

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Trabajo Final de Integración

**Seguimiento de un niño integrado:
Diagnóstico alternativo y adaptación curricular**

Autor: Claudia Cuño.

Tutor: Dr. Manuel Rotman

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Escolarización y discapacidad	5
3.2 Integración escolar y educación inclusiva	6
3.3 Recursos para la integración	7
3.4 Diagnósticos para la integración	8
3.5 Psicopatología y la escuela	9
3.6 Trastornos de inicio en la infancia y diagnósticos diferenciales	10
3.6.1 Trastorno del comportamiento perturbador	11
3.6.2 Trastorno mixto del lenguaje.....	13
3.6.3 Retraso mental	14
3.6.4 Psicosis de inicio en la infancia	15
3.6.5 Autismo	20
3.6.6 Asperger	21
4. METODOLOGÍA	24
4.1 Tipo de estudio	24
4.2 Participantes	24
4.3 Instrumentos	25
4.4 Procedimientos.....	25
5. DESARROLLO.....	26
5.1 ¿Quién es A?	26
5.2 Describir y analizar las características, comportamientos y sintomatología observables que presenta el niño.....	28
5.3 Hipótesis de diagnóstico alternativo.....	37
5.4 Proponer una adaptación curricular.....	41
6. CONCLUSIÓN	46
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional V se realizó en una Escuela privada de nivel inicial. La institución está orientada a la integración con la sociedad y a la inclusión de todos los niños, aun aquellos que con diferentes capacidades demandan un trabajo de integración, para que puedan formarse y participar de un proyecto que propone educación de vanguardia. La escuela cuenta con un proyecto de integración de niños con necesidades educativas especiales, entendiendo que cada niño tiene una inserción diferente al contexto educativo. Desde esta perspectiva, se incluyen alternativas diferenciales y adaptaciones curriculares dentro del plan general de educación tradicional para aquellos que se ven limitados en sus capacidades sensoriales, físicas o intelectuales.

La pasantía tuvo una duración de 280 horas totales, con una frecuencia de 20 horas semanales. Se cumplieron asistiendo todas las mañanas .

Las tareas abarcaron observaciones de los niños integrados en los grados, en las distintas actividades de la escuela y en los recreos, así como el acompañamiento, participación y observación de y con las maestras integradoras. Paralelamente, al cumplimiento de las horas requeridas para la aprobación de esta instancia, se han llevado adelante actividades específicas de maestra integradora. Este quehacer ha permitido una aproximación al proceso de la integración en el aula, permitiendo al mismo tiempo el estudio y profundización del análisis a partir del caso de un niño en particular.

El caso que aquí se presenta es el de un niño de 7 años integrado en primer grado, al que se lo llamará A. El niño comenzó su escolaridad en la sala de 4 años del Jardín de una Escuela estatal. En ese momento ya manifestaba problemas y dificultades para la integración grupal con sus pares. De esta manera, A fue diagnosticado con trastorno de conducta perturbador no especificado, trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo y retraso mental leve. Luego ingresó a la Escuela en cuestión, donde concurre todas las mañanas y dos tardes.

El material para el Trabajo Final de Integración (TFI) surge a partir de la observación y el contacto establecido con A. Durante la práctica se advirtió la existencia de cierta discrepancia entre los trastornos con los que el niño fuera diagnosticado años antes y los comportamientos y sintomatología observada diariamente en la institución. A partir de dicha valoración, focalizando en las características y rasgos particulares de A, en sus dificultades y sus fortalezas, se pensó en la

posibilidad de proponer un diagnóstico alternativo que fuera concurrente con las características actuales del niño. Sin la intención de etiquetar, solamente centrándose en la funcionalidad del mismo para la planificación de una adecuación curricular acorde a sus necesidades.

Por lo tanto, a lo largo del trabajo se plantean diferentes cuestiones y concepciones relacionadas al concepto de discapacidad, educación especial, integración e inclusión educativa, a los fines de comprender y contextualizar el ámbito escolar donde se insertan e integran las personas con necesidades educativas especiales. Se subraya la importancia del diagnóstico, principalmente focalizando en las definiciones y criterios diagnósticos de los trastornos que presenta el niño integrado, a saber, trastorno del comportamiento perturbador no especificado, trastornos del lenguaje mixto y retraso mental leve. También se describen y especifican los diagnósticos alternativos propuestos, aquellos que se desprenden de las conductas observadas y recolectadas durante la práctica en la institución, obtenidos a través de un registro minucioso de los comportamientos, sintomatología y actitudes verbales y no verbales del niño.

Como derivación de lo anterior, en el desarrollo se amplía la descripción del caso del niño integrado, la fundamentación y justificación de un nuevo diagnóstico presuntivo propuesto, proponiéndose una adecuación curricular que se ajuste al diagnóstico alternativo en caso de ser confirmado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Analizar el caso de un niño integrado, diagnosticado con trastorno del comportamiento

perturbador no especificado, trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo y retraso mental leve, plantear una hipótesis de diagnóstico alternativo y proponer una adaptación curricular para la integración del niño.

2.2 Objetivos específicos:

- Describir y analizar las características, comportamiento y sintomatología observable que presenta el niño.
- Elaborar una hipótesis de diagnóstico alternativo sobre el caso del niño integrado en la escuela.
- Proponer una adaptación curricular para la integración que se ajuste al diagnóstico alternativo en caso de ser confirmado.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Escolarización y discapacidad.

La escolarización de personas con discapacidades ha sido motivo de fuertes debates y discusiones en las últimas décadas del siglo pasado. Muchas son las definiciones que hacen referencia a la expresión discapacidad, aunque la más perdurable fue la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1980 (Madrid, Sánchez, García & García, 2011), donde se

diferenciaron los conceptos de *deficiencia*, *discapacidad* y *minusvalía*. La deficiencia expresa la anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; la discapacidad se manifiesta en la imposibilidad de efectuar una actividad en la forma que se considera normal para el ser humano y la minusvalía hace referencia a la limitación en el desempeño normal de un rol, en función de la edad, sexo y funciones sociales y culturales, como resultado de una deficiencia (Madrid et al., 2011).

En el 2001, se renuncia al término minusvalía, para utilizar el concepto discapacidad como término genérico. Concibiéndola como un conjunto de condiciones, resultado de la interacción entre personas con alguna deficiencia y las restricciones del entorno que impiden su participación plena y activa en la sociedad (ONU, 2006). Por lo tanto, se considera que distintos ambientes podrían tener diferentes consecuencias y de esta manera se tienen en cuenta las capacidades y discapacidades de cada persona para la realización de determinadas actividades y su participación en diferentes contextos (OMS, 2001).

A pesar de ello, el sujeto de la educación especial se ha conformado desde distintas disciplinas, articulado con lecturas que proceden de áreas no educativas como son la medicina, la psicología y la psiquiatría bajo un paradigma positivista, centrándose en la deficiencia (Casal & Lofeudo, 2009). Esta mirada, legado del modelo médico-psicológico, justifica los problemas de aprendizaje desde las anormalidades biológicas, empleando métodos psicométricos con el objetivo de medir el nivel intelectual (CI) y obteniendo resultados que tienen poca relación con la realidad escolar. Desde esta posición, queda limitada la educación generando actitudes proteccionistas bajo las cuales aparece el riesgo de subestimar lo que puede aprender y lograr el niño (Arnaiz, 2000). Tomando como punto de partida lo antedicho, se hace imprescindible que las miradas estén centradas en la pedagogía para poder pensar sujetos que aprenden en la escuela (Casal & Lofeudo, 2009).

3.2 Integración escolar y educación inclusiva

Otras concepciones relacionadas con la escolarización de las personas con discapacidades y las necesidades educativas especiales son los de integración escolar e inclusión educativa.

Hace varios años la posición que guía las intervenciones en Educación Especial ha variado por distintos motivos, algunos relacionados con la legislación internacional, nacional y jurisdiccional.

Así, la Declaración de Salamanca (1994) plantea que las escuelas comunes con orientación inclusiva son el medio más efectivo para enfrentar las actitudes discriminatorias, construir una sociedad más tolerante y lograr la educación para todos. Sugiere que estas escuelas pueden

mejorar la calidad educativa para la mayoría de los niños y al mismo tiempo la eficiencia y la efectividad de todo el sistema educativo (UNESCO, 1994).

Precisamente, el concepto de integración escolar que se desarrolla a partir de la idea de *normalización*, sugerido por Bank Nikkelsen en 1969, enuncia que normalizar no es negar las diferencias, sino que es ofrecer a la persona con discapacidad un entorno social que se acerque a la normalidad, reconociendo sus dificultades y afirmando sus potencialidades. Así, el objetivo es favorecer las actividades educativas, recreativas y deportivas como el resto de la población, generando entornos menos limitados y más potenciadores (Ortiz & Caniza de Paez, 2000).

De lo dicho, se desprende que la integración tiene sus fundamentos en la regulación de la vida de los alumnos con necesidades educativas especiales, a los que se habilitan y facilitan determinados apoyos, recursos y profesionales. Se plantea que hay una parte de la población escolar que está por fuera del sistema educacional regular y se busca su integración, ésta se consigue a través de implementar adecuaciones curriculares como medida para superar algunas de las diferencias de estos alumnos (Valcarce Fernández, 2011).

Las autoras, Anijovich, Malbergier y Sigal (2004), plantean que lo que permite la integración de niños con necesidades educativas especiales en una escuela común, es el concepto de aula heterogénea, que apunta a tomar conciencia de la complejidad que existe en la población escolar en lo que respecta a su inteligencia y sus logros de aprendizaje. Las posibilidades de que un niño con capacidades diferentes transite su escolaridad por el mismo camino que la mayoría, significa reconocer sus derechos (Lus, 1999).

La heterogeneidad en el aula favorece la enseñanza a partir de la adaptación recíproca que se da entre el aprendiz y el entorno educativo (Anijovich et al., 2004). Desde esta posición, se expresa la necesidad de comprender las capacidades reales de cada alumno para poder desarrollarlas (Rojas de Gay, 2000). Tal como enuncia Vygotski (1978/2008), el niño tiene un nivel de desarrollo real, que se evalúa individualmente, y también posee un desarrollo potencial de ese dominio, la diferencia entre los dos es lo que se denomina zona de desarrollo próximo. A partir de este concepto afirma que los pares más capacitados, lo mismo que los adultos, pueden apoyar el desarrollo del niño y de esta manera favorecer la construcción de conocimiento.

De ese modo, con fundamento en el concepto vygotskiano, no se busca que aprendan hasta donde puedan, de un programa que no fue hecho para ellos, sino que necesitan aprender todo lo que puedan de un proyecto especialmente planificado para sus posibilidades (Rojas de Gay, 2000), esto plantea la necesidad de que en los proyectos de integración escolar se tenga en cuenta la totalidad de los aspectos que propone el currículum.

Dentro de este marco, se denominan necesidades educativas especiales a las que surgen

cuando un alumno presenta mayores dificultades que el resto y necesita, para compensar las mismas, condiciones especialmente adaptadas de la propuesta curricular común y/o facilitar recursos específicos distintos de los que la escuela ofrece a la mayoría de los alumnos (López Bueno, 2012). De ahí que, para la integración de niños con capacidades diferentes, se ofrecen recursos especiales que privilegian las potencialidades del sujeto por sobre sus dificultades, permitiéndoles, al mismo tiempo, sostenerse como alumnos regulares dentro del sistema educativo (Borsani, 2010).

Para la adecuación del programa curricular a las características particulares del alumno, se parte de un currículo común para todos en el que tácitamente están incorporadas las adaptaciones, favoreciendo así el aprendizaje a partir de las necesidades puntuales de cada sujeto. Sin embargo, en los últimos años se ha ido produciendo una transición del concepto integración al de inclusión educativa. Así, desde un modelo sociocomunitario, la escuela inclusiva busca la adaptación de la oferta educativa a la pluralidad del alumnado, concibiendo la diversidad como normal (Valcarce Fernández, 2011).

