guía de clasificación que emplean Rutter, Shaffer y Sturge en Londres que incluye cinco ejes.

En la actualidad se utilizan dos clasificaciones internacionales de trastornos mentales y del comportamiento: el DSM-IV TR elaborada por la American Psychiatric Association (APA, 2000) y otra, la ICD-10 confeccionada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003) como parte de su Clasificación Internacional de Enfermedades. Ambas clasificaciones incluyen apartados dedicados a la patología psiquiátrica de la edad del desarrollo (Marchant, 2002).

Marchant destaca que estas clasificaciones diagnósticas psiquiátricas son ampliamente usadas y tienen una enorme utilidad comunicativa. Sin embargo han recibido críticas por la “estigmatización” que sufre el paciente debido al “etiquetado diagnóstico psiquiátrico”. Y, también, cuando ocurren variaciones en tales diagnósticos en función de las variables sociales, culturales, etc.

En este último caso, es pertinente mencionar la importancia de tomar como eje de referencia no sólo el desarrollo evolutivo del niño sino, además, las normas del contexto social y familiar en que el niño se desarrolla. Indudablemente, este es un factor a tener en cuenta para realizar un adecuado diagnóstico (Forns i Santacana, 1993).

No obstante, a pesar de estas objeciones, Forns i Santacana destaca que los sistemas taxonómicos del tipo DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA) van acentuando su utilidad, en la medida que son aceptados por la comunidad internacional.

3.2. Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)

El DSM-IV TR incluye a los Trastornos Generalizados del Desarrollo dentro de los Trastornos de inicio en la Infancia, Niñez y Adolescencia. Estos se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo:

- habilidades para la interacción social,
- habilidades para la comunicación, o
- la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

Aunque en algún momento se utilizaron términos como “psicosis” y “esquizofrenia infantil” para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos a favor de que los Trastornos Generalizados del Desarrollo son distintos de la esquizofrenia (sin embargo, un sujeto con un trastorno generalizado del desarrollo puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior).

El retraso mental suele acompañar a los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, el DSM-IV TR incluye el Trastorno Autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno desintegrativo infantil, el Trastorno

de Asperger y el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico).

En la ICD-10, los Trastornos Generalizados del Desarrollo son definidos como un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y, por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. En esta clasificación, se incluye el Autismo infantil, el Autismo atípico, el Síndrome de Rett, Trastorno desintegrativo de la infancia, el Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados, el Síndrome de Asperger, Otros trastornos generalizados del desarrollo y el Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

García Coto (2000) señala que los TGD son trastornos del desarrollo neuropsicológico, de origen genético y sin relación causal con sucesos de vida, ya sea que estén referidos al paciente o a su entorno. Están definidos de manera característica en tanto:

- Formen parte de una configuración necesaria en la que existe presencia o ausencia de comunicación y su fin no es compartir sino que, esa comunicación cesa con la satisfacción de la necesidad que la motivó, etc.
- Su presencia o ausencia no dependan de circunstancias externas ni de etapas evolutivas.
- Su comienzo y definición nosológica se produzcan en los primeros años de vida del niño.
- Actualmente, se desarrollan algunas hipótesis que plantean la base de los TGD, alteraciones en algunas funciones que podrían corresponderse con las conductas nucleares.

García Coto continúa describiendo las funciones afectadas:

1. Sensoriopercepción

Inatención selectiva al lenguaje verbal, atención a detalles muy selectiva y no compartida y comportamiento paradójico ante estímulos sensoriales.

2. Desarrollo de la reciprocidad social y emocional

Incapacidad de modificar su actitud según las emociones de los demás.

Ausencia de una “Teoría de la Mente”. Esta teoría trata de la habilidad para inferir estados mentales en los otros.

3. Lenguaje

Puede haber, o no, lenguaje verbal; pero, existe un trastorno en la función pragmática.

No hay habilidad para iniciar o mantener una conversación. Sin embargo, se observa lenguaje verbal o no verbal para demandar la satisfacción de necesidades básicas.

4. Modalidad cognitiva

Está relacionado con el grado de retraso asociado con el autismo.

Hay ausencia aparente de actividad imaginativa y pobreza en el juego simbólico.

La función ejecutiva está alterada. Esta alteración se manifiesta en la imposibilidad manifiesta de realizar (de manera espontánea o a pedido) tareas de cierta complejidad. Las conductas repetitivas como única actividad espontánea podrían ser un indicio de la falta de conductas de la función ejecutiva.

Otros estudios que también alcanzaron a los TGD fueron los realizados por Wing y Gould (1979) quienes concibieron el concepto de Espectro Autista. A partir del mismo definieron el autismo como un continuo más que como una categoría diagnóstica, como un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales, que en un 75% se acompaña de retraso mental.

Es de destacar que, estos autores indicaron que hay otros cuadros con retraso del desarrollo no autistas que presentan sintomatología autista. Además, Wing desarrolló una tríada de dimensiones alteradas que se producen no sólo en las personas con trastorno profundo del desarrollo, sino en otras cuyo desarrollo está afectado por diferentes causas: retrasos de origen metabólico o genético, epilepsias en la primera infancia que se acompañan de retraso mental, etc.

Esta tríada está compuesta por trastornos de la reciprocidad social, trastornos de la comunicación verbal y no verbal y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa. Aunque luego añadió los patrones repetitivos de actividad e intereses.

Siguiendo esta línea, Rapin (2002) señala que el autismo ya no se considera una enfermedad aislada sino un espectro de enfermedades, que van de lo leve a lo más grave. Inclusive, algunos médicos agrupan a todas las formas de autismo bajo el título de trastornos generalizados del desarrollo. Y, todos tienen las mismas características de dificultades en la comunicación, falta de habilidades sociales y problemas de conducta.

Resulta importante destacar que, las conductas en los TGD forman parte de una estructura. Es decir que, no aparecen en forma aislada (García Coto, 2000).

3.2.1. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (incluyendo autismo atípico)

El DSM-IV TR determina que esta categoría debe utilizarse cuando existe alguna alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación verbal o no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Por ejemplo, esta categoría incluye el “autismo atípico”: casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica, o por todos estos hechos a la vez.

Respecto de este mismo trastorno, la ICD-10 ubica allí a todas aquellas categorías con características de la descripción general de los trastornos generalizados del desarrollo pero que, por falta de información adecuada o por hallazgos contradictorios, no satisfacen las pautas de los otros códigos.

García Coto señala que los niños afectados por este trastorno son aquéllos que generalmente tienen trastornos de lenguaje, cognitivos, de la comunicación y de la

función ejecutiva sin conformar un cuadro diferenciado de ninguno de los subtipos ya mencionados. Pero, con el desarrollo claramente perturbado y no en función del retardo.

3.3. Psicoterapias Infantiles

Kaplan, Sadock y Grebb (1996) mencionan los siguientes tipos de psicoterapias infantiles:

- *Terapia de relación.* Los psicoterapeutas infantiles hablan de este tipo de terapia para describir la forma de tratamiento en la que el elemento principal es la relación positiva, amigable y de apoyo.
- *Psicoterapia educacional y de modelado.* Se concentra en inculcar nuevas actividades y conductas a niños que utilizan patrones inmaduros e ineficaces, que a menudo se deben a un retraso en la maduración.
- *Psicoterapia de apoyo.* Resulta útil para ayudar a un niño bien adaptado cómo hacer frente a la alteración emocional desencadenada por una crisis.
- *Terapia de liberación.* Facilita la abreacción de las emociones acumuladas. Principalmente, está indicado para niños en edad preescolar que sufrieron un trauma aislado.
- *A través de los padres.* En estos casos, el terapeuta debe estar alerta ante la eventualidad de que haya un mal diagnóstico, como consecuencia de tratar al paciente indirectamente a través de los progenitores.
- *Terapia de orientación psicoanalítica.* Trata de que el niño desarrolle su potencial a través de la autocomprensión. Así, se trata de liberar la energía psíquica presuntamente gastada en defenderse contra peligros imaginados.

- *Terapia ambiental.* Se aplica una integración de enfoques conductuales y psicodinámicos en los casos de niños internados en residencias psiquiátricas o en centros de tratamiento diurno.
- *Terapia cognitiva.* Se intenta corregir las distorsiones cognitivas; en especial, los conceptos negativos sobre uno mismo. Se utiliza principalmente en los trastornos depresivos.

3.4. Psicoterapias para niños con TGD

En los últimos años, se ha cuestionado el papel de la psicoterapia en el tratamiento de niños con TGD. Inclusive, en razón de los avances en neuropsiquiatría, neurofisiología y genética, la psicoterapia ha quedado relegada a las reseñas históricas de los tratamientos de autismo. Y, aun en los casos en que se recomienda trabajo psicoterapéutico, en realidad, se trata de un apoyo muy estructurado dirigido a niños mayores de alto funcionamiento y adolescentes (Ruberman, 2002).

Sin embargo, esta autora argumenta que la psicoterapia juega un rol central en el tratamiento de niños con TGD y, agrega que, las intervenciones psicoterapéuticas deberían comenzar lo más temprano posible.

Continúa señalando que, en términos de psicoterapia, lo importante no radica en el hecho de que el niño sea diagnosticado con autismo o Síndrome de Asperger, sino que, la cuestión es ver si la psicoterapia puede ser útil para los niños con TGD. Pero, naturalmente, cuanto más finos sean los diagnósticos, se estará en condiciones de recomendar un tratamiento más específico, incluyendo los psicoterapéuticos. Actualmente, más que el diagnóstico, son las habilidades y déficits individuales las que determinan el tipo de intervención.

3.4.1. Tratamientos orientados a la conducta y la educación

En las dos últimas décadas, se ha comprobado que los programas de intervención conductuales han dado buenos resultados. Tal es el caso del llamado Análisis

Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis – A.B.A.) en el cual se enseñan tareas cognitivas a los niños autistas utilizando un sistema de recompensas intensivo.

Otro programa es el Tratamiento y Educación de Niños Autistas y con Déficit de Comunicación (TEACCH). Se trata de un programa educacional escolar que combina intervenciones individualizadas educacionales y conductuales con el entrenamiento de los padres.

El enfoque de estos programas reside en el progreso del lenguaje, la conducta social y el juego en grupo. Algunos de estos programas (no todos) toman en cuenta las necesidades específicas del niño y su familia. Sin embargo, siempre hay cuestiones emocionales con las cuales luchan los niños con serios déficits. Por ello, es preciso contar con un personal altamente entrenado en el desarrollo (normal y deficitario) y en el trabajo clínico, para que no se descuide lo emocional (Ruberman, 2002).

3.4.2. Tratamientos psicodinámicos

En una postura diferente, existen otros dos programas intensivos que son más psicodinámicos y están dirigidos a los problemas cognitivos y de lenguaje en los niños diagnosticados con TGD. El programa dirigido por Allen y Mendelson consiste en intervenciones organizadas de forma individual para cada niño. Este programa incluye un trabajo educacional intensivo pero, el énfasis está puesto en el compromiso afectivo con el niño y, también, se trabaja en estrecha relación con la familia. (Ruberman, 2002).

Greenspan y Wieder han desarrollado un plan basado en el temperamento, la personalidad y el estilo particular de aprendizaje del niño con TGD. La teoría es que el desarrollo afectivo no está separado del desarrollo cognitivo y el lenguaje. Además, ellos ven al afecto como el principal organizador del desarrollo. Es decir que, cuanto más se desarrollan los niños, más necesitan una conexión afectiva con los otros a fin de poder desarrollarse adecuadamente.

Según Greenspan y Wieder, este programa ha resultado exitoso en el caso de niños autistas porque el foco estaba puesto en el afecto, lo cual es la mayor diferencia entre

este programa y los conductuales y educacionales. Ellos sostienen que los niños tratados se vuelven más juguetones y creativos y, al mismo tiempo, les permiten participar más en sus vidas.

Estos autores, también, se refieren a la “Teoría de la Mente” dado que es una de las características en la mayoría de los niños con espectro autista. En este sentido, ellos consideran que su programa psicodinámico colaboró para que estos niños mejoraran y se volvieran más empáticos (Ruberman, 2002).

3.4.3. Terapias de Grupo

En un estudio llevado a cabo a fin de averiguar los beneficios de la terapia de grupo para niños diagnosticados con TGD, se comprobó que este tipo de terapia brinda una oportunidad para mejorar la comprensión y el desarrollo de las habilidades sociales, lo cual favorecía el desarrollo social de estos niños (Tyminsky & Moore, 2008)

3.4.4. Zooterapia – Terapia con asistencia de perros

La zooterapia es una técnica basada en el uso de animales como estímulo permanente. Se utiliza en la terapia de pacientes con Síndrome de Rett, Asperger, espina bífida, VIH, Terminales, Parálisis Cerebral, autismo en todos sus grados, entre otras.

En el caso de los niños autistas, el perro logra sacar al niño del ensimismamiento y estimula la sociabilidad mediante el juego, el movimiento permanente, los lengüetazos. Además, contribuye al desarrollo de sus habilidades sociales y del sentido de responsabilidad. Es decir que, se lleva a cabo una secuencia de trabajo donde el niño, desde que llega a la sesión, pasa desde el juego a la responsabilidad de su mascota a cargo.

En 2002, Martín y Farnum realizaron un estudio con niños diagnosticados con TGD, con el fin de evaluar los efectos que producía en ellos la interacción con perros.

Primeramente, el terapeuta exponía al niño a tres situaciones diferentes: (a) un juego solitario (pelota), (b) un perro de peluche y (c) un perro real. Las interacciones pro-sociales y no-sociales fueron evaluadas en términos de dimensiones conductuales y verbales.

Los resultados demostraron que los niños manifestaron una actitud juguetona, estaban más enfocados y eran más conscientes del entorno cuando estaban acompañados de un perro de terapia.

3.4.5. Farmacoterapia

Masi (2004) en sus estudios sobre farmacoterapia para niños y adolescentes con TGD señala que el uso adecuado de medicamentos puede reducir los síntomas, mejorar la conducta y, al mismo tiempo, aumentar la respuesta positiva a las intervenciones no farmacológicas.

El objetivo de la farmacoterapia es estabilizar los sistemas afectados que subyacen a las conductas anormales; a saber, los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos. Se ha comprobado que los antipsicóticos atípicos (principalmente la Risperidona y la Olanzapina) son indicados especialmente en los casos más graves de problemas conductuales, como las agresiones, las conductas auto-lesivas y la hiperactividad. Los medicamentos serotoninérgicos pueden ser efectivos en los casos de conductas estereotipadas o síntomas emocionales. Pero, no así en cuanto a la interacción social. De todas formas, al reducirse los síntomas, tanto el niño como su familia mejoran su calidad de vida (Masi, 2004).

Pero, si bien estos medicamentos pueden ayudar al niño con TGD, es necesario tener en cuenta que, también, provocan consecuencias adversas: efecto sedativo, aumento de apetito, aumento de peso, cambios en los parámetros del electrocardiograma, vértigo y riesgo de sufrir diskinesias. Además, es importante destacar que, por distintas razones, algunos tratamientos nuevos son aplicados antes de que se concluyan las investigaciones respectivas. Y, luego, cuando se obtienen los resultados finales, a

menudo resultan no ser tan efectivos como se creía originalmente (Malone, Gratz, Delaney & Hyman, 2005).

Como ejemplo, estos autores mencionan el caso de la secretina, un medicamento ampliamente publicitado como tratamiento para el autismo. Sin embargo, los posteriores estudios de control demostraron que la secretina no era más eficaz que un placebo. Nuevos medicamentos como la oxitocina han probado tener un cierto grado de eficacia. Pero, aún deben llevarse a cabo más estudios antes de que pueda ser recomendado para los casos de niños con TGD.

3.5. Aspecto legal de la educación de niños con Necesidades Educativas Especiales

En el ámbito de la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la inclusión educativa de personas con necesidades educativas especiales atañe al Área de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación de Gestión Pública, Subsecretaría de Inclusión Escolar y Conducción Pedagógica, Ministerio de Educación.