El concepto de inclusión educativa ha evolucionado, entendiéndose originariamente como el restablecimiento de la oportunidad de recibir educación para las personas con capacidades diferentes, incluyéndolas dentro de programas educativos en escuelas comunes para evitar su aislamiento. Esto ha progresado hasta alcanzar a todos los sujetos diferentes, ya sea por ubicación geográfica, por su enfermedad o por su condición social (Wigdorovitz de Camilloni, 2008).

3.3 Recursos para la integración

Los niños integrados tienen dificultades que hacen que los tiempos de aprendizaje sean distintos a los de los demás niños. La valoración de cada caso en particular, se debe realizar a través del trabajo en conjunto con los equipos interdisciplinarios y los distintos sectores del sistema educativo (Lukin, 2003).

El concepto de necesidades educativas especiales, pone el acento en lo que la escuela puede hacer para transformar las dificultades del alumno, ya que éstas (sin importar el origen) tienen carácter interactivo, van a depender tanto de las características individuales como de la oferta educativa que se ofrezca. Cabe señalar que, las dificultades propias de la problemática del aprendizaje pueden compensarse, reducirse o acentuarse en función del contexto en el que se desarrolla y de la respuesta educativa (Blanco, 1999).

Así, uno de los recursos más utilizados para la integración son los currículos flexibles que es el requisito elemental para dar respuesta a la diversidad, ya que permite tomar decisiones

ajustadas a las diferentes realidades sociales, culturales e individuales de los alumnos. La respuesta a las necesidades educativas especiales hay que buscarlas en el currículo regular (Duk, 2000), éste reúne los objetivos, contenidos, métodos y criterios de evaluación para cada uno de los niveles, grados y modalidades del sistema educativo. Es decir, es el qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar.

La adaptación curricular individual es un procedimiento que se realiza para un solo alumno, que tiene el mismo objetivo que el curriculum común para todos, desde el cual se parte. Una adaptación se basa en una evaluación psicopedagógica previa, a partir de la cual se planifica la propuesta educativa de integración para responder a las necesidades concretas de un determinado alumno (Rodríguez, 2003).

Otro recurso con el que cuenta la escuela integradora, es el equipo de maestras integradoras, que provienen del campo de la pedagogía, psicología, licenciadas en ciencias de la educación o maestras especiales, que acompañan el proceso de integración en forma total o parcial, proporcionando apoyo emocional y académico dentro o fuera del aula según las necesidades de cada caso (Lukin, 2003).

3.4 Diagnósticos para la integración

A partir de lo expuesto, cabe señalar que una de las principales tareas de los profesionales en el ámbito escolar es el diagnóstico educativo. A través de éste se busca identificar las necesidades, características e intereses de los niños para posteriormente poder diseñar una propuesta educativa que permita dar apoyo al niño y de esta manera cumplir con éxito los objetivos propuestos (Calderón, 2010).

De manera similar, para poder detectar, evaluar y diagnosticar las dificultades que se pueden presentar en la infancia es necesario examinar todos los sistemas que rodean la evolución del niño, ya que cada persona es afectada de modo significativo por las interacciones de los distintos sistemas que conforman el contexto donde se produce el desarrollo (Berger, 2007). Por esto, no se puede comprender a una persona de manera aislada en un momento preciso.

Para intervenir en el ámbito educativo se debe tener en cuenta la diversidad de la población escolar, para así poder detectar problemas en el aprendizaje, analizar y elaborar propuestas educativas adaptadas a las características personales y estilos cognitivos de cada niño, teniendo en cuenta las posibilidades, dificultades y los intereses en cada caso específico. Paralelamente es necesaria la participación y el trabajo en conjunto con los tutores y maestros, de la comunidad educativa en general (López Bueno, 2012).

Como consecuencia, si se determina que un niño no presenta necesidades educativas especiales, pero presenta problemas de aprendizaje (por ejemplo, no seguir el ritmo del aula), se orienta a la maestra para una intervención acorde a la situación, por ejemplo se ponen en práctica refuerzos educativos dentro o fuera del aula que ayuden a superar las dificultades, sin la necesidad de realizar una adaptación curricular. Por el contrario, si un niño presenta un déficit asociado a dificultades físicas, psíquicas o sensoriales, o es un niño con necesidades educativas especiales ya escolarizado que cambia de ciclo, se realiza un seguimiento y una adaptación curricular, en base a las necesidades específicas que presente en cada caso (González Fontao & Martínez Suárez, 2010).

3.5 Psicopatología y la escuela

La escuela es un ámbito propicio para la socialización que proporciona condiciones adecuadas para las interacciones con los pares y los adultos. Almonte (2003), explica que las interacciones que se dan entre un niño con problemas y la escuela pueden fortalecer, mantener o disminuir las manifestaciones patológicas. Así, los distintos cuadros que puede presentar un niño integrado, diagnosticado con alguna patología particular, podrían provocar tensiones, bajo rendimiento y/o baja autoestima, entre otras condiciones que pueden generar dificultades en el ámbito escolar. De la misma manera, aquellos comportamientos disruptivos, como por ejemplo la manifestación de conductas oposicionistas o hiperactividad, podrían perturbar la dinámica de la clase. En este sentido, se observa que, en cualquier caso, las respuestas que tengan los maestros y el resto de los alumnos, podrían facilitar o dificultar la adaptación del niño al contexto escolar. Por esto, es necesario evaluar y considerar, en el proceso diagnóstico y en los tratamientos de los trastornos infanto-juveniles, la dinámica que se desarrolla en el interior de la escuela (Almonte, 2003), en donde generalmente las primeras manifestaciones psicopatológicas se exteriorizan como rechazo escolar, aislamiento y conducta agresiva (Montt, 2003).

Por consiguiente, para que la escuela inclusiva pueda adaptar la currícula común a las necesidades de cada alumno es necesario partir de un diagnóstico que muestre cuál es el camino a seguir. Es decir, el diagnóstico como instancia de la labor clínica, en la escuela, va permitir entender algo de lo que le está pasando al niño. No se trata de patologizar una situación cotidiana, sino que se intenta realizar un análisis de las condiciones que permita reconocer, en cada sujeto, sus necesidades y establecer prioridades en los abordajes terapéuticos y pedagógicos para, de ese modo, poder actuar en consecuencia, de manera pertinente y eficaz (Borsani & Gallicchio, 2008).

3.6 Trastornos de inicio en la infancia y diagnósticos diferenciales

Los grandes grupos de trastornos generalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, en la niñez o en la adolescencia según DSM-IV-TR (APA, 2002), son:

- Retraso mental
- Trastornos del aprendizaje
- Trastorno de las habilidades motoras
- Trastorno de la comunicación
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
- Trastorno de la alimentación y del comer, de la infancia y niñez temprana
- Trastorno de tics
- Trastornos de eliminación
- Otros trastornos de la infancia, niñez y adolescencia

Los trastornos de inicio en la infancia son diversos y habitualmente pueden solaparse con ciertas características del momento evolutivo por el que esté atravesando el niño.

Así, una de las dificultades que se encuentran a la hora de clasificar los trastornos mentales en niños es que las dos grandes clasificaciones internacionales DSM (APA) y el CIE (OMS), tiene poco en cuenta, los factores evolutivos y las expresiones sintomáticas según la edad. En vistas de esta dificultad, se parte de la idea de que no hay una clasificación perfecta, ya que éstas son sólo un instrumento necesario, pero incapaz de plasmar toda la realidad psicopatológica (Llberia & Ascaso, 1998).

Cabe destacar que a su vez, la infancia es un período de múltiples cambios en las distintas áreas del desarrollo y la psicopatología no está exenta a ellos. Es decir, esta situación de cambios hace que se modifiquen y modulen muchos de los síntomas de los cuadros psicológicos y psiquiátricos en los niños, determinando una alta comorbilidad en muchos trastornos (Caballero, 2006). Sumado a esto, muchas de las conductas que en la infancia no son consideradas desviadas, podrían representar compensaciones de una perturbación existente o expresiones tempranas de una progresión hacia extremos desviados acorde continúa el desarrollo (Caballo y Simon, 2011).

Por esta razón, el diagnóstico diferencial facilita la identificación de una determinada patología, excluyendo otras formas posibles que se presenten en un cuadro clínico semejante al que padece el sujeto. De lo dicho se desprende, que se debe esclarecer, durante el proceso diagnóstico, si se trata de trastornos comórbidos o si deben establecerse parámetros para el diagnóstico diferencial. En este sentido, se reconoce uno de los grandes desafíos de la psicopatología, en cuanto a su importancia para comprender qué le sucede al paciente y para la

elección de un tratamiento u otro (Paula-Pérez, 2012).

En este apartado sólo se describirán aquellos trastornos de inicio de la infancia con los que fue diagnosticado Adrián, es decir: trastornos de comportamiento perturbador no especificado, trastorno mixto de lenguaje expresivo-receptivo y retraso mental leve.

3.6.1 Trastorno del comportamiento perturbador

La infancia es un período evolutivo donde los síntomas producto de alteraciones psicológicas o psiquiátricas se muestran con más frecuencia en forma de conductas o actitudes violentas y problemáticas. Estos problemas de comportamiento pueden ser la primera y única manifestación de un trastorno psiquiátrico o psicológico subyacente (Rodríguez Hernández, 2008). De esta manera, una de las condiciones psicopatológicas más comunes en edad escolar es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (APA, 2002), que junto a los trastornos disocial y oposicionista desafiante forman parte de una categoría más amplia de trastornos que inician en esta etapa de la vida, denominada Trastornos del comportamiento perturbador (López-Soler, Castro Sáez, Alcántara López, Fernández Fernández & López Pina, 2009).

Esta categoría puede tener una presentación clínica principalmente conductual. Pese a lo expuesto, desde una perspectiva psicopatológica, los trastornos del comportamiento como diagnóstico quedan limitados a dos entidades precisas: el trastorno disocial y el trastorno oposicionista desafiante y una tercera categoría, el trastorno de comportamiento perturbador no especificado (Rodríguez Hernández, 2008). Estas patologías son las más frecuentes en la etapa escolar, sin embargo no son las que más necesitan adaptaciones curriculares o integración escolar.

El trastorno de conducta disocial se exterioriza a través de un patrón de conducta persistente y repetido no adaptado a las normas sociales que viola los derechos de los demás. El cuadro va acompañado de actitudes agresivas a personas y animales, destrucción de la propiedad y robos (Rodríguez Hernández, 2008; Marcelli, 2007; APA, 2002). También se observan fallas en los procesos de socialización, en la internalización de reglas de comportamiento, así como una deficiencia en habilidades sociocognitivas. Pudiendo agregarse la escasa o nula capacidad de empatía, a partir de lo que existiría una dificultad para comprender sentimientos y deseos de los otros, concurrente con la falta de sentimientos de culpa y la tendencia a responsabilizar a terceros de sus propias acciones, heterorreposabilidad. También se describen aspectos asociados como la presencia de autoestima disminuida velada por una imagen de gran fortaleza, la posibilidad de

asociarlo a un rendimiento intelectual bajo, dificultades en el aprendizaje y en habilidades comunicacionales (Almonte & Sáenz, 2003).

Del mismo modo, el trastorno oposicionista desafiante se describe como un patrón de comportamiento hostil, desafiante y negativista (APA, 2002), dirigido habitualmente hacia las figuras de autoridad. Habría intencionalidad y cierto nivel de comprensión de las acciones. Sin embargo, a diferencia del anterior, no se presentan agresiones físicas ni transgresiones graves de las reglas y normas (Rodríguez Hernández, 2008).

Algunos estudios plantean que las funciones ejecutivas están muy implicadas en el desarrollo de conductas disruptivas. Por ejemplo, una alteración en la memoria de trabajo puede generar problemas para comprender los resultados de una conducta apoyándose en la experiencia previa; por esta razón, el sujeto no podría prever las consecuencias de sus actos. Igualmente, la presencia de un déficit en la autorregulación, la flexibilidad cognitiva o la habilidad para la resolución de problemas podría afectar la capacidad del niño para responder de forma adecuada y adaptativa al entorno o a las directivas de los adultos, contribuyendo con ello a la aparición de comportamientos considerados oposicionistas (Rigau-Ratera, García-Nonell & Artigas-Pallarés, 2006).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) enuncia que no debe diagnosticarse trastorno oposicionista desafiante, si cumple criterios para un trastorno disocial de la personalidad, esquizofrenia, episodio maníaco, episodio depresivo, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Por último, el trastorno de comportamiento perturbador no especificado, se limita a pacientes con síntomas incompletos o atípicos de los dos anteriores, es decir, incluye cuadros clínicos que no cumplen los criterios de trastorno disocial, ni de trastorno oposicionista desafiante, pero en los que se observa deterioro clínicamente significativo (APA, 2002).

3.6.2 Trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo (Disfasia del desarrollo)

El término disfasia nombra un grupo de alteraciones que van desde los retrasos simples de lenguaje hasta perturbaciones graves como la ausencia del mismo. Tradicionalmente la disfasia es aislada, es decir, no existiría asociación con retraso mental, ni relación con trastornos del comportamiento o de la comunicación no verbal, así como tampoco con deficiencias sensoriales y/o motoras (Marcelli, 2007), sería una dificultad innata, duradera y relativamente autónoma para la adquisición y manejo del código lingüístico (Crespo-Eguílaz & Narbona, 2006).

Fresneda y Mendoza (2005), describen niños con trastorno del lenguaje. Estos autores plantean, que lo específico de este trastorno es que no presenta ninguna patología diferente a la lingüística, es decir, asume la normalidad en todas las funciones, salvo en la del lenguaje. También hacen referencia a la discrepancia que se puede presentar como desajustes entre la edad lingüística y la edad cronológica (discrepancia cronológica) o entre la edad lingüística y a la edad cognitiva (discrepancia cognitiva). De lo dicho se desprende, que un niño presentaría el trastorno si los problemas lingüísticos permanecen en el tiempo, aunque cambien de alguna forma sus manifestaciones.

Madariaga y Correa (2003) señalan que la forma más frecuente de trastornos de lenguaje, es el síndrome de déficit mixto (receptivo-expresivo) fonológico y sintáctico. Éste se presenta con una comprensión deficitaria, una expresión hipofluente, hipogramatical y con distorsiones articulatorias que hace que la comunicación sea escasamente inteligible. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras (APA, 2002).

Un niño afectado por este trastorno puede seguir directivas e instrucciones de manera incorrecta o no seguirlas y dar respuestas inadecuadas a las preguntas que se le formulen. Sumado a esto, puede ser excepcionalmente silencioso o por el contrario, muy elocuente. Las habilidades para la conversación suelen ser muy deficientes o inadecuadas (APA, 2002).

3.6.3 Retraso mental (RM)

De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2002), la característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general inferior al promedio, acompañada de limitaciones significativas de la actividad adaptativa. Se subclasifica a los pacientes de acuerdo con un único parámetro, el coeficiente intelectual, que puede tomar cuatro valores: leve, moderado, grave y severo o profundo.

Contrariamente, la Asociación Americana de Retraso Mental sostiene que el retraso mental es producto de la interrelación entre las capacidades del individuo, la estructura, las expectativas del medio ambiente y el funcionamiento que tiene en los diversos ámbitos. Esta definición supera el concepto tradicional que se basa en el nivel de la función intelectual por debajo de la media, como sucede al medir el cociente intelectual (Shevell, 2008). El comportamiento adaptativo hace referencia a las destrezas que un individuo debe adquirir para actuar correctamente en el contexto

de su vida cotidiana (González Castañón, 2001).

Recientemente, fue reemplazado el término retraso mental por el de discapacidad intelectual, reflejando el cambio de la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), que ha pasado a llamarse Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo (AAIDD). Este cambio expresa una transformación de la construcción de discapacidad y se ajusta de manera más adecuada al énfasis que se ha puesto en los comportamientos funcionales y en los factores contextuales (Shevell, 2008).

Cabe señalar que el retraso mental supone la discapacidad como una falla en el interior de la persona, como una condición del sujeto, a diferencia de la *discapacidad intelectual* que considera la discapacidad como el ajuste entre las capacidades de la persona y el contexto en el que actúa, refiriéndose al estado de funcionamiento. Ambas construcciones, sin embargo, definen en términos de limitaciones en el funcionamiento humano normal (Wehmeyer et al., 2008).

Paralelamente, el retraso mental puede cursar con síntomas conductuales que puede incluir pasividad, falta de control de impulsos, conductas estereotipadas automutilantes y autoestimulantes, dependencia y baja autoestima (Marcelli, 2007).

Una categoría relacionada al retraso mental, es el concepto de capacidad intelectual limítrofe. Esta concepción implica que las personas fronterizas tienen limitaciones escolares, sociales y laborales similares a las del retraso mental, pero en menor grado (Artigas-Pallarés, Rigau-Ratera & García-Nonell, 2007). El DSM-IV-TR (APA, 2002), describe la capacidad intelectual límite, como un intervalo de CI superior al exigido en el retraso mental, generalmente 71-80.

De esta manera, los fronterizos se diferencian de la población general por presentar una demora en la adquisición de habilidades, siendo la más evidente el retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje verbal, así como la baja capacidad de abstracción y la presencia de un vocabulario pobre. El aprendizaje es lento, con muchas dificultades, frecuentemente acompañado de torpeza y lentitud para la adquisición de la escritura. Otro aspecto a destacar respecto a éstos sujetos es su temperamento impulsivo, revelándose, al mismo tiempo, emocionalmente inmaduros (Cádiz, 2003).

Otro conjunto de diagnósticos posibles siguiendo el DSM-IV-TR son Psicosis de inicio en la infancia, Autismo y Asperger. Estos trastornos incluyen la sintomatología de los antes mencionados pero conforman cuadros más amplios e independientes.

A partir de la observación se pudo percibir que el niño presentaba particularidades sintomáticas

concurrentes con los trastornos detallados a continuación.

3.6.4 Psicosis de inicio en la infancia

En 1911, Bleuler incorpora el término *esquizofrenia*, para nombrar un conjunto de psicosis donde el curso es, en algunos casos crónicos, signado por ataques intermitentes y por una restitución incompleta. Está caracterizado por la ruptura de la vida psíquica y acompañado de síntomas elementales que consisten en trastornos de la asociación, de la afectividad, separarse de la realidad (autismo) y la ambivalencia. Agrega que no hay presencia de síntomas que tengan un lugar predominante en otras afecciones como trastornos de la percepción, de la memoria, de la orientación (Bleuler, 1911/2011).

De la misma manera, la Asociación Americana de Psiquiatría, en el DSM IV-TR (2002) define a la psicosis como un cuadro caracterizado por delirios y alucinaciones que se acompaña de lenguaje y conducta desorganizados, pérdida de las capacidades individuales y/o de la evaluación de la realidad. También caracterizado por síntomas negativos como hipobulia, anhedonia y alogia.

Dentro de las psicosis, la esquizofrenia es una de las diez principales causas de discapacidad en el mundo, se define como un trastorno psicótico, que afecta la percepción, el pensamiento, el afecto y la conducta (Ulloa Flores, Sauer Vera & Guitart, 2011). Cuando su inicio es en la infancia, comparte alteraciones subyacentes con el proceso en el adulto. Posee una progresión crónica, genera incapacidad y pérdida de funcionamiento global, afectando la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores (Valenzuela et al., 2012).

Los sujetos diagnosticados con esquizofrenia presentan gran variedad de cuadros sintomáticos. A partir de esto se ha dividido a la esquizofrenia en subtipos a partir de ciertos atributos (Jablensky, 2006).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los subtipos se clasifican en paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual. El tipo *paranoide* se define por preocupación con una o más ideas delirantes o alucinaciones, sin presentar lenguaje ni comportamiento desorganizado, tampoco afectividad aplanada. El tipo *desorganizado* se caracteriza por una regresión a comportamientos primitivos, donde el lenguaje y/o el comportamiento se presentan desorganizados y la afectividad aplanada; el *catatónico* puede presentar inmovilidad o excesiva actividad motora, acompañado de negativismo extremo, adopción voluntaria de posturas extrañas y ecolalia o ecopraxia. El tipo *indiferenciado*, no cumple los criterios para ninguno de los subtipos antes mencionados. Por último el *residual*, se caracteriza por la presencia de continuas

manifestaciones de alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos y en ausencia de síntomas activos suficientes como para cumplir los criterios de cualquier otro subtipo.

Puerta (2002), se reserva el término esquizofrenia de comienzo en la niñez (COS, childhood onset schizophrenia) a una forma severa, devastadora y temprana de la enfermedad, donde los síntomas se presentan antes de los 12 años. La esquizofrenia de inicio muy temprano (VEOS, very early onset schizophrenia), comienza antes de los 13 años, puede presentar rasgos autistas temporales tempranos y descenso cognitivo postpsicótico. Los síntomas son similares a los que se encuentran en los niños con trastorno del compromiso multidimensional, es decir, pobre control de atención, de impulsos y de la afectividad, síntomas psicóticos y baja puntuaciones en pruebas de inteligencia como las escalas Wechsler. Generalmente, el comienzo suele ser insidioso y de curso crónico, con gran porcentaje (54 - 90%) de síntomas prodrómicos como hiperactividad y déficit de atención, problemas de conductas y síntomas relacionados con trastornos generalizados del desarrollo como ecolalias, rituales, estereotipias, retrasos del lenguaje y del desarrollo psicomotor (Sobarzo, 2003).

Varios expertos coinciden que, tanto en niños y como en adultos, los síntomas positivos y negativos son semejantes y que pueden ser precedidos durante semanas o meses por síntomas prodrómicos, que incluyen disminución de la atención, la concentración y la motivación, falta de energía, alteraciones afectivas, alteraciones del sueño, aislamiento y desconfianza (Bleuler, 1911; APA, 2002; Puerta, 2002; Ulloa Flores et al., 2011). A diferencia de la sintomatología episódica en el adulto, los niños con esquizofrenia tienen un comienzo generalmente encubierto.

Otros autores mencionan que un tercio de los casos de esquizofrenia de la infancia presentaban serias dificultades en el desarrollo social afectando a la habilidad de hacer y mantener amigos. También el coeficiente intelectual tiende a ser más bajo cuando el inicio es en la infancia con respecto al que presentan los pacientes cuyo inicio es en la edad adulta, así la media del CI premórbido en la infancia se sitúa por debajo de 80, es decir entre 10-15 puntos menos que la media para adultos (Pérez Fernández de Landa, Langarica Eserverri & Campos Burgui, 2005)

Fernández de Soto y Osorio (2006), consideran que a pesar de las similitudes con su presentación en el adulto, el diagnóstico en la infancia encuentra resistencia en la comunidad científica, debido al estigma asociado a la enfermedad. Sin embargo, estos autores, apoyándose en una investigación de Schaeffer, destacan que hasta el 65 % de los niños que presentaban síntomas tempranos comunes eran diagnosticados previamente como hiperactivos, violentos, agresivos e irritables, acompañados de problemas escolares. En promedio, existía un retraso de dos años desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de esquizofrenia y la consecuente

administración de antipsicóticos.

Otros autores, como Ulloa Flores et al. (2011), también coinciden que en la infancia los síntomas son generalmente precedidos por trastornos en el desarrollo y, con mayor frecuencia, acompañados por un coeficiente intelectual bajo, déficits cognoscitivos y síntomas negativos intensos; de la misma manera hay mayor prevalencia de los subtipos indiferenciado y desorganizado en niños y adolescentes. De manera similar, Pérez Fernández de Landa et al. (2005) plantean que en la infancia además se presentan características típicas y diferenciales; como ser, los déficits premórbidos en el neurodesarrollo se presentan con mayor frecuencia y severidad. Paralelamente, a través de un estudio de Maudsley se encontraron retrasos significativos comunes en las áreas del lenguaje, lectura y control vesical.