3.5.1. Antecedentes y legislación vigente

- *Década del '60.* Principio de Normalización. Ley Nirje.
- *1981.* Ley N° 22.431 de Protección General al Discapacitado.
- *1988-1991.* UNESCO - Programa de “las necesidades especiales en el aula”. El objetivo es ayudar a las escuelas regulares a responder positivamente a la diversidad de los alumnos. El énfasis está puesto en la persona y su contexto.
- *1993.* Ley Federal de Educación N° 24.195. Considera el derecho a la educación, la igualdad de oportunidades y el derecho a las diferencias.
- *1994.* El Poder Ejecutivo Nacional declara “Año de la Plena Integración para las personas con discapacidad” (Decreto N° 236/94).
- *1998.* Acuerdo Marco para la Educación Especial suscripto por el Consejo Federal de Cultura y Educación donde se establecen claramente las nuevas funciones de la

Educación Especial, los criterios para la transformación de la Educación Especial, la priorización del modelo pedagógico y la concertación entre los distintos sectores de la comunidad y organismos gubernamentales y no gubernamentales.

- 2005. Ley 26061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- 2006. Ley de Educación Nacional. Incluye, entre otros objetivos, la Educación Especial sigue el principio de inclusión educativa. Es decir que, brinda a las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos.

3.5.2. Acuerdo Marco para la educación especial

Este Acuerdo, suscripto por el Consejo Federal de Cultura y Educación, está constituido por un conjunto de servicios, técnicas, estrategias, conocimientos y recursos pedagógicos destinados a asegurar un proceso educativo integral a aquellas personas con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, a través de organizaciones específicas y apoyos diversificados.

En dicho documento se señala que las necesidades educativas especiales son las experimentadas por aquellas personas que requieren ayuda o recursos que no están habitualmente disponibles en su contexto educativo, para posibilitarles su proceso de construcción de las experiencias de aprendizaje establecidas en el Diseño Curricular.

A fin de establecer alternativas educativas diferentes y graduales, se prevé ofertar una gama de opciones para las personas con necesidades educativas especiales. Así, se elaborarán programas de apoyo y seguimiento procurando la integración de estos niños a las instituciones de educación común.

Por lo tanto, se hace necesario priorizar el modelo pedagógico en aras de procurar las mejores condiciones para el aprendizaje de los alumnos. Es decir que, la transformación del sistema educativo requiere la superación del modelo psicométrico, que pone énfasis en la clasificación, para centrarse en los aspectos educativos.

Por consiguiente, se llevarán a cabo adaptaciones curriculares con el fin de posibilitar el acceso al currículum común a los niños con necesidades educativas especiales. Estas adaptaciones comprenderán una selección, elaboración y construcción de propuestas que enriquezcan y diversifiquen el currículum común.

En cuanto a la formación y la capacitación docente, se deberán programar cursos en temas propios de la educación especial. Y, además, realizar convenios con los Departamentos de Pedagogía (o sus equivalentes) de las Universidades para formar a sus docentes en la atención a la diversidad y las necesidades educativas especiales.

Este Acuerdo Marco para la Educación Especial, también, contempla la formación profesional de los niños con necesidades educativas especiales. Esta formación puede realizarse, por ejemplo, en situaciones reales de trabajo o en un campo laboral específico. También, puede haber una formación polivalente adecuada para distintos tipos de trabajo.

Con el fin de atender adecuadamente a la diversidad del alumnado, será necesario implementar acuerdos intersectoriales. Por lo tanto, se coordinará el trabajo con Desarrollo Social, Trabajo, Salud y Justicia, Deportes, Recreación, ONG y otros, tanto en el ámbito público como en el privado.

Por último, el Acuerdo Marco establece que sus disposiciones se extienden a los alumnos con capacidades o talentos especiales según está establecido en el Art. 33, inc. a) de la Ley Federal de Educación.

3.6. Adaptaciones curriculares en la integración escolar de niños con Necesidades Educativas Especiales

La integración de los niños con necesidades educativas especiales en la escuela común requiere un abordaje específico, puesto que es necesario sostenerlo en actividades áulicas partiendo de sus posibilidades reales. Así, el niño con dificultades, cuando está

en condiciones de integrarse, requiere de una apoyatura específica que favorezca el éxito de la experiencia.

Respecto a las modalidades de integración, Antúnez y Gairín (1996) proponen secuencias de alternativas educativas. Este enfoque parte de la aceptación de que no hay una clara línea divisoria entre necesidades ordinarias y especiales. Vale decir que, es preciso determinar cuáles son las necesidades específicas de cada persona y, una vez definidas, se deben analizar las alternativas existentes.

Por lo tanto, se hace necesario desarrollar estrategias y recursos educativos adicionales para posibilitar el aprendizaje de los alumnos con necesidades educativas especiales. Esto significa trabajar sobre adaptaciones curriculares según las describe el Acuerdo Marco de 1998.

Al respecto, Lus ya señalaba en 1995 lo necesario de conformar un equipo donde participen el personal directivo, los maestros de grado, los maestros formados en educación especial y otros especialistas, si fuera necesario.

Este equipo interdisciplinario tiene a su cargo la evaluación de las posibilidades de los alumnos para su integración en la modalidad que corresponda. Y, en el curso de este proceso, le brinda su apoyo tanto al alumno como a su familia. También, este equipo realiza una evaluación continua de las técnicas aplicadas en la integración educativa.

Esto implica trabajar sobre la innovación de cada uno de los elementos que componen la programación del aula. Es decir, los objetivos, los contenidos, las metodologías de enseñanza y aprendizaje; y, por último, la modalidad de evaluación.

3.6.1. Objetivos

Tradicionalmente, los objetivos han estado orientados hacia lo puramente cognitivo sin considerar otras áreas como la conducta o aquéllas referidas al desarrollo de la persona. Además, los objetivos están pensados para un supuesto “alumno medio”. Como consecuencia, los resultados son metodologías transmisoras con actividades únicas para

todos los alumnos y, con la expectativa de que todos alcancen los mismos logros en el mismo período de tiempo. Vale decir que, de antemano, se presume que los niños no podrán lograr en el futuro aquellos objetivos que no pudieron lograr en una determinada etapa (Lus, 1995).

Este enfoque tradicional es el que atiborra a los alumnos con contenidos donde predominan la memorización y la práctica mecánica de ejercicios (Perkins, 1997)

Por lo tanto, Lus sostiene que las principales modificaciones deben orientarse a:

- Diversificar objetivos: elaborar objetivos comunes para todos los alumnos y, también, objetivos individualizados de acuerdo a las necesidades y posibilidades de cada uno.
- Atender todas las áreas del desarrollo: afectiva, motora, cognitiva y social.
- Considerar el sentido integral de los aprendizajes: aquellos relacionados con los valores, normas y actitudes.

3.6.2. Contenidos

Un aprendizaje centrado exclusivamente en la “transmisión de contenidos” lleva implícito un desconocimiento de la naturaleza constructiva de los aprendizajes. Todo esto tiene un impacto negativo en los alumnos con necesidades educativas especiales puesto que este tipo de enseñanza no resulta adecuado a sus posibilidades, necesidades e intereses (Lus, 1995).

En este sentido, puede mencionarse el enfoque de los autores Coll, Pozzo, Sarabia y Valls (1994) quienes plantean la necesidad del aprendizaje de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales. Así, ellos proponen un proceso de construcción de significados y de atribución de sentido con el fin de contribuir al crecimiento personal de los alumnos y promover su desarrollo y socialización.

Siguiendo esta línea conceptual, Sánchez Iniesta (1999) sostiene que, si se trabaja en un modelo educativo basado en el aprendizaje significativo, en la atención a la diversidad

de los alumnos, en la autonomía de planificación de las escuelas; lógicamente, las secuencias de contenidos no deberían ser rígidas, ni iguales para todas las escuelas. Por el contrario, deberían respetar las características de los alumnos y de los equipos docentes que las van a aplicar.

Resulta importante señalar lo que Pozzo (1996) refiere como aprendizaje significativo:

- El esfuerzo deliberado por relacionar los nuevos conocimientos con conceptos de nivel superior, más inclusivos, ya existentes en la estructura cognitiva.
- El aprendizaje relacionado con experiencias, con hechos u objetos.
- La implicación afectiva para relacionar los nuevos conocimientos con aprendizajes anteriores.

Gimeno Sacristán y Pérez Gómez (1998) señalan que el aprendizaje significativo incluye conceptos, principios y teorías y se opone al aprendizaje mecánico, repetitivo, memorístico. Así, las condiciones del aprendizaje significativo abarcan tres dimensiones: lógica, cognitiva y afectiva. Es decir que, existe una relación indisoluble de aprendizaje y desarrollo. De manera que, los nuevos significados se generan en la interacción de la nueva idea o concepto, potencialmente significativo, con las ideas pertinentes ya poseídas por la estructura cognitiva del alumno.