Sin embargo, el desafío que representa esta patología es, generalmente, el sutil desarrollo temprano antes de que ocurra el primer episodio psicótico. Entre los síntomas tempranos (prodrómicos) que pueden comenzar desde dos a seis años antes del primer episodio psicótico, se encuentran: disminución de la concentración y la atención; disminución de la motivación y de la energía; cambios en el estado de ánimo, como depresión y ansiedad; dificultades para dormir; aislamiento social; desconfianza; irritabilidad; descuido de la apariencia física; deterioro del rendimiento académico y abandono de los intereses previos (Gur & Braden Johnson, 2006).

Como se menciona, aunque presenta similitudes con el cuadro del adulto, la esquizofrenia es poco común en los niños y difícil de reconocer en sus primeras etapas. Por este motivo, la Academia Americana de Psiquiatría del niño y el adolescente (s.f.), ha identificado signos de alarma temprana: alucinaciones auditivas y visuales, dificultad de diferenciar sueño de realidad, comportamiento y/o lenguaje raro, ideas y pensamientos bizarros, forma de pensar desordenada, cambios de humor bruscos y extremos, comportarse como un niño menor a su edad cronológica, aislamiento social, dificultad para hacer o mantener amistades, pensamiento de que la gente está hablando de él o está en contra de él, ansiedad y temor severo, confundir la televisión y los sueños con la realidad y disminución en la higiene personal (AACAP, s.f).

Específicamente se detalla que en relación a los síntomas delirantes, sí se presentan antes de los 10 años, generalmente se exteriorizan en forma de miedos irracionales y difusos o incluso amenazas cósmicas (Eggers, 1978). Otra característica de los delirios en la infancia es la incapacidad para distinguir las fantasías de la realidad y en los pacientes jóvenes puede manifestarse a través de identificaciones con otras personas, animales u objetos inanimados en su entorno o incluso fingen haber sido transformados en objetos. En ocasiones pueden revelarse como preocupaciones extrañas, alteraciones en la apariencia o funcionamiento de su cuerpo o como alteraciones de la propia identidad y de sus relaciones con los demás (Agüero & Agüero,

1999; Fernández de Soto & Osorio, 2006).

Continuando con las alteraciones, Agüero y Agüero (1999), también enumeran los síntomas y signos en la infancia, y plantean que las ideas paranoides son generalmente fragmentadas y difusas, se presentan como ideas falsas, fijas, fantásticas y absurdas, que hacen alusión a poderes sobrenaturales, existencia de demonios y monstruos. Del mismo modo mencionan que la distorsión de los patrones psicomotores se manifiestan a través de hiperquinesia, posturas extrañas, movimientos de balanceo o giros sobre sí mismo; y que en la forma de comienzo temprano se observan modelos primitivos como son el aleteo de manos y el retorcimiento de los dedos.

Dentro de las alteraciones perceptivas, sugieren que las más frecuentes son las alucinaciones auditivas caracterizadas por el diálogo entre voces, o comentarios acerca de la conducta del propio paciente, así como sensaciones de cambio corporal, hipersensibilidad a los olores y a estímulos visuales y auditivos. Igualmente el lenguaje se presenta distorsionado, los relatos fragmentados, la comprensión del habla se encuentra dificultada por la presencia de oraciones incompletas, ausencia de conexiones lógicas entre las frases o por frases irrelevantes; en conjunto resulta escasamente comunicativo. En correlación, presentan ecolalia (eco estereotipado) y la inversión pronominal está caracterizada por la confusión de pronombres personales y el uso de la segunda o tercera persona para dirigirse a sí mismo (Agüero & Agüero, 1999; Sobarzo, 2003; Fernández de Soto & Osorio, 2006).

Hernández Jaramillo (2008), refiere que los síntomas de desorganización resultan inherentes a la escasez de recursos disponibles para mantener la estabilidad del pensamiento, como ser respetar las reglas de comunicación e inhibir la intrusión de ideas inapropiadas.

Algunos autores sugieren que las irregularidades del lenguaje oral, relacionadas a las alteraciones del pensamiento son la pérdida de asociación o incoherencia, desorganización, neologismos, perseveración, bloqueos, autorreferencia e inversión pronominal. Además de parafasias semánticas, es decir, deformaciones parciales o sustituciones completas de las palabras, por ejemplo decir "silla" al intentar pronunciar "mesa" y literales, cambio de fonemas de una palabra: cata por casa (Agüero & Agüero, 1999; Hernández Jaramillo, 2008). A diferencia de un niño normal de 4 o 5 años con comentarios novedosos y creativos, los niños psicóticos utilizan continuamente imitaciones congruentes, pero sin ninguna creación imitativa nueva (Puerta, 2002). Barrera (2006), plantea que los déficits cognitivos podrían ser un factor determinante del nivel de discapacidad de los pacientes; es decir, la habilidad para la resolución de problemas y el nivel de funcionamiento general, son aspectos determinados por las funciones cognitivas (memoria declarativa verbal y de trabajo, funciones ejecutivas y la atención).

La memoria en los pacientes con esquizofrenia, está afectada con un severo deterioro de la memoria declarativa verbal y espacial así como de la memoria episódica. Sin embargo, la capacidad de recordar la información adquirida mucho tiempo antes esta conservada.

De la misma manera, presentan alteraciones en las funciones ejecutivas, es decir inconvenientes en la capacidad de iniciar, planificar, controlar y monitorear la propia conducta, así como dificultad para manipular información abstracta. También se encuentra afectada la capacidad de mantener transitoriamente material mental en un estado activo. Durante el primer episodio de esquizofrenia los pacientes suelen mostrar déficits ejecutivos específicos, en particular de planificación de la conducta y de la memoria de trabajo espacial, pero no en pruebas en que se requiere cambiar de set mental. Con relación a los déficits de la atención, estos se mantienen, a pesar de que la medicación antipsicótica los disminuye. Asimismo, es mayor las dificultades de la atención cuando coexisten con las anomalías de la memoria declarativa verbal y de las funciones ejecutivas (Barrera, 2006).

No obstante, la concepción de la esquizofrenia fue cambiando a lo largo de los años, pasando de ser una afección invalidante, irrecuperable, que demandaba aislamiento y reclusión, a una patología con posibilidad de tratamiento integral (Valenzuela et al., 2012).

Yung (2012), manifiesta que gran parte del deterioro, observado en los pacientes con trastornos psicóticos, no se debe solamente a un proceso biológico inevitable sino a factores psicosociales que se presentan en los primeros años, luego de que se manifiesten los primeros síntomas, que incluyen la interrupción de la escolaridad, estrés familiar, pérdida de amistades, depresión, desmoralización, el estigma, la limitación del desarrollo de la personalidad. La autora expresa, que con la Intervención Temprana (IT), estos factores se pueden prevenir o al menos minimizar. Una intervención temprana en el primer episodio psicótico busca reducir la duración de la psicosis no tratada (DUP, duration of untreated psychosis) (De Vicente, Magán & Berdullas, 2009; Yung, 2012). La IT se centra en dos elementos, la detección temprana y la intervención o tratamiento más eficaz, ya que cuanto más tiempo dura este intervalo, peor es el pronóstico de la enfermedad (Vallina, Lemos & Fernández, 2006).

3.6.5 Autismo

Desde la psiquiatría clásica, Bleuler (1911/2011) utilizó por primera vez el término autismo para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos y que consiste en la continua autorreferencia de cualquier suceso que ocurre. Sin embargo, este síntoma, no es posible aplicarlo al autismo infantil, porque autismo y esquizofrenia en los

términos que plantea este autor no son estructuras psicopatológicas que se puedan superponer.

Eikeseth (2009) define el autismo, como un trastorno del desarrollo que se caracteriza por una grave dificultad en la interacción social y la comunicación, con altos grados de comportamiento estereotipado y ritualístico. El trastorno autista debe manifestarse antes de los tres años (APA, 2002).

Las alteraciones en la interacción social se caracterizan por alteraciones en el lenguaje no verbal, dificultades en el desarrollo de relaciones interpersonales, ausencia de la tendencia espontánea a mostrar y compartir intereses y ausencia de reciprocidad social en las emociones (Cabanyes-Truffino & García-Villamisar, 2004). Los pacientes pueden tener una incapacidad para relacionarse con otros de su edad, ausencia de la tendencia espontánea que tienen los niños normales para compartir intereses u objetivos, tales como mostrar, traer o señalar objetos (Rodríguez-Barrionuevo & Rodríguez-Vives, 2002).

En cuanto a las alteraciones en la comunicación, pueden manifestarse como un retraso en el desarrollo del lenguaje verbal o por un lenguaje reiterativo y estereotipado, algunos casos cursan con ausencia de lenguaje. Igualmente, es frecuente observar dificultades para iniciar y sostener conversaciones, así como la ausencia o escasa variedad del juego imaginativo y de imitación social (Cabanyes-Truffino & García-Villamisar, 2004).

El DSM-IV-TR (APA, 2002), describe que los patrones de comportamiento, actividades e intereses son restringidos, estereotipados y repetitivos. Frecuentemente, los niños con este trastorno pueden hacer berrinches, como resultado de cambios mínimos en el ambiente, las actividades suelen ser inflexibles, las rutinas y rituales no son funcionales. También pueden presentar aleteo de las manos, balanceos del cuerpo, inclinarse o mecerse y trastornos posturales.

3.6.6 Asperger

El síndrome de Asperger fue especificado originalmente por Hans Asperger en 1944, quien delimitó el trastorno como una psicopatía autística (Fernández-Jaén, Fernández-Mayoralas, Calleja-Pérez & Muñoz Jareño, 2007)

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los niños con este trastorno presentan dificultades relacionadas con la interacción social, una marcada deficiencia en conductas no verbales, dificultad para desarrollar relaciones con pares adecuadas a su edad, falta de conductas espontáneas orientadas a compartir intereses con otras personas y ausencia de reciprocidad social. Acompañado de al menos un patrón de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, que se manifiesta por hiperfocalización de un interés (o varios) restringido y

estereotipado, anormal por su intensidad o contenido, puede presentar también apego inflexible a rutinas o rituales no funcionales. Se observan estereotipias motoras repetitivas como ser sacudir las manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo.

Las características de estos pacientes que se expresan y se resumen en los criterios diagnósticos del DSM, difieren en algunos aspectos de las descritas en años previos; ya no se detallan características del lenguaje y no es necesaria la presencia de intereses dominantes o torpeza motora y se plantea la exclusión absoluta de retrasos cognitivos o del lenguaje y de autismo para su diagnóstico (Fernández-Jaén et al., 2007).

Similarmente, Díaz-Atienza, García Pablos y Martín Romera (2004) manifiestan que los actuales criterios del Síndrome de Asperger exigen que el CI sea normal o cercano a la normalidad y que la falta de una alteración clara en el lenguaje comúnmente produce un diagnóstico clínico tardío. Sin embargo, el lenguaje claramente no es normal, suelen tener un habla pedante, habilidades de conversación pobres y una absorbente preocupación por temas muy precisos. Generalmente, son muy concretos y literales al hablar y sus respuestas habitualmente no se articulan con la pregunta. Algunos de estos niños han sido etiquetados con trastorno del Lenguaje Semántico-Pragmático, en lugar de Asperger o autismo.

Algunas de las razones por las cuales mucho niños no reciben diagnóstico de Asperger en la etapa preescolar o en el primer ciclo de la primaria, se debe a que en los primeros años de la infancia pasan inadvertidos algunos comportamientos que con el pasar del tiempo se vuelven incomprensibles y en algunos casos se vuelven un blanco de broma. La incompetencia para las reglas implícitas en las relaciones sociales, los intereses restringidos, la inflexibilidad mental y comportamental, o la ausencia de habilidades sociales, pueden quedar escondidas entre las características del desarrollo de cada niño (Equipo Deletrea & Artigas Pallares, 2004).

Paula-Pérez (2012) plantea que los niños que presentan características del espectro autista pueden hablar solas o repetir escenas que han observado con anterioridad y que podrían interpretarse como delirios o alucinaciones sin serlo. Cuando un niño con trastorno del espectro autista adopta una personalidad imaginaria es consciente de que está jugando o fantaseando y que no es una identidad real. A diferencia de lo que pasa en la despersonalización de la esquizofrenia, que la persona cree ser quien realmente no es.

En conclusión, se detallaron concepciones relacionadas con la discapacidad, educación especial, integración e inclusión educativa, con el objetivo de contextualizar el ámbito escolar donde se integran los niños con capacidades diferentes.

Se desataca la dificultad del diagnóstico en la infancia, por tratarse de un momento evolutivo

donde los síntomas pueden ir variando acorde al desarrollo del niño. Se detallan los trastornos con los que fue diagnosticado el niño integrado en cuestión. También se describen y especifican los diagnósticos alternativos presuntivos, aquellos que se desprenden de las conductas observadas y recolectadas durante la práctica en la institución.

Para finalizar y a modo de síntesis se detallan las similitudes y diferencias de los trastornos presentados según el DSM-IV-TR (2002)

Trastornos de comportamiento perturbador: El trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial comparten algunas características, sin embargo el primero no incluye patrones persistentes de los comportamientos más graves.

El trastorno oposicionista desafiante es una característica comúnmente asociada a trastornos psicóticos de niños y adolescentes y no deben ser diagnosticados separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de una psicosis.

En un sujeto con retraso mental sólo se establece el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante cuando su comportamiento tiene consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros niños de la misma edad, sexo y gravedad de retraso comparable.

No se puede diagnosticar trastornos de comportamiento perturbador, si la conducta es resultado de una incapacidad para seguir normas resultante de una alteración de la comprensión del lenguaje.

Trastornos del lenguaje: se observa una alteración del desarrollo en un área específica, pero no hay una afectación generalizada del desarrollo intelectual y de la capacidad adaptativa. En el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, existe alteración del lenguaje pero, en estos casos, no se asocia a una afectación cualitativa de la interacción social ni a patrones de comportamiento restrictivo, repetitivo y estereotipado, como en el autismo o en el Asperger.

Retraso mental: el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios diagnósticos, prescindiendo de la posible presencia de otro trastorno. No incluye ningún criterio de exclusión.

Autismo: En el desarrollo normal pueden observarse períodos de regresión evolutiva, pero no son tan graves ni tan prolongados como el trastorno autista. Los intereses y actividades estereotipados, repetitivos y restrictivos suelen caracterizarse por la presencia de manierismos motores, preocupación por partes de los objetos, rituales y un importante malestar frente a los cambios, mientras en el trastorno de Asperger se manifiestan por el absorbente interés restringido a un tema concreto. En algunos casos, puede resultar problemática la diferenciación entre ambos trastornos.

Asperger: puede distinguirse del trastorno autista por la ausencia de retraso o desviación en el desarrollo temprano del lenguaje. El trastorno de Asperger no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno autista.

A su vez, el trastorno de Asperger debe distinguirse de otros trastornos generalizados del desarrollo que se caracterizan por problemas en la interacción social, lenguaje y juegos, mientras que en el Asperger no hay retrasos significativos precoces ni en las actividades cognoscitivas ni en las verbales.

Psicosis de inicio en la infancia: La esquizofrenia de inicio infantil puede presentarse tras algunos años de desarrollo normal y puede establecerse un diagnóstico adicional de esquizofrenia, si un sujeto con trastorno autista o Asperger presenta las características típicas del trastorno, incluyendo alucinaciones, delirio y lenguaje desorganizado durante al menos un mes.

La esquizofrenia y los trastornos generalizados del desarrollo (por ejemplo el trastorno autista), comparten alteraciones del lenguaje, la afectividad y el contacto interpersonal, pero pueden diferenciarse de varias formas. Los trastornos generalizados del desarrollo se detectan de forma característica durante la niñez o la primera infancia (habitualmente antes de los 3 años), mientras que un inicio tan temprano es raro en la esquizofrenia.

En los trastornos generalizados del desarrollo hay una ausencia de ideas delirantes y alucinaciones evidentes, hay anormalidades más importantes en la afectividad y no hay lenguaje, o es muy limitado, caracterizándose por estereotipias y anormalidades en la prosodia.

La esquizofrenia de inicio en la infancia debe distinguirse de los cuadros infantiles que combinan el lenguaje desorganizado (de un trastorno de la comunicación) y el comportamiento desorganizado (del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de comportamiento perturbador).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de caso único.

4.2 Participantes:

Alumno integrado en 1º grado de 7 años, el cual concurre diariamente a la institución por la

mañanay dos tardes. A los fines de preservar su identidad real, se lo llamará A.

El niño fue diagnosticado con trastorno de conducta perturbador no especificado, trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo y retraso mental leve..

En la institución cuenta con una maestra integradora, mientras que en el jardín concurrido repitió sala de 5 años.

El niño asiste a la Psicóloga y a la Psicopedagoga, fuera de la escuela, estas mantienen comunicación fluida con la maestra integradora y la coordinadora de integración de la institución. No toma medicación.

4.3 Instrumentos:

- Observación dentro el grado, en la sala de integración, en el recreo, en las distintas actividades de la escuela (plástica, educación física y música) y en el almuerzo: a través de la cual se recolectaron los datos de las conductas y las sintomatología que presenta el niño.
- Legajo escolar del niño: a partir el cual se obtuvo información de las entrevistas que mantiene la escuela con los padres del niño y con los profesionales a cargo del caso. Se extrajeron los datos sobre el diagnóstico del niño, así como también se recolectó testimonios sobre la historia y el progreso académico, social y cognitivo del mismo en la anterior institución y se comparó con su desempeño en la escuela . Otros datos de interés fueron las expectativas de las maestras y de los padres sobre la integración y su evolución.
- Entrevista con la psicopedagoga y la psicóloga a cargo del caso: se recolectó información sobre los tratamientos pedagógicos y psicológicos ofrecidos por las profesionales.
- Entrevista con la maestra integradora y a la coordinadora de integración: permitió indagar sobre el progreso, su comportamiento diario y su evolución en lo cognitivo, lo social y en lo académico.
- Proyecto Pedagógico Individual (PPI): en base al cual se propondrá la adaptación curricular para este caso.

4.3 Procedimiento:

Los datos para la elaboración del Trabajo Final de Integración se obtuvieron mediante la participación en el desarrollo cotidiano de las actividades que se llevan a cabo en la institución. Se observó y elaboró un registro continuo de las conductas, las expresiones verbales y gestuales y

la sintomatología observable en el contexto escolar todas las mañanas durante 3 meses. Paralelamente se realizó la lectura y análisis del legajo donde se encuentran incluidos el PPI, y las entrevistas a la maestra integradora, la coordinadora de integración y los profesionales encargados del caso aquí detallado.

5. DESARROLLO

Durante la práctica se advirtió la existencia de incompatibilidades entre los trastornos que se le habían diagnosticado y las sintomatología y conductas observadas diariamente en la institución. Ésta inquietud fue el punto de partida de este trabajo y los objetivos que aquí se plantean.

A partir de dicha observación, y con la finalidad de responder al primer objetivo del presente proyecto, se hará una descripción y análisis de la conducta del niño, las cuales fueron obtenidas a través de un registro diario durante el ejercicio como maestra integradora correspondiente a la práctica realizada en la escuela. Como consecuencia, se propondrá un nuevo diagnóstico compatible con los comportamientos actuales del niño, para luego proponer una adecuación curricular que se ajuste al diagnóstico alternativo en caso de ser confirmado.

Para contextualizar la situación y entender el recorrido que realizó el niño hasta ser integrado en la escuela, se hará a modo introductorio un resumen de su escolarización. Toda la información aquí detallada fue extraída del legajo escolar del niño y de las distintas entrevistas realizadas.

5.1. ¿Quién es A?

A es un niño de 7 años integrado en 1º grado de una escuela comunitaria. Es único hijo, de una familia conformada. El niño no presenta ninguna enfermedad médica. No toma medicación, a excepción de que tuvo tics vocales y se le administró Flunarizina.

Comenzó su escolaridad, en sala de 4 años, en el Jardín de otra escuela, donde ya manifestaba problemas en el lenguaje expresivo, como resultado de esta dificultad su integración grupal fue dificultosa. El niño no respondía a las consignas, por lo que se infería que tenía una falla de comprensión; como consecuencia fue derivado a un tratamiento fonoaudiológico. A estas

dificultades se asociaban también conductas opositoras desafiantes (gritos, escupidas, conductas disruptivas /antisociales).

A los 5 años, fue evaluado neurológicamente por primera vez. El examen fue normal, por tanto, el profesional a cargo recomendó una evaluación neurolingüística, para categorizar su trastorno del lenguaje. Los resultados de esta última, enunciaron que el niño presentaba un cuadro de disfasia fonológica - sintáctica (afecta expresión y comprensión) y cognitivamente presentaba un nivel fronterizo, con un CI de 78, descendiendo en las funciones ejecutivas y atencionales. Sumado a esto, su funcionamiento se encontraba seriamente comprometido por su conducta, por lo que se recomendó una maestra integradora permanente de lunes a viernes. El mismo año, obtuvo un certificado único de discapacidad, otorgado por Servicio de Rehabilitación del Ministerio de Salud de la Nación, que es un documento público que le da acceso al sistema de salud y a los beneficios instituidos por la normativa en la materia, para las personas con discapacidad.

A través de la lectura del legajo, se obtuvo información de las reuniones que mantuvieron la anterior maestra integradora (del jardín) y la actual, donde se comunicaba que A habría transitado sala de 5 años en periodo de permanencia (se denomina a la decisión de hacer cursar dos o más veces el mismo nivel a un niño con discapacidad), que su juego era solitario, que necesitaba que se le anticipara quién lo retiraba de la escuela y que cada vez que se le informaba que era su papá se angustiaba y se autoagredía. También que mostraba tener mucha información relacionado a lo sexual, teniendo en cuenta su corta edad; en sala de 4 años se bajó los pantalones delante de los compañeros e intentada todo el tiempo besar a la maestra en la boca.

Como consecuencia de lo que le estaba sucediendo a A, en su vida y en la escuela, comenzó un tratamiento psicopedagógico y psicológico. El primero basado en actividades de estimulación cognitiva con el objetivo de favorecer el aprendizaje y la conducta adaptativa, en las áreas de comunicación, socialización, juego, habilidades de la vida diaria y escolar. El segundo intenta favorecer el modelado de conductas disruptivas, promover el lenguaje como medio de comunicación en lugar de los berrinches, focalizado en incentivar su autonomía para poder resolver distintos conflictos. Desde lo social, beneficiar y fortalecer la subjetividad, haciendo hincapié en sus necesidades y logros. La psicopedagoga expresó en uno de sus informes que el niño era para escuela especial.

Está acompañado cada día, por una maestra integradora de la escuela que trabajaba con él

dentro y fuera del grado, según las necesidades, brindándole el apoyo emocional y académico necesario para que pueda llevar cabo las actividades diarias.

Los motivos para la integración a un aula común, según los informes de la coordinación de integración de la institución, fueron que el niño presentaba potencial cognitivo y podía establecer relaciones con niños y adultos, aunque sólo lo haga de manera bipersonal.

5.2. Describir y analizar las características, comportamiento y sintomatología observables que presenta el niño

El caso que aquí se presenta, como ya se mencionó, es el de un niño que fue diagnosticado años anteriores con trastorno de conducta perturbador no especificado, trastorno de lenguaje mixto expresivo-receptivo y con un retraso mental leve.