El resultado positivo de un aprendizaje significativo es que el conocimiento aprendido de esta manera será más resistente al olvido por cuanto no se encuentra aislado, sino que está asimilado a conocimientos referentes a la misma área temática.

Por su parte, Lus sostiene que es preciso tener en cuenta que, los contenidos son un medio para desarrollar las capacidades del sujeto y que, además, deben ser funcionales para permitirle al alumno aprender por sí mismo.

3.6.3. Metodologías de enseñanza y aprendizaje

Tradicionalmente, la escuela ha puesto énfasis en el resultado final del aprendizaje. Es decir, lograr que el alumno incorporara los conocimientos. Pero, no ha trabajado tanto

en cuanto al proceso de aprendizaje. Sin embargo, el modo cómo los niños incorporan el conocimiento representa de por sí otros aprendizajes que, a menudo, no están explícitos para el maestro ni para los niños (Lus, 1995).

Así, Lus, destaca la importancia que tiene el método de aprendizaje, especialmente, para los niños con necesidades educativas especiales. En principio, promover las relaciones solidarias entre pares y el aprendizaje compartido ha probado ser un excelente método para estructurar las actividades de enseñanza y aprendizaje. Y, para el caso de los alumnos con necesidades educativas especiales, estas concepciones revisten una indudable importancia.

La autora continúa indicando los beneficios que se derivan de estas innovaciones en el aula:

- Los alumnos con necesidades educativas especiales pueden ser incluidos en el aula común y realizar actividades de acuerdo con sus posibilidades.
- La enseñanza puede llevarse a cabo con grupos de alumnos desarrollando actividades significativas y según el propio ritmo de cada alumno.
- El trabajo en equipo permite que los maestros interactúen con cada grupo de alumnos. Y, en esta situación, la acompañante terapéutica o maestra de apoyo puede trabajar más fácilmente con aquéllos que requieren un apoyo especial.

Por su parte, Coll y Miras (1990) resaltan que las diferencias individuales y los planes educativos se conciben en interacción y sobre esta base deben elaborarse el diseño y la conducción de los procesos educativos.

Así, estos autores mencionan diferentes adaptaciones de los métodos de enseñanza. Primeramente, se refieren a la macroadaptación que, hace referencia al diseño de programas educativos adaptativos y, supone la toma de decisiones en relación a períodos de tiempo más o menos amplios (anuales, trimestrales, mensuales, etc.). En segundo lugar, mencionan a la microadaptación que, implica las decisiones que deben llevarse a cabo dentro del aula, con el fin de adaptar la enseñanza a las necesidades de los diferentes alumnos.

Como puede observarse, estas adaptaciones están fuertemente vinculadas a la dimensión temporal. No obstante, se ha probado empíricamente que estos programas adaptativos han tenido buenos resultados.

3.6.4. Modalidad de evaluación

Tradicionalmente, la evaluación que realiza la escuela es medir el grado de avance alcanzado respecto de los objetivos propuestos. El énfasis está puesto en los resultados más que en los procesos utilizados y se emplean procedimientos normativos que remiten a diferentes categorías y, de esta manera, a “etiquetar” a los alumnos (Lus, 1995).

Lus sostiene que esto ameritaría cambiar la perspectiva de evaluación. Es decir, tomar en cuenta todos los elementos del quehacer educativo. Y, ello incluye el propio contexto de enseñanza, su planificación y desarrollo, los procesos de aprendizaje y un seguimiento continuado de todo el proceso de enseñanza y aprendizaje. Además, deberían ampliarse los procedimientos, técnicas y estrategias de evaluación y, respecto de los alumnos con necesidades educativas especiales, convendría adaptar los instrumentos de evaluación ordinarios.

Santos Guerra (1995) sintetiza la finalidad de la evaluación cuando la define más como un proceso ético que como una actividad técnica. Y agrega que, lo importante es potenciar las funciones más ricas de la evaluación (diagnóstico, diálogo, comprensión, mejora, aprendizaje, ayuda) y disminuir las menos deseables (comparación, discriminación, jerarquización).

4. METODOLOGIA

4.1. Participante

Durante la Residencia, se observaron las conductas de un niño de 6 años que cursaba 1° Grado en una escuela privada de la Capital Federal. Concurría diariamente a doble

escolaridad y contaba con una acompañante terapéutica para el Turno Mañana y otra para el Turno Tarde (Inglés).

Siguiendo los criterios del DSM-IV TR, el niño está diagnosticado con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. En tal sentido, este presenta alteraciones impropias de su edad. Si bien no aparenta dificultades en el lenguaje y, en muchas oportunidades, dice palabras adecuadas al contexto; en realidad, él no llega a comprender todo el significado de lo que dice, ni de lo que le dicen. De manera que, a pesar de la apariencia inicial de comprensión, no está en condiciones de mantener una conversación.

En general, su lenguaje está limitado a las palabras que le resultan útiles para satisfacer sus demandas.

Se relaciona social y emocionalmente con los adultos pero, con sus pares, prácticamente, la relación es inexistente. Además, no es capaz de adaptar las comunicaciones a las diferentes situaciones sociales. Pero, sí se ve afectado cuando su interlocutor manifiesta tristeza o enojo debido a alguna conducta inadecuada de su parte.

En cuanto a los comportamientos, presenta una conducta persistente y estereotipada que lleva a cabo cada vez que el contexto se lo permite. Esta consiste en golpear rítmicamente un objeto (mueble, mesa, silla) con dos lápices o similar. Pero, si no hay ninguno disponible simplemente golpea el objeto con las manos. Además, frecuentemente, pasa los dedos de manera rápida sobre su boca.

Precisa conocer con anticipación las actividades que llevará a cabo. Además, presenta conductas obsesivas, ya sea en el arreglo de los útiles escolares, como en la sucesión de palabras que escribe en forma libre.

A lo largo del año escolar, se observaron progresos tanto en lo social como en los comportamientos. No obstante, se debe continuar trabajando para que el niño logre una mayor autonomía y no dependa tanto de las acompañantes terapéuticas.

Cabe mencionar que, al niño no le han prescrito medicación y concurre a terapia una vez a la semana.

4.2. Instrumentos

4.2.1. Observación participante

Se toma nota de la conducta del niño para su posterior análisis, tomando en cuenta las circunstancias y el contexto.

4.2.2. Historia Psicopedagógica

Informe elaborado por el Servicio de Orientación Psicopedagógica de la escuela donde el niño cursa 1° Grado. Allí, se consignan su historia familiar, diagnóstico y conductas observadas durante sus visitas diarias al Servicio. En este último caso, el niño concurre acompañado por su acompañante terapéutica, antes de la pausa del mediodía. Cabe acotar que, el Servicio opera únicamente por la mañana.

4.2.3. Boletines Escolares

Los Boletines escolares registran las notas finales de las materias por bimestre.

4.2.4. Administración de Tests

Se comparan los resultados de idénticos tests administrados al finalizar el Jardín de Infantes (Noviembre de 2007) y al finalizar el 1° Grado (Noviembre de 2008).

4.2.5. Informe de la maestra de Grado

El informe trata sobre el desempeño del niño en clase y, los cambios producidos a lo largo de todo el año.

4.2.6. Informe de la acompañante terapéutica

Este informe detalla la evolución del niño en cuanto a conducta, emociones y aprendizaje global.

4.3. Procedimiento

Se recabó información de las personas más cercanas al niño en su actividad escolar. Además, se tomó nota de las conductas observadas en distintos contextos: aula, recreos y Servicio de Orientación Psicopedagógica, a fin de recopilar datos para su posterior análisis.

5. DESARROLLO

La escuela donde se realizó el estudio de este caso no es una escuela de integración como tal. Es decir que, no tiene una estructura pedagógica que contemple adaptaciones curriculares con objetivos y metodologías.

Sin embargo, en los últimos años, esta escuela ha tenido alumnos con déficit de atención, bipolares, con dificultades en el control de los impulsos, con trastornos obsesivo-compulsivos, con trastornos de ansiedad y, algunos con un proceso de maduración claramente más lenta que la media.