Como se plantea a lo largo de este TFI, a continuación se detallarán los comportamientos y síntomas observados, a través de un seguimiento realizado diariamente; a partir del cual se advirtió que A no parecería presentar los trastornos antes mencionados. Posteriormente se propone un nuevo diagnóstico al que se arribará a partir de lo aquí analizado.

Caballo y Simon (2011) plantean que muchas conductas que se presentan en la infancia que no son consideradas desviadas pueden representar compensaciones de una perturbación existente o expresiones tempranas de una progresión hacia extremos desviados acorde continúa el desarrollo.

Así, A es un niño que a primera vista impresiona ser tímido y reservado. Llega a la clase todas las mañanas de la misma manera, entra sin saludar a nadie, con la cabeza agachada, a paso acelerado, con movimientos desorganizados como si no tuviera armonía al caminar, parece una marioneta. Se sienta en silencio en su silla y queda un largo rato mirando el suelo.

Concurre a la escuela prolijamente vestido. Se encuentra orientado en tiempo y espacio y su memoria a largo plazo parecería estar conservada, ya que hace referencia a muchos recuerdos de años anteriores.

Tiene muchas dificultades para comenzar y seguir el ritmo de la clase, muestra un bajo nivel de autonomía en la realización de las tareas y se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes, con lo cual se dificulta aún más el entendimiento de los contenidos escolares. Se observa que el niño no responde a aquellas consignas que son expresadas de modo colectivo por la docente. Al preguntarle de inmediato *¿qué hay que hacer?* A responde *no se*; no podría discernir globalmente

que es lo que debe realizar, se infiere un déficit en la resolución de problemas. Como consecuencia se le repiten las consignas de manera personalizada y a través de pautas muy estructuradas; así una vez comprendida la actividad puede realizarla con ayuda, pero por un breve período.

Habitualmente A no puede seguir la dinámica de la clase, por lo tanto se lo retira del aula, para trabajar en un espacio individual planificado previamente por su maestra integradora. Las maestras atribuyen a la conducta del niño una intencionalidad, sin embargo como mencionan Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés (2006) la presencia de un déficit en la autorregulación, en la flexibilidad cognitiva o en la habilidad para la resolución de problemas podría afectar la capacidad del niño para responder de forma adecuada y adaptativa al entorno o a las directivas de los adultos, contribuyendo con ello a la aparición de comportamientos que podría ser considerados opositoristas.

Así, pocas veces trabaja en el mismo espacio que sus compañeros, generalmente lo hace en los casos que se lee un cuento o se realiza una actividad recreativa como dibujar o pintar. No obstante, cuando se solicita la participación de los niños, A se agita y dice frases sin sentido y descontextualizadas.

Para comprender lo que sucede con A en la mayoría de las clases, se detalla un ejemplo puntual de lo que ocurrió en la clase de lengua y literatura. Una mañana mientras la maestra leía un cuento y los niños presentaban atención al relato, A se levanto de su silla y comenzó a decir frases sin sentido sin ninguna relación con lo que estaba sucediendo en el grado, como si dijera lo primero que se le viene a la cabeza. Estos comportamientos, habituales en A, desorganizan la clase, por lo que se lo retira al aula de integración para intentar que se calme y preservarlo frente a sus compañeros.

En cuanto a su desempeño académico, se pudo observar, cierto grado de automatismo en aquellas tareas que se realizan a diario tales como poner la fecha: copia distintos trazos, letras y números, pero lo hace como una secuencia sin sentido alguno. Sin embargo, tarda en finalizar la tarea más que el resto de los compañeros, ya que se distrae fácilmente, se levanta, se ríe sin ningún estímulo evidente, se queda mirando la pared o se apoya sobre sus brazos sin intención de hacer nada.

Lo único que logró aprender a escribir es su nombre y sí se le pregunta que letras lo forman, la mayoría de las veces contesta mal. A no reconoce los números, ni las letras y cuando lo hace es por sonoridad y memoria mecánica. Por lo tanto no sabe leer, pero disfruta que le relaten cuentos donde haya violencia, sangre, zombies o armas.

Tiene grandes dificultades con las secuencias, no puede armar sucesiones graficas, ni

numéricas. Tampoco entiende los conceptos temporales (antes/después), ni espaciales (adelante, atrás, izquierda y derecha). Cabe mencionar que aparece, una gran dificultad por parte del niño para incorporar nuevos conocimientos.

Cuando logra completar alguna actividad lo hace a través de retos y refuerzos positivos, como se mencionó anteriormente se infiere que necesita límites muy organizados.

A través del juego, se intenta que aprenda las secuencias espaciales, donde la consigna es que tiene que poner la pelota adelante y atrás de él, luego arriba y debajo de él, pero todas las veces lo hace mal.

A presenta connotaciones relacionadas con lo que menciona Cádiz (2003) sobre la capacidad intelectual limítrofe, es decir, presenta una demora en la adquisición de habilidades y la baja capacidad de abstracción, su aprendizaje es lento, con muchas dificultades, frecuentemente acompañado de torpeza y lentitud para la adquisición de la escritura. Sin embargo reconoce colores y puede resolver rompecabezas de 12 piezas de manera autónoma, con rompecabezas de más piezas necesita ayuda masiva verbal y/o visual. No presenta dificultades para entender palabras o frase cortas y simples, ya que responde ante consignas y retos.

Dentro del espacio áulico no intercambia diálogos con los compañeros y mira siempre para abajo. Fija la mirada en un punto, parecería que sus ojos no tuvieran fondo y cuando mira impresiona como si no expresaran nada.

Otro dato arrojado por la observación, muestra que A en todo momento mira al adulto para chequear y tener una referencia de lo correcto o no de su resultado, muchas veces lo realiza antes de ejecutar la acción, se deduce alguna falla en el automonitoreo, falta de referencia interna sobre la planificación. Coincidiendo con Barrera (2006) que enuncia que los déficits cognitivos podrían ser un factor determinante del nivel de discapacidad de los pacientes, es decir las alteraciones en las funciones ejecutivas, se manifestarían en inconvenientes en la capacidad de iniciar, planificar, controlar y monitorizar la propia conducta.

Quiere que todo le salga perfecto, por ejemplo cuando copia la fecha y no le sale como espera, borra muchas veces, hasta que parece conforme con su trabajo. Durante este proceso se pone nervioso y le sudan mucho las manos y suele repetir *estoy furioso*. Del mismo modo, se altera cuando algo no sale como quiere o espera. Como por ejemplo comenzó a golpear los vidrios de la entrada de la institución, disgustado porque lo fue a buscar la señora que lo cuida y no su mamá. Se infiere baja tolerancia a la frustración, como también ciertas características ansiosas e irritabilidad.

En la clase educación física no puede seguir las consignas de las actividades ni las reglas de los juegos propuestos por el profesor. Los demás compañeros no lo eligen a la hora de formar los

equipos, ya que muestra poca coordinación para lanzar la pelota y escasas habilidades para los deportes; se infiere que podría tener una dificultad en la coordinación viso-motora. Aunque no sigue el juego a la par de los demás se lo ve correr y saltar sin dirección y sus movimientos son muy desorganizados (parecería que esta colgado con hilos como una marioneta).

En la clase de actividades prácticas, aunque no realiza los mismos proyectos que el resto del grado, se lo ve tranquilo cuando dibuja y pinta libremente. Los dibujos son muy precarios, por lo que se le pregunta por su ilustración, la mayoría de las veces comenta que es él arrojándose de un edificio también dibuja personas con sangre en las manos, en el corazón o ciertos personajes de la ficción persiguiéndolo para lastimarlo. Suele manifestar ideas relacionadas a la muerte, el suicidio, las armas, sus dibujos mantienen esta temática.

En los almuerzos hace berrinches y se mueve en el lugar o queda mirando a la pared; se niega a comer, expresa que no le gusta la comida y si come algo, antes lo pasa por la nariz. Daría la impresión de que explora el entorno a través del olfato ya que cualquier cosa que agarra, sea comida, lápices, goma de borrar o tizas, las pasa por la nariz, podría deberse a una dificultad en la integración y el procesamiento de dichos estímulos.

Se observa un disminución de peso importante en el niño, sin estar realizando ninguna dieta alimentaria.

En reiteradas ocasiones comentó que no duerme de noche porque tiene mucho miedo. Cuando se le pregunta a que le teme, el niño responde a que se le presenten zombies o vampiros y lo lastimen. Esto hace más difícil que siga la rutina escolar, ya que cuando se encuentra en este estado llega a la escuela excitado, alterado, cambia de humor repentinamente, se vuelve muy desorganizado en su lenguaje y en sus conductas.

A podría estar presentando síntomas relacionados con lo que plantea Eggers (1978), sobre las ideas delirantes, se exteriorizan en forma de miedos irracionales y difusos o incluso amenazas cósmicas, cuando se presentan antes de los 10 años.

En relación a lo social su comportamiento está muy alejado de las pautas normales de desarrollo de los otros niños de edad similar. Comenta que no tiene amigos en Buenos Aires, que solamente tiene uno en donde pasa todos los veranos.

En la sala de integración hay otros niños que lo invitan a participar de alguna actividad; A no responde y se distancia retirándose a la esquina del aula, donde se lo ve balanceándose sobre si mismo, hablando sólo, riéndose, y retorciéndose los dedos.

De manera similar, los recreos se basan en una deambulación incesante por el patio o sentado escondido detrás de la puerta. No intercambia diálogos, ni juegos con los niños de su grado. Se aparta del grupo, no se relaciona con ninguno. Cuando se lo incentiva para que juegue con los

demás, a lo único que quiere jugar es a perseguir y que lo persigan; pero no comprende las reglas del juego, y termina prendiéndose de los compañeros de manera brusca y éstos quejándose dejan de jugar con él; da la sensación de que no podría mantener en mente las reglas complejas y sólo pudiera armar secuencias de acción-reacción (juego de persecución).

Se puede ver en las conductas que manifiesta A, lo que plantean Almonte y Sáenz (2003) en relación a los trastornos de comportamiento perturbador, es decir, fallas en los procesos de socialización, en la internalización de reglas de comportamiento, así como una deficiencia en las habilidades sociocognitivas. Coincidiendo también con Rodríguez-Barrionuevo y Rodríguez-Vives (2002) quienes mencionan que los pacientes, con autismo, pueden tener una incapacidad para relacionarse con otros de su edad, ausencia de la tendencia espontánea que tienen los niños normales para compartir intereses u objetivos, tales como mostrar, traer o señalar.

Igualmente, otros autores como Pérez Fernández de Landa, Langarica Eseverri y Campos Burgui (2005), mencionan que un tercio de los casos de esquizofrenia de la infancia presentaban serias dificultades en el desarrollo social afectando a la habilidad de hacer y mantener amigos.

Habitualmente se relaciona con más facilidad con los adultos que con los niños. Para incentivarlo la maestra juega un rato con él, a pesar de que cuando comienza a excitarse es imposible pararlo. Como resultado termina el recreo muy inquieto y repitiendo frases sin sentidos.

Aunque tiene más afinidad con los maestros, no establece vínculos normales, sino que lo hace mediante la imitación de personajes ficticios, hasta el punto de cambiar el tono de voz y el modo exacerbado de dirigirse. Se comunica a través de frases o actitudes que hacen referencia a películas. Cree que los personajes de los films que ve (vampiros, zombies, Batman) existen en la realidad, cuando se le explica que no es así y se le pide que deje de actuar, se perturba y enoja sin lograr que cambie ni la actitud ni su posición respecto a estos personajes. Ante estas situaciones le transpiran mucho las manos. Se infiere, que hay momentos en los que se pierde, no pudiendo distinguir la realidad de la ficción. Como lo mencionan Agüero y Agüero (1999) una característica de los delirios en la infancia es la incapacidad para distinguir las fantasías de la realidad y puede manifestarse a través de identificaciones con otras personas, animales u objetos inanimados en su entorno o incluso fingir haber sido transformados.