En todos estos casos, la escuela, a través de sus directivos, docentes y Servicio de Orientación Psicopedagógica ha formulado estrategias de seguimiento y acompañamiento con mayor o menor éxito, según los casos. Esto implicó un gran esfuerzo de imaginación, creatividad y, sobre todo, un espíritu de equipo en los responsables de la conducción.

En la práctica, este establecimiento funciona como una escuela inclusiva, formulando compromisos que revisa periódicamente con los padres a los efectos de evaluar los aprendizajes e integración social de estos niños.

De esta forma, progresivamente, la escuela está aceptando -dentro de sus limitaciones- niños con necesidades educativas especiales.

En el caso estudiado, previo al ingreso del niño a 1° Grado, las autoridades del colegio y del Jardín de Infantes coincidieron en que una escuela más pequeña sería más conveniente, dadas las dificultades que ya se habían observado en Jardín. El niño mostraba problemas para la interacción social con una tendencia al aislamiento. Además, sus habilidades para la comunicación estaban limitadas a la relación con los adultos y, esa relación concluía cuando éstos satisfacían sus necesidades (DSM-IV TR 2000; García Coto, 2000; ICD-10, 2003).

Por ello, se previno a los padres sobre las características del colegio con sus múltiples dependencias: el comedor (servicio prestado por un proveedor), la vianda (salón destinado al almuerzo que traen los alumnos), natación, campo de deportes, cantidad de docentes e infraestructura.

De todas maneras, los padres pidieron que se lo acepte a prueba durante el 1° Grado y acordaron -a pedido de las autoridades del colegio- contratar una acompañante terapéutica para la mañana y otra para la tarde.

Es entonces cuando los directivos del colegio decidieron aceptarlo y se transmitió a los padres el propósito de apostar al éxito trabajando en conjunto con las acompañantes terapéuticas y el psiquiatra que lo maneja actualmente.

5.1. Servicio de Orientación Psicopedagógica de la escuela

Las tareas de este Servicio consisten en colaborar en el conocimiento y educación de los alumnos, especialmente, de aquéllos que presentan dificultades. Para ello, se realizan entrevistas con los niños, se los observa en distintos contextos: aula, clases de educación física, almuerzos, recreos, convivencias y campamentos. También, se administran tests según las necesidades. Y, a partir de esto, se trata de detectar el nivel de maduración, el rendimiento intelectual y las características salientes de personalidad.

Se realiza un seguimiento de los alumnos a través de registros informáticos y archivos de documentación.

Este Servicio, también, interviene en la incorporación de alumnos nuevos ayudándolos en la integración social y académica.

Además, se colabora con los docentes en la tarea escolar con los aportes de la psicología. Es decir que, se incrementa el conocimiento que el docente tiene del alumno a través de la información psicológica.

Otra tarea de este Servicio es la orientación a los padres en la tarea educativa familiar, en relación al aprendizaje escolar u otras dificultades. Así, estas entrevistas se llevan a cabo a pedido de los mismos padres o por sugerencias de los docentes o del Servicio.

5.2. Intervenciones del Servicio de Orientación Psicopedagógica para la integración escolar de un niño de 1° Grado diagnosticado con TGD No Especificado

En relación a este Servicio, se ha notado el trabajo de intervención como un proceso de trabajo diario: observación permanente del alumno, utilización de conductas limitativas y de estimulación estando atentos a la reacción del niño, ateneos grupales de discusión y, siempre tratando de acceder a la mayor cantidad de datos de anamnesis, ya sea por parte de los padres, médicos clínicos o especialistas.

El primer contacto que se tiene con el niño es el 8/11/2007 (al final del Jardín de Infantes) cuando se tomó el test de ingreso a 1° Grado, en forma colectiva. Allí, se observó que tenía una maestra de apoyo para ayudarlo a organizar su trabajo escolar. Realizó con esfuerzo los siguientes tests:

- *Adaptación del Test Morales-Mendolia*. Se copian trece figuras que están dibujadas en la hoja de la prueba. El objetivo es determinar el grado de desarrollo de los principales factores que contribuyen a la maduración para comenzar el trabajo escolar (Morales & Mendolia, 1979)

- *Test de Bender*. Se copian nueve figuras en una hoja en blanco. Este test evalúa la maduración visomotriz. Es decir, la capacidad para percibir una gestalt, y lograr reproducirla gráficamente mediante una acción motriz., de manera que el dibujo copiado sea comparable y reconocible respecto de la figura estímulo (Casullo, 1991).
- *Adaptación del Test de la Familia Kinética Actual*. Se dibujan los miembros de la familia y se evalúa la relación individual, diádica y grupal (Frank de Verthelyi, 1985).

El Servicio ha adoptado una única valoración numérica que refleja el total de los trabajos gráficos. Y, a esto le suma una evaluación cualitativa de la familia dibujada por el niño.

En esa oportunidad, la evaluación de los trabajos gráficos del niño fue de 3,4. Esta puntuación resultó inferior a lo requerido por la escuela (mínimo: 6,5). No obstante, las autoridades acordaron el ingreso pero, con acompañante terapéutica y según el rendimiento escolar del niño.

En cuanto al dibujo de la familia, se advirtió un esquema corporal deficitario para la edad. Las cabezas tenían gran tamaño y esto se observó como signo regresivo y de preocupación por el funcionamiento mental. Había ojos sin pupila, eran “ojos que no ven”. Había una gran distancia entre el padre y la madre, lo cual reflejaría la separación de ellos que existía en ese momento. Las figuras parecían estar flotando en el aire como signo de inestabilidad emocional. El niño no se incluía en el dibujo como expresión de su poca inclusión en la dinámica familiar.

Al momento de la administración de los tests, en la mesa que compartía con otros compañeros, el niño hace ruidos, tiene manierismos y automatismos que provocan en los observadores (psicólogos) la inmediata sensación de estar en presencia de un niño bizarro, extraño. Con frecuencia, pasa repetidamente sus dedos por la boca. Y, en

especial, manifiesta una actividad estereotipada de tamborileo (DSM-IV TR, 2000; ICD-10, 2003).

A partir de esta observación inicial, se contacta al Jardín para conocer la historia pedagógica de este niño. Allí, refieren que se encuentra en Jardín desde Sala de Tres. En ese momento, la psicopedagoga del Jardín empezó a notar que no mostraba interés en relacionarse con los otros niños y prefería jugar solo, con una tendencia al aislamiento (DSM-IV TR, 2000; ICD-10, 2003).

Desde entonces, comienza a ser tratado por una psicóloga que luego es reemplazada por un psiquiatra infantil. El niño se conecta y busca la presencia de los adultos pero, no se vincula con sus pares. Y, rápidamente, se advierte que es un niño obediente y que obedece a los adultos, en general.

Se toma conocimiento que, en Agosto de 2007, se le administró el estudio psicopedagógico de Wechsler. Los resultados fueron los de un niño con nivel intelectual término medio, correspondiente a un cociente intelectual de 96 en la Escala Verbal y 99 en la Escala Ejecutiva. El niño no presentaba retraso intelectual (Wechsler, 1995).

Cabe señalar que, este es un test diseñado para evaluar la inteligencia en niños pequeños de 4 a 6 años y 6 meses. Está compuesto por subtests verbales y de ejecución. Es especialmente indicado para evaluar a infantes en edad preescolar y al inicio de la escuela primaria, por lo que su uso es frecuente para la planificación psico-educacional.

En el momento del ingreso a 1° Grado, se pregunta a los padres el diagnóstico que tenía el niño y ellos dicen que los especialistas les habían hablado de un retraso madurativo de seis o siete meses, un bloqueo emocional y una inseguridad para enfrentar el mundo. Según la mamá, este bloqueo emocional tiene buen pronóstico y, por esa razón, no lo quiere cambiar de colegio.

La madre sostiene que el niño concurre a los cumpleaños y se porta aceptablemente bien. Se sabe que es hijo único y, además, es único en la familia ampliada. El papá es músico y comenta que él es baterista y el niño lo imita jugando con la batería. De hecho,

el niño toca ritmos con bastante oído musical utilizando las manos o lápices o cualquier otro elemento. Y, además, se acompaña cantando canciones cuyas letras ha memorizado. Así, se hipotetiza que, la profesión del padre puede haber sido el origen de la actividad estereotipada del niño.

Los padres estaban separados pero, desde hace un año, están nuevamente juntos y la mamá está esperando su segundo hijo.