A demanda una y otra vez que se le cuente sobre alguna película o programa de televisión, pero no cualquiera sino las que él pide que siempre son las mismas (Sombras Tenebrosas, Looper, Batman o programas de zombies), pregunta si uno la vio y si le gustó.

El niño presenta intereses y actividad restrictivos, repetidos que se manifiesta por hiperfocalización de un interés restringido y estereotipado, el cual se presenta anormal por su intensidad, coincidiendo con lo que plantea el DSM-IV-TR (APA, 2002) sobre las características

que comparten el autismo y el Asperger. Paralelamente, coincidiendo con lo que menciona Díaz-Atienza, García Pablos y Martín Romera (2004), en relación al Asperger las habilidades de conversación que presenta el niño son pobres y manifiesta preocupación absorbente por temas muy precisos, como ser las películas.

Las conversaciones con A comienzan una y otra vez de la misma manera y en la misma secuencia y con el mismo tono de voz, agregando contadas veces algún detalle nuevo. Rara vez responde algo personal. No suele contestar cuando se le pregunta, cuando lo hace generalmente no tiene relación con lo interrogado y habitualmente utiliza la tercera persona para referirse a él mismo. Se puede observar que cuando habla no mantiene la mirada, si lo hace es por corto tiempo.

Habitualmente dice frases descontextualizadas y sin sentido. Por ejemplo en el taller de recreación mientras se desarrollaba el juego dígame con mímica, la primera vez que le toco pasar al frente pudo realizar la mímica con ayuda de la maestra. Sin embargo, mientras uno de los compañeros hacía el gesto de peinarse, él intentando participar gritó *están matando gente inocente*, también en la misma actividad se tiraba al piso, adoptada posturas extrañas, realizando movimiento desorganizados sin ninguna funcionalidad. Cuando se calmó, se quedó en una esquina, balanceándose, hablando solo, con la mirada perdida.

Su lenguaje se presenta desorganizado, se observa falta de fluidez, sus relatos son fragmentados, las oraciones incompletas, saltando de un tema a otro y presentando ausencia de conexiones lógicas. Como lo muestran el siguiente ejemplo: mientras esperaba para utilizar la computadora de la sala de integración, cambiando su tono de voz dijo *pesadillas, pesadillas señor, es por ser malo, así lo dice, siempre pasa eso, ellos van a venir a buscarme, necesito pegarme, tengo un súper arma*. Seguidamente tomó una goma de pegar que estaba sobre la mesa, comenzó a darla vueltas para un lado y para otro, revisándola. Permaneció un rato callado con la mirada perdida en la pared y comenzó a hablar nuevamente, dijo *boysout, soy un boy scout, apaguen ese maldito celular* (cabe aclarar que no estaba sonando ningún tipo de teléfono).

Como se mencionó, son muy frecuentes las frases sin contenido e inadecuadas para el contexto; tal es el caso de levantar la mirada y decir: *tengo que comerte; me iré cuando las salchichas estén listas; me escape por la tubería; sos agresivo, métete con alguien de tu tamaño*.

El lenguaje del niño, en concordancia con lo que plantean varios autores, se encuentra distorsionado, sus relatos son fragmentados, la comprensión del habla se encuentra dificultada por la presencia de oraciones incompletas, ausencia de conexiones lógicas entre las frases o por frases irrelevantes; en conjunto resulta escasamente comunicativo (Agüero & Agüero, 1999; Sobarzo, 2003; Fernández de Soto & Osorio, 2006), Similarmente, Hernández Jaramillo (2008), sugiere

que los síntomas de desorganización resultan inherentes a la escasez de recursos disponibles para mantener la estabilidad del pensamiento, como ser respetar las reglas de comunicación e inhibir la intrusión de ideas inapropiadas. Se nota la interferencia que presenta su pensamiento a través de su lenguaje.

Pese a lo expuesto, cuando el niño necesita expresar cuestiones relacionadas a sus necesidades fisiológicas como ser, ir al baño, comer, dormir o manifestar que está aburrido o cansado, su discurso se vuelve comprensible.

Mira muy poco a los ojos cuando habla, y si lo hace es por muy corto tiempo.

Se observan cambios de humor bruscos, se lo puede ver desde sonriente y alegre, a veces risas desbordadas y en minutos estar como si estuviera a punto de llorar o en ocasiones muy enojado. Cuando está de buen ánimo llega a ser muy agradable. El contacto afectivo y expresivo es prácticamente nulo. No le gusta que lo toquen, se infiere desconfianza y miedo en relación a lo que lo rodea. Paralelamente se rehúsa a cualquier manifestación de cariño o palabras alentadoras, tales como muy bien o sos lindo, entre otras.

También muestra movimientos corporales bizarros, en cualquier momento se lo puede ver encorvando el cuello y los hombros, adoptando posturas extrañas como si fuera contorsionista, también retuerce los dedos. Es común verlo estar en silencio y hacer muecas y gestos raros con la boca y los ojos, o de repente a hacer ruidos extraño, y volver a quedar en silencio.

Por lo dicho, se infiere distorsión de los patrones psicomotores, como mencionan Agüero y Agüero (1999), estos se manifiestan a través de hiperquinesia, posturas extrañas, movimientos de balanceo o giros sobre sí mismo; y que en la forma de comienzo temprano se observan modelos primitivos como son el aleteo de manos y el retorcimiento de los dedos. Similarmente según el DSM-IV-TR (2002) los niños con Asperger y autismo, también presentarían estereotipias motoras repetitivas como ser sacudir las manos, retorcer los dedos y movimientos complejos de todo el cuerpo.

Continuando con el análisis y la descripción de los comportamientos de A; éste suele expresar que se quiere lastimar, o que quiere lastimar a alguien. Expresa a través de sus dibujos, lenguaje y actitudes mucha agresividad, expresa todo el tiempo que le gusta la sangre. Por ejemplo en una clase de música, dijo: *quiero que me aten una soga en el cuello para morir...no, quiero que me saquen el corazón*. En otra ocasión se acercó, me tomó de las manos intentado retorcerlas y me dijo: *tengo ganas de golpear*.

Como se menciona en la introducción el niño no padece ninguna enfermedad orgánica, sin embargo, manifiesta muchas preocupaciones extrañas por lo corporal, continuamente le duele

algo, piensa que no le funciona o que se va a caer alguna parte del cuerpo, generalmente articulaciones como las rodillas, las muñecas o los codos. Una mañana en la sala de integración A expresó que se había sacado la cascarita de una herida, a modo de chiste se le dijo: *se te van a salir las tripas por ahí*. Como consecuencia el niño se asusto y alterado comenzando a gritar: *¡¡¡ no, no, ayúdame, que hago !!!*. Se lo calmo y explicó que no iba a pasarle nada, que fue una broma.

El niño parecería estar exteriorizando síntomas delirantes, como lo que sugieren varios autores, a través de preocupaciones extrañas, alteraciones en la apariencia o funcionamiento de su cuerpo o como alteraciones de la propia identidad y de sus relaciones con los demás (Agüero & Agüero, 1999; Fernández de Soto & Osorio, 2006).

Tiene tendencia a hablar solo o detenerse de repente, darse vuelta y conversar como si hubiera alguien, tal es el caso de gritar a la nada *atrás, atrás; pará, así no*. Lo que le sucede a A, coincide con lo que plantean muchos autores sobre las alteraciones perceptivas que se pueden presentar en la infancia, indicando que las más frecuentes son las alucinaciones auditivas caracterizadas por el diálogo entre voces, o comentarios acerca de la conducta del propio paciente (Agüero & Agüero, 1999; Sobarzo, 2003; Fernández de Soto & Osorio, 2006).

De la misma manera, A contempla la pared o salta la mirada por sobre la maestra, como percibiendo algo, varias veces se lo escucha susurra algo. En una oportunidad, uno de los compañeros de mesa advirtió esta situación y le pregunto qué miraba, si no había nada; Ad respondió: *eso me pasa por tener miedo*. Se le preguntó que es lo que le pasaba, respondiendo *no lo puedo contar, si te cuento se van a enojar*. Cuando esto sucede, a veces queda largo rato inmóvil, retorciendo los dedos o en ocasiones pide para salir del grado, donde se queda en una esquina con la mirada perdida, a veces musitando o escondido detrás de la puerta del placard donde se guardan los juegos.

Mientras estábamos en la hora de recreación, A me miró y dijo: *¿cómo sabías eso? ¿quién te contó?*; se le preguntó por qué había dicho eso, no respondió, sólo bajo la mirada y quedando en silencio e inmóvil. Similar a lo anterior, un hecho que sucedió dentro de la clase, donde el niño quedo mirando una esquina del aula donde se encuentra la alarma de seguridad de la institución, señalándola dijo: *nos controlan*. Luego se le explicó lo que era, pero el siguió repitiendo: *nos controlan, ves la luz roja*, seguidamente comenzó manifestar temor y angustia por lo cual se lo retiro del aula.

A pesar de lo relatado, A pudo adquirir algunas rutinas que hacen a la organización dentro y fuera del aula, aunque las realiza con mucha dificultad y no todas las veces las cumple (dependiendo de su estado de animo). Algunas de estas rutinas son: entregar el cuaderno de

comunicaciones, acomodar la mochila en el lugar asignado, sacar los útiles para comenzar a trabajar o subir las escaleras por el lugar indicado.

En conclusión se describieron las conductas observadas en el niño durante los 3 meses que duró la práctica y se las ha analizado desde la teoría.

Antes de pasar al próximo apartado se puntualiza lo observado:

Contexto Social: clara falta de comunicación respecto al entorno y su manera de vincularse no es la apropiada para su edad, presentando falta de contacto visual, rechazando el contacto físico y emocional.

Motricidad: retuerce los dedos, contorsiona cuello y hombros, adoptando posturas extrañas, sus gestos son extraños, poco habituales y sin ninguna funcionalidad.

Funciones ejecutivas: Dificultad para la planificación y el automonitoreo necesitando una referencia externa, parecería no poder mantener transitoriamente material mental en un estado activo.

Pensamiento: parecería estar interferido por ideas que no puede controlar, esto se refleja en su lenguaje.

Lenguaje: se presenta desorganizado, acelerado, también se ve afectada la entonación y la secuencias no son lógicas, acompañado de inversión pronominal. Las oraciones desconectadas, descontextualizadas y sin comunicar nada.

Emociones: Manifiesta alto niveles de ansiedad exteriorizándose, en algunas ocasiones, a través de la sudoración de las manos. Poca capacidad de decisión, falta de voluntad para comenzar y mantener actividades, presenta baja tolerancia a la frustración e inseguridad.

Percepción: Explora el entorno con formas específicas como el olfateo. Se infiere por los comportamientos que presenta, que podría tener momentos en lo que se encuentra alucinado y con ideas delirantes

Memoria: a la largo plazo parecería estar conservada, sin embargo la de trabajo se encuentra alterada.

Alteraciones en el sueño y la alimentación.

Académico: No reconoce números y letras, salvo por sonoridad y memoria mecánica. No sabe leer, ni escribir. Pudo adquirir algunas rutinas que hacen a la organización de su jornada escolar.

5.3. Hipótesis de diagnóstico alternativo

A continuación se planteará el nuevo diagnóstico alternativo. Basado en la observación que fue analizada en el apartado anterior.

Cabe destacar que la infancia es un período de múltiples cambios evolutivos en las distintas áreas del desarrollo y la psicopatología no está exenta a ellos, determinando una alta comorbilidad entre los trastorno (Caballero, 2006). De ahí, la importancia de realizar un diagnóstico diferencial para facilitar la identificación de una determinada patología, excluyendo otras formas posibles que se presenten en un cuadro clínico semejante al que padece el sujeto (Paula-Pérez, 2012).