En una entrevista con el psiquiatra infantil del niño, se le manifiestan algunas observaciones que ya se tenían del niño, como haber advertido su resonancia afectiva (se descarta esquizofrenia), la incidencia del proceso primario en el secundario (el niño piensa con una lógica interna más que responder a los requerimientos de la realidad). Además de haber observado en el niño una estructura rígida y obsesiva, secuencial.

El médico describe al niño como psicótico; pero, como este diagnóstico no figura en el DSM-IV TR, lo más próximo sería colocarlo dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificado.

El especialista describe a la mamá del niño como una mujer sin ternura que trata de compensar esta falla con una suerte de erotización del hijo que el niño trata de protagonizar con sus acompañantes terapéuticas.

El padre es un tanto bohemio y ha advertido que el niño puede estar escuchando música durante largos períodos de tiempo; pero, le preocupa que su hijo no sepa conversar. Es decir que, ha detectado con preocupación que, a pesar de haber lenguaje verbal, el niño no puede iniciar o sostener una conversación (García Coto, 2000).

El psiquiatra atiende al niño desde Diciembre de 2007 en una frecuencia de una vez por semana, aunque indica que sería adecuado llevarla a dos.

El médico les explicó recientemente a los padres la gravedad del estado del niño; pero, se encontró con actitudes de negación especialmente en la mamá. Y, agrega que, el niño no tiene problemas con los saberes pero, sí con el pensar; su estructura rígida, hace que

cuando se le presenta alguna tarea escolar con un nivel mayor de abstracción, él no la puede resolver.

Se menciona la posibilidad de administrar medicación. El psiquiatra responde que, para los problemas de organización no hay medicación y, si bien se le podría recetar algo para su hiperactividad (referida por ambas acompañantes) esto contribuiría a que se muestre lento, medicado (Malone, Gratz, Delaney & Hyman, 2005).

El niño no tiene una clara definición “yo/no-yo”; de manera que, si él está enojado o triste, cree que también lo están los demás. Es decir que, tiene afectada la reciprocidad social y emocional (García Coto, 2000).

En la escuela, se observa luego de la mitad de año, ciertas actitudes de desborde por parte del niño y falta de acatamiento a las acompañantes terapéuticas. Esto puede ser explicado teniendo en cuenta que los padres están juntos nuevamente, lo que puede haber interferido en su trato simbiótico con la madre. Una madre que lo erotiza mucho sin llegar a ser incestuosa.

Se ha observado que cuando él toma contacto físico con otras personas rehúye inmediatamente después. Por otra parte, si alguien lo reta y se manifiesta enojado o triste, estos sentimientos parecen ser terroríficos para él.

Pero, también, es de hacer notar que el niño ha aprendido a sacarle el beneficio secundario a su condición de alumno especial; aprendió que ciertas frases o estereotipos: “¿qué pasa?”, “¿qué estás haciendo?”, “¡no te puedo creer!” causan gracia en los interlocutores. Es de destacar que esta actitud de acercamiento se ha observado en relación a los adultos pero, no con sus pares.

El caso de este niño plantea un especial interés científico para el Servicio de Orientación Psicopedagógico, ya que pueden observarlo muy de cerca todos los días. Y, fundamentalmente, se les plantea el desafío de saber si el niño ha sido adecuadamente incluido en el colegio. En consecuencia, se trata de aprovechar al máximo su resonancia

afectiva considerando que la imagen especular de niño normal que recibe, finalmente, será productiva para él.

Por lo tanto, se aplica esencialmente una terapia de relación, la cual implica una relación positiva, amigable y de apoyo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1996).

También, se trabaja con una psicoterapia educacional y de modelado ya que se trata de instar al niño a desarrollar actividades y comportamientos tendientes a modificar sus patrones de conducta. (Kaplan, Sadock & Grebb).

Así, es dable observar un tratamiento psicodinámico donde el foco está puesto en el afecto. Y, a partir de esto, se trabaja sobre el desarrollo cognitivo y el lenguaje. Vale decir que, en este tratamiento el afecto es considerado como el principal organizador del desarrollo (Ruberman, 2002).

De esta manera, a partir de la anamnesis y las diversas entrevistas y observaciones, el Servicio realizó sugerencias de distinta naturaleza dirigidas tanto a los padres, como a la maestra y a las acompañantes terapéuticas. Por ejemplo, alentar al niño a hacer cosas solo (ir al kiosko), no imponerle aprendizajes sino acompañarlo (natación: meter la cabeza bajo del agua), ayudarlo a relacionarse con sus pares (invitar a un compañero a almorzar a la casa), tratar de que aprenda a distinguir los propios sentimientos (el niño cree que los demás están enojados cuando él está enojado), dialogar con él (el niño aprende frases *clichés* y las repite pero, no conversa), sugerirle que juegue con sus pares (insistirle aunque no quiera, ya que el adulto debe ser el nexo para que logre comunicarse con los otros), aumentar las sesiones de psicoterapia.

5.3. Estrategias y Técnicas aplicadas en la evolución escolar de un niño de 1° Grado diagnosticado con TGD No Especificado

La integración de un niño diagnosticado con TGD No Especificado requiere un abordaje similar a un niño con necesidades educativas especiales. Esto implica sostener al niño partiendo de sus posibilidades reales, a fin de que esté en condiciones de compartir y participar con los otros niños. Esto supone una tarea de sensibilización, información,

capacitación, toma de conciencia y participación de todos los niveles que integran el proceso (padres, maestros, autoridades del colegio, otros profesionales).

Tomando en consideración lo señalado en el párrafo anterior, se observa en el caso estudiado, que todo el personal de la escuela tiene información sobre las características especiales del niño. Este primer paso es de fundamental importancia para poder comprender mejor sus conductas e intereses. Esto incluye no sólo al personal de la escuela sino, también, a sus compañeros a quienes se les suministra una información sencilla sobre el problema del niño para que puedan entender el porqué de las conductas extrañas y qué puede hacerse para ayudarlo.

En relación a la programación escolar, se han establecido objetivos de acuerdo a las necesidades y posibilidades del niño. Y, esto comprende el desarrollo, no solamente del área cognitiva sino, también, la afectiva, la motora y la social. Además, el programa incluye el aprendizaje de normas, valores y actitudes (Lus, 1995).

En cuanto al aula, esta tiene un ambiente agradable y alegre para trabajar. El pizarrón es amplio y se encuentra elevado, junto con el escritorio de la maestra para mayor visibilidad de los alumnos. Al tener establecidos límites visuales claros, esto colabora para que el niño preste la debida atención a la maestra del Grado. Y, así, puede entender lo que se espera de él.

Dado que existe una alteración de la función ejecutiva (García Coto, 2000), desde el primer día se ha establecido una rutina diaria de trabajo, lo cual ayuda a disminuir la ansiedad del niño ante el ambiente escolar. De todas formas, la acompañante terapéutica lo ayuda a comprender que existe un inicio y un fin dentro de las actividades del aula. Al comienzo de las clases, el niño tuvo ciertas dificultades en la adaptación puesto que, recibía un cúmulo de estímulos a los que no estaba acostumbrado. Por lo tanto, la acompañante terapéutica trabajó mucho en el establecimiento de rutinas (llegar a la clase, abrir la mochila, sacar el cuaderno y la cartuchera). Así, estas secuencias le permiten anticiparse y estar tranquilo sabiendo siempre lo que hará a continuación (horario de clases, recreos, salida).

Si por alguna circunstancia esta rutina debe alterarse, se previene al niño con anticipación para que entienda lo que sucede cuando se produce el cambio. Por la misma razón, se evitan las improvisaciones porque esto puede generar en el niño ansiedad y conductas inadecuadas.

Cada vez que se inicia una actividad, primeramente, se trabaja para lograr la completa atención por parte del niño. Y, a continuación, se le imparten las instrucciones y se las repite las veces que sea necesario. Siempre se tiene cuidado de que estas indicaciones sean breves para facilitar su comprensión. Naturalmente, el aprendizaje no consiste en una mera “transmisión de contenidos” sino que, se trabaja tomando en consideración el proceso de construcción de aprendizajes significativos (Coll, Pozzo, Sarabia & Valls, 1994).

Es decir que, se trata que el niño relacione el nuevo conocimiento con algo que ya conoce por experiencias pasadas (Pozzo, 1996). Ocasionalmente, se utilizan recursos visuales para explicar conceptos o contenidos.

Respecto a las consignas, el niño las entiende cuando la acompañante terapéutica se las dice directamente a él, haciendo contacto visual y explicando claramente lo que debe hacer. Pero, no puede captar las consignas generales de la maestra. Sin embargo, la atiende y ha establecido un buen vínculo con ella.

En todo momento se toma en consideración el tiempo que el niño puede mantenerse atento y, en consecuencia, se adapta la cantidad de tarea que debe llevar a cabo. Para ello, se establecen metas a corto plazo, a fin de que puedan ser alcanzadas por el niño. Así, las actividades se dividen en pequeños pasos para garantizar el aprendizaje. Cabe mencionar que esas metas comprenden contenidos concebidos como medio para colaborar en el desarrollo del niño (Coll, Pozzo, Sarabia & Valls, 1994).

Por ejemplo, en Computación se comienza con programas infantiles de juegos que estimulan el manejo de la computadora (teclado, mouse, etc.) como también el pensamiento lógico y abstracto (juegos con sumas, restas, números, etc.). Los juegos que más han entusiasmado al niño son los de memoria (memotest) y los de números

(contar la cantidad de objetos en la pantalla). Pero, los juegos más complejos, con objetivos específicos y reglas para jugar no despiertan interés en el niño ya que no logra comprenderlos en su totalidad. No obstante, en todo momento, se le inculcan al niño las relaciones con sus pares y el aprendizaje compartido. Para ello, se trabaja con microadaptaciones en la metodología de enseñanza que faciliten el proceso de aprendizaje (Coll & Miras, 1990).

En cuanto a las evaluaciones académicas, las notas son acordes a la tarea realizada y se agrega la leyenda “con ayuda”. Es decir que, se toman en cuenta no solamente los conocimientos aprendidos, sino que, también, se considera el contexto y, especialmente, todo el proceso de enseñanza y aprendizaje (Lus, 1995).

Continuamente, se evalúa el nivel de dificultad de cada tarea en función de las habilidades del niño. Todo el tiempo se resaltan las cosas buenas alabándolo con frecuencia e ignorando las malas de poca importancia. Y, así, pueden observarse mayor cantidad de comportamientos adecuados.

Se lo estimula a comunicarse en forma apropiada. Se le hacen preguntas y se le enseña cómo debe responder de acuerdo a cada situación.

Con objeto de apreciar los cambios que se produjeron en el lapso de un año; se le solicitó a la psicóloga de dicho Servicio que administrara nuevamente los tests que el niño había realizado previo a su ingreso al 1° Grado, en Diciembre de 2007.

Así, el niño repitió estos trabajos en Noviembre de 2008, y la evaluación fue de 7,4; un resultado muy superior al logrado el año anterior (3,4). En cuanto al dibujo de la familia, el esquema corporal había mejorado aunque no difería marcadamente con relación al primer dibujo. La cabeza estaba más proporcionada. Existía aditamento de cabello en el papá y en él mismo que, esta vez, se incluía en el dibujo. La mayor cantidad de detalles evidenciaba una evolución en su desarrollo. Había un mayor control en los trazos, los cuales eran más acotados. No obstante, se conservaban los rasgos regresivos de “ojos que no ven”. Las figuras estaban inclinadas y tenían asimetría interna como signo de inestabilidad. La mamá era el personaje más pequeño y más

alejado del grupo, lo que revelaba –hipotéticamente- cierto déficit en el vínculo materno.

En cuanto al rendimiento académico, el niño pudo mantenerse al nivel de sus otros compañeros (promedio general: 9,20) y, podía realizar todas las tareas que se le proponían durante la mañana. Sin embargo, siempre requería la ayuda de la acompañante terapéutica para llevarlas a cabo. Esta ayuda se traducían en la comprensión de la consigna y el seguimiento durante toda la realización de la tarea. En todo momento, se le marcaba al niño el inicio y el fin de la misma para mantener la organización. Sin embargo, a pesar de esto, cuando la maestra administraba alguna prueba, la acompañante terapéutica debía retirar al niño del aula para que no distrajera a sus compañeros con sus charlas, ruidos y movimientos. En estas oportunidades, era llevado al Servicio de Orientación Psicopedagógica o a una oficina adyacente al Servicio, y se lo inducía a focalizar su atención exclusivamente en el examen a realizar.

Tanto los progresos como las dificultades del niño eran observados muy de cerca y, luego, esta información se compartía en los encuentros diarios de la maestra, la acompañante terapéutica, el Servicio de Orientación Psicopedagógica y las autoridades de la escuela. Naturalmente, todo aquello marcadamente notorio se registraba en un archivo computarizado y se le comunicaba a los padres y al psiquiatra que trataba al niño.

6. CONCLUSIONES

A fin de cumplir con los objetivos planteados en este caso, se han observado y analizado las intervenciones y estrategias llevadas a cabo en un colegio para lograr la integración escolar de un niño que cursaba 1° Grado y había sido diagnosticado con TGD No Especificado.

En primera instancia, se concluyó que es muy importante contar con un ambiente estructurado para facilitar la organización en las actividades del niño (Lus, 1995). Vale decir, no sólo las tareas escolares sino, también, los recreos y las visitas diarias al Servicio de Orientación Psicopedagógica.

En relación a este Servicio, se han constatado los beneficios del trabajo de asesoramiento dirigido a todas aquellas personas que estaban en relación directa con el niño. En este sentido, cobraba fundamental importancia la experiencia clínica de los profesionales integrantes de este Servicio. Pero, sobre todo, el contacto diario con el niño es lo que los habilitaba para formular sugerencias y estrategias que apuntaban al desarrollo de una mejor integración social y escolar del niño.

Se observó que la atención del niño era fluctuante. Durante las horas de la mañana, la atención era alta y, luego, iba disminuyendo a medida que avanzaban las horas. En general, esto coincidía con el aumento de estímulos, como también los ruidos y las distracciones en la clase. En esos momentos, se lo llevaba hasta el Servicio de Orientación Psicopedagógica para cambiarlo a un ambiente más aislado y tranquilo. Esto último resultaba especialmente beneficioso.

El niño no tuvo dificultades para aprender los elementos del inicio de la lecto-escritura. Aprendió a leer y escribir en letra de imprenta y cursiva, tanto en mayúscula como en minúscula. Pero, se le presentaron problemas en la comprensión lectora. En cuanto a Matemáticas, podía realizar las tareas más simples como reconocer el número anterior y posterior. Tuvo mayores dificultades para resolver sumas y restas y reconocer números mayores y menores. Pero, pudo realizar esta tarea con la ayuda de material concreto (multibase).

Cabe destacar que, cuando no podía resolver un problema, se enojaba como resultado de su impotencia. Esto ocurrió cuando la maestra les dio un problema de suma y él manifestó su fastidio haciendo un bollo con el papel donde había escrito el problema

Las mayores dificultades se presentaron en lo concerniente a las relaciones sociales. El niño no mostraba interés en sus compañeros de clase ni buscaba el contacto con ellos. En cambio, se relacionaba fácilmente con gente adulta e iniciaba el diálogo preguntándoles el nombre o lo que estaban haciendo. En los recreos no mostraba interés en jugar con los otros niños; pero, ellos sí se le acercaban y trataban de incluirlo en sus juegos. Así, para que aprendiera a jugar en grupo, se lo estimulaba a jugar al fútbol.

Pero, el niño simplemente corría detrás de la pelota sin hacer “pases” porque no tiene noción de juego colectivo.

En consecuencia, difícilmente, el niño concurría a la Ludoteca puesto que la finalidad es la interacción social y los juegos de mesa que, naturalmente, requieren comprensión y seguimiento de reglas pre-establecidas.

Como hecho inusual y positivo se menciona un evento que ocurrió sobre el final del año escolar. En un recreo, el niño se acercó a un compañero y le pidió Coca-Cola (la botella estaba en una mochila colgando del perchero). Ante la respuesta afirmativa de su compañero, el niño se dirigió a la mochila, tomó de la gaseosa, volvió a colocarla en la mochila y fue a avisarle a su compañero que la dejó donde la había encontrado. Indudablemente, esta situación resultó un evento digno de alabanzas por parte de la acompañante terapéutica quien había presenciado todo el hecho.

Respecto a la conducta, en general, el niño no protagonizaba muchos comportamientos inapropiados; y, si esto ocurría, no había problemas en corregirlo porque era obediente. Sin embargo, a medida que avanzaba la mañana y aumentaba su cansancio, el niño se volvía irritable. Pero, rápidamente, podía cambiar de actitud porque era risueño y establecía buenos vínculos con los adultos; ya sea que se tratara de gente que frecuentaba diariamente o personas que encontraba por primera vez.

Dentro del Servicio, el niño generaba una corriente afectiva de mucha aceptación, dado que había aprendido algunos *clichés* verbales, como “ternurita”, “bomboncito” y, a veces, hablaba en diminutivo, todo lo cual causaba mucha gracia en los observadores. En los casos en que se mostraba persistente en conductas inapropiadas, a veces, se le decía que iba a llamarse al Vicedirector, a quien el niño respetaba y temía. Inmediatamente, se mostraba serio y abandonaba la conducta inadecuada.

Los profesionales del Servicio hipotetizaban que el hecho de portarse mal podía relacionarse a haber perdido un poco de rigidez. Es decir que, el niño se estaba permitiendo conductas más espontáneas, acordes a su edad. Todo lo cual estaría hablando de una mejoría en su desarrollo.

Se observó la estrecha relación que el niño mantenía con la acompañante terapéutica. En gran medida, debido a esa relación es que el niño ha avanzado durante el año escolar. Pero, paradójicamente, ese buen vínculo ha dado lugar a una dependencia que dificulta la autonomía del niño.

En consecuencia, se observó que este aspecto junto con el de las relaciones sociales son los temas a continuar trabajando en aras de lograr una mayor adaptación para el niño. En este sentido, una posible intervención podría ser la musicoterapia; dado que, el niño tiene una indudable inclinación por la música y ha manifestado tener un buen ritmo cuando crea improvisadas baterías y se acompaña con canto. Además, se observó que le gustaba mucho interpretar canciones para las personas que así se lo pedían. No se ensimismaba aislándose en la música.

Wigram y Gold (2006) han realizado investigaciones con niños y adolescentes que padecían Espectro Autista y presentaban limitaciones en formas de comunicación tanto verbal como no-verbal. Estos autores descubrieron que había una respuesta positiva ante la intervención de la musicoterapia y comprobaron que la actividad musical de improvisación con objetivos terapéuticos facilitaba la motivación, las interacciones sociales, las habilidades de comunicación y ayudaba a sostener y desarrollar la atención.

Otra medida que podría incidir de manera positiva es la sugerida oportunamente por las autoridades de la escuela. Se trata de cambiar al niño a un establecimiento más pequeño con aulas de pocos alumnos donde pudiera tener un aprendizaje más adaptado a sus posibilidades. De manera que, se pudiera trabajar sobre sus potencialidades, más allá de su inclinación por la música.

Se considera que este cambio de escuela resultaría necesario puesto que, sobre el final del año escolar, el niño ya daba muestras de tener dificultades con elementos fundamentales que se le presentarían aún de manera más complicada en 2° grado. Es decir, la falta de comprensión tanto de la lectura como de las consignas para resolver problemas. Y, en especial, su inhabilidad para comprender las reglas que involucran tanto el juego como el aprendizaje escolar.

Como conclusión de este trabajo, y de acuerdo a lo observado durante la residencia en la escuela, se comprueban los dichos de Lus (1995) y lo señalado por el Acuerdo Marco (1998) en el sentido de la necesidad de trabajar en equipo para lograr una integración escolar apropiada.

En el caso estudiado, se corroboró esta situación. Y, naturalmente, se trata de un continuo trabajo que exige dedicación y creatividad con el fin de acercar lo más posible al niño a una adaptabilidad que le permita, paulatinamente, lograr autonomía y funcionalidad en su vida diaria.

7. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. Text Revised). Washington D.C.: A.P.A.
- Antúnez, S. & Gairín, J. (1996). *La organización escolar: Práctica y Fundamentos*. Barcelona: GRAO.
- Buenos Aires Gobierno de la Ciudad. *Área Educación Especial*. (s.f.) Recuperado el 17 de Enero de 2009 de <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/educacion/>
- Casullo, M. (1991). *Test de Bender. Normas regionales*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Coll, C. & Miras, M. (1990) Características individuales y condiciones de aprendizaje: la búsqueda de interacciones. En Alianza (Ed.) *Desarrollo psicológico y Educativo. Psicología de la Educación* (pp. 395-418). Madrid: Alianza.
- Coll, C., Pozzo, J., Sarabia, B. & Valls, E. (1994). *Los contenidos en la Reforma: enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. Madrid: Santillana. Serie Aula XII.
- CO.NA.DIS. (Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas). (s.f.) Recuperado el 20 de enero de 2009 de <http://www.cndisc.gov.ar>
- Forns i Santacana, M. (1993). *Evaluación Psicológica Infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Frank de Verthelyi, R. (1985) *Interacción y proyecto familiar. Evaluación, individual, diádica y grupal por medio del test de la Familia Kinética Actual y Prospectiva*. Barcelona: Gedisa.
- García Coto, M. (2000). Trastornos generalizados del desarrollo: comorbilidad y diagnóstico diferencial. En Médica Panamericana (Ed.) *Psiquiatría y psicología de la Infancia y la Adolescencia* (pp. 561-594). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gimeno Sacristán, J. & Pérez Gómez, A. (1998). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata, S.L.

- Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Lebovici, S. (1995). La Clasificación de los Trastornos Mentales. En Biblioteca Nueva (Ed.), *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 345-374). Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Lus, M. (1995). *De la integración escolar a la escuela integradora*. Buenos Aires: Paidós.
- Malone, R., Gratz, S., Delaney, M. & Hyman, S. (2005). Advances in Drug Treatments for Children and Adolescents with Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *CNS Drugs*, 19, 923-934. Recuperado el 26 de febrero de 2009 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=19190733&site=ehost-live>
- Marchant, N. (2002). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ananké.
- Martin, F & Farnum, J. (2002). Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *Western Journal of Nursing research*, 24, 657-671. Recuperado el 1° de marzo de 2009 de <http://find.galegroup.com/ips/start.do?prodId=IPS>
- Masi, G. (2004). Pharmacotherapy of Pervasive Developmental Disorders in Children and Adolescents. *CNS Drugs*, 18, 1031-1052. Recuperado el 26 de febrero de 2009 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=15314915&site=ehost-live>
- Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Servicio de Zooterapia. (s.f.). Recuperado el 2 de marzo de 2009 de <http://www.zoo-terapia.com/>
- Morales, M & Mendolia, I. (1979). *¿Cuándo empezar a enseñar?*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- OEI (Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura). (Abril de 2006). Recuperado el 20 de enero de 2009 de http://www.oei.es/pdfs/argentina_datos_2006.pdf
- Perkins, D. (1997). *La escuela inteligente: del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente*. Barcelona: Gedisa.

- Pozzo, J. (1996). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid: Morata, S.L.
- Rapin, I. (2002) The autistic-spectrum disorders. *The New England Journal of Medicine*, 347, 302-303. Recuperado el 1° de marzo de 2009 de <http://find.galegroup.com/ips/start.do?prodId=IPS>.
- Ruberman, L. (2002). Psychotherapy of Children with Pervasive Development Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 262-273. Recuperado el 27 de febrero de 2009 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=6950201&site=ehost-liv>
- Sánchez Iniesta, T. (1999). *Organizar los contenidos para ayudar a aprender*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.
- Santos Guerra, M. (1995). *La evaluación: un proceso de diálogo, comprensión y mejora*. Málaga: Algibe.
- Tyminsky, R. & Moore, Ph. (2008). The impact of group psychotherapy on social development in children with pervasive developmental disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 363-379. Recuperado el 1° de marzo de 2009 de <http://find.galegroup.com/ips/start.do?prodId=IPS>
- Wechsler, D. (1995). *La escala de inteligencia infantil WISC-III*. Buenos Aires: Paidós.
- Wigram, T. & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. *Care, Health & Development*, 32, 535-542. Recuperado el 26 de febrero de 2009 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=21870162&site=ehost-live>
- Wing, L. & Gould, J. (1979) The triad of impairments in children with learning disabilities. *The National Autistic Society*. Recuperado el 21 de enero de 2009 de <http://www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=235&a=3527>
- World Health Organization (2003). *International classification of diseases* (10ma. ed.). Ginebra: WHO.