Precisamente durante el proceso diagnóstico, se establece si el sujeto tiene o no un trastorno psicopatológico que podría desviar su trayectoria de desarrollo. Si hay uno o más trastornos determina si se presentan como trastornos comórbidos o si se trata de un diagnóstico particular. Por esta razón, se comienza exponiendo por qué se excluyen, los trastornos de comportamiento perturbador no especificado, trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo y retraso mental, como patologías comorbidas. Para luego proponer un nuevo diagnóstico alternativo.

Se observó que A presenta conductas que podrían ser compatibles con un trastorno disocial. En concordancia con lo que mencionan Almonte y Sáenz (2003), sobre dicho trastorno, que presenta fallas en las relaciones sociales, un bajo rendimiento intelectual y dificultades de aprendizaje, así como también parecería presentar dificultad para comprender sentimientos y deseos de los otros. Sin embargo no presenta, un patrón de conducta persistente y repetitivo de actitudes agresivas hacia personas o animales, como tampoco destrucción de la propiedad, ni robo (Rodríguez Hernández 2008; Marcelli, 2007; APA, 2002).

Del mismo modo, para que el diagnóstico del niño encuadre dentro de un trastorno opositor desafiante debería presentar comportamiento hostil, desafiante y negativista (APA, 2002) y, como lo menciona Rodríguez Hernández (2008), dirigido hacia las figuras de autoridad, que en este caso son los docentes. En relación a lo observado y analizado como se señaló en el apartado anterior, A se relaciona con más facilidad con los adultos, aunque no establezca vínculos acordes a su edad.

A su vez, aunque las maestras atribuyan a sus conductas cierta intencionalidad, algunos estudios mencionan que las fallas en las funciones ejecutivas podrían afectar la capacidad del niño para responder de forma apropiada al entorno o a las directivas de los adultos, favoreciendo la aparición de comportamientos considerados opositivos (Rigau-Ratera, García-Nonell & Artigas-Pallarés, 2006).

Por último, como consecuencia A no presentaría un trastorno de comportamiento perturbador no especificado, ya que no cumple con los criterios necesarios para el cuadro.

Para el diagnóstico de trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo, APA (2002) menciona que los síntomas incluirían los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras (APA, 2002). En cambio el niño no presenta dificultades para entender palabras o frase cortas y simples, ya que responde a retos y a consignas cuando se las repite de manera personalizada y a través de pautas muy estructuradas. De la misma manera cuando el niño necesita expresar cuestiones relacionadas a sus necesidades su discurso se vuelve comprensible.

Coincidiendo con lo que plantea Marcelli (2007) no existiría asociación con retraso mental, ni con deficiencias sensoriales y/o motoras. Excluyendo de esta manera el último diagnóstico, en cuanto a su manifestación en el niño. Del mismo modo, Fresneda y Mendoza (2005), plantean que lo específico de este trastorno es que se asume la normalidad en todas las funciones, salvo en la del lenguaje.

Como se mencionó A tiene un CI de 78. Por lo tanto como describe el DSM-IV-TR (APA, 2002) presenta una capacidad intelectual límite, ya que presenta un intervalo de CI superior al exigido en el retraso mental que generalmente es entre 71-80.

También presenta demoras en la adquisición de habilidades y la baja capacidad de abstracción. Su aprendizaje es lento, con muchas dificultades, acompañado de torpeza y lentitud para la adquisición de la escritura (Cádiz, 2003)

Lo expuesto hasta aquí se toma como base para la hipótesis del diagnóstico alternativo, descartando los trastornos antes mencionados como entidades comorbidas para plantearlas dentro de un cuadro más amplio que las incluya.

Cuando se plantearon los objetivos de este TFI, primero se pensó que el niño podría presentar un cuadro concurrente con Autismo o con el Síndrome de Asperger. A la par se analizaba la posibilidad de que esté cursando la fase prodrómica de una psicosis de inicio en la infancia.

Evidentemente, el niño manifiesta algunos comportamientos similares a los síntomas característicos de Asperger y de autismo, que se expresan y se resumen en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), como ser las dificultades relacionadas con la interacción social, los patrones de comportamiento e intereses restringidos, estereotipados y repetitivos tal como sacudir las manos, retorcer los dedos y movimientos complejos de todo el cuerpo.

También puede percibirse en el niño conversaciones incoherentes y desorganizadas. Sin embargo, Díaz-Atienza, García Pablos y Martín Romera (2004) y Fernández-Jean et al. (2007) plantean que los actuales criterios del Síndrome de **Asperger** exigen que el coeficiente intelectual sea normal o cercano a la normalidad y la exclusión absoluta de retrasos cognitivos o del lenguaje.

También se descarta el autismo, porque como lo manifiestan Cabanyes-Truffino & García-Villamizar (2004) las alteraciones en la comunicación deberían manifestarse a través de un retraso en el desarrollo del lenguaje verbal o por un lenguaje reiterativo y estereotipado y en muchos casos cursan con ausencia de lenguaje.

Paralelamente, a través de los distintos ejemplos y descripciones que se dieron del niño, se percibió la presencia de muchos de los llamados síntomas comunes tempranos de la esquizofrenia de inicio en la infancia, como ser: disminución de la concentración y la atención, disminución de la motivación, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, dificultades para dormir; aislamiento social, desconfianza, irritabilidad, deterioro del rendimiento académico y como se menciona también síntomas relacionados con trastornos generalizados del desarrollo como estereotipias, retrasos del lenguaje y del desarrollo psicomotor (Sobarzo, 2003; Gur & Braden Johnson, 2006).

Contrariamente de lo que se plantea de los pacientes con Asperger, Pérez Fernández de Landa, Langarica Eseverri y Campos Burgui (2005) mencionan que un tercio de los casos de esquizofrenia en la infancia presentan un coeficiente intelectual que tiende a bajo, así la media del CI premórbido en la infancia se sitúa por debajo de 80. También otros autores, como Ulloa Flores et al. (2011), coinciden que en la infancia los síntomas son generalmente precedidos por trastornos en el desarrollo y, con mayor frecuencia, acompañados por un coeficiente intelectual bajo.

De manera similar Paula-Peréz plantea que cuando un niño con trastorno del espectro autista adopta una personalidad imaginaria es consciente de que está jugando o fantaseando y que no es una identidad real. Sin embargo cuando se trata de una esquizofrenia, la persona cree ser quien realmente no es.

Igualmente, la falta de encadenamiento lógico en las conversaciones del niño, no se deberían a un retraso en el desarrollo del lenguaje, como se plantea para el autismo, ni como ya se descartó a un trastorno específico del lenguaje, sino a la existencia de un trastorno del pensamiento más característico del trastorno esquizofrénico. Como lo sugieren Agüero y Agüero (1999) y Hernández Jaramillo (2008) quienes plantean que los síntomas de desorganización son el resultado de la falta de recursos disponibles para mantener la estabilidad del pensamiento, estos sugieren que las irregularidades del lenguaje oral, relacionadas a las alteraciones del pensamiento

son la pérdida de asociación o incoherencia, desorganización, perseveración, autorreferencia e inversión pronominal.

Fundamentando aún mas la hipótesis diagnóstica que se propone; como se mencionó, Adrián tiene tendencia a hablar solo, a adoptar personalidades imaginarias, así como la imitación de escenas de películas y la certeza de que lo que sucede en ellas o sus personajes existen en la realidad. Ha comentado que no puede dormir por miedo excesivo a que algunos protagonistas de la ficción lo lastimen, refiriendo lo mismo en sus dibujos.

De igual forma sus manifestaciones constantes sobre cuestiones extrañas sobre su cuerpo, pueden ser interpretadas como alucinaciones o delirios. Coincidiendo con lo que plantean varios autores, una de las características de los delirios en la infancia es la incapacidad para distinguir las fantasías de la realidad y en los pacientes jóvenes puede manifestarse a través de identificaciones con otras personas, animales u objetos inanimados de su entorno. Como también pueden revelarse a través de preocupaciones extrañas, alteraciones en la apariencia o funcionamiento de su cuerpo, así como sensaciones de cambio corporal o alteraciones de la propia identidad y de sus relaciones con los demás. Dentro de las alteraciones perceptivas, sugieren que las más frecuentes son las alucinaciones auditivas que se caracterizaran por el diálogo entre voces o comentarios acerca de la conducta del propio paciente, también hipersensibilidad a los olores y a estímulos visuales y auditivos (Agüero & Agüero, 1999; ; Sobarzo, 2003; Fernández de Soto & Osorio, 2006).

Sumado a esto, Agüero y Agüero (1999), plantean que las ideas paranoides se presentan como ideas falsas, fijas, fantásticas y absurdas, que hacen alusión a poderes sobrenaturales, existencia de demonios y monstruos. Del mismo modo mencionan que la distorsión motora se manifiesta a través de posturas extrañas, movimientos de balanceo y en la forma de comienzo temprano se observan modelos primitivos como el retorcimiento de los dedos.

Antes de finalizar el apartado cabe señalar, como lo mencionan Fernández de Soto y Osorio (2006), que la esquizofrenia es poco común en los niños y difícil de reconocer en sus primeras etapas. Sin embargo, el 65 % de los niños que presentaban síntomas tempranos comunes (prodrómicos) eran diagnosticados previamente como hiperactivos, violentos, agresivos e irritables, acompañados de problemas escolares. En promedio, existía un retraso de dos años desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de esquizofrenia y la consecuente administración de antipsicóticos. Por esta razón la Academia Americana de Psiquiatría del niño y el adolescente (s.f.), ha identificado signos de alarma temprana:

- alucinaciones auditivas y visuales
- dificultad de diferenciar sueño de realidad
- comportamiento y/o lenguaje raro,

- ideas y pensamientos bizarros
- forma de pensar desordenada
- cambios de humor bruscos y extremos,
- comportarse como un niño menor a su edad cronológica,
- aislamiento social, dificultad para hacer o mantener amistades
- pensamiento de que la gente está hablando de él o está en contra de él,
- ansiedad y temor severo,
- confundir la televisión y los sueños con la realidad
- disminución en la higiene personal

Para concluir, dada la existencia de similitudes entre los cuadros se detalla síntomas puntuales que hacen a la decisión del nuevo diagnóstico presuntivo: Psicosis de inicio en la infancia.

- 1) la presencia de alucinaciones e ideas delirantes indicaría la presencia de un trastorno psicótico, su tendencia a hablar solo, a adoptar personalidades imaginarias, la imitación de escenas de películas y la certeza de que lo que sucede en ellas o sus personajes existen en la realidad.
- 2) el lenguaje desorganizado no se debería a un retraso en el desarrollo del lenguaje, ni a un trastorno específico del lenguaje, sino como resultado de la falta de recursos disponibles para mantener la estabilidad del pensamiento.
- 3) Pensamiento desorganizado, interferido, falla en la inhibición de ideas inapropiadas: frases descontextualizadas, sin sentido.
- 4) disfunción social podría corresponder a una deficiencia subsidiaria resultado de la experiencia psicótico.
- 5) La adopción de posturas extrañas, los momentos de inmovilidad, su caminar o andar desarreglado podrían corresponderse, como menciona el DSM-IV-TR (APA 2002) a una regresión a comportamientos primitivos, donde el lenguaje y el comportamiento se presentan desorganizados.

5.4. Proponer un adaptación curricular para la integración

En este apartado se detallaran las adaptaciones referidas a las estrategias de enseñanza y adaptaciones de las estrategias de evaluación diseñadas específicamente para A.

Para adecuar un programa curricular a las características particulares del alumno, se parte de un currículo común para todos en el que, tácitamente, están incorporadas las adaptaciones (Valcarce Fernández, 2011), favoreciendo así el aprendizaje a partir de las necesidades puntuales de cada sujeto.

Los niños presentan un nivel de desarrollo real, que se evalúa individualmente, y también poseen un desarrollo potencial de ese dominio, la diferencia entre los dos es lo que se denomina zona de desarrollo próximo (Vygotski,1978/2008). Por tanto, se trabajará dentro de la zona de desarrollo próximo, teniendo como base el nivel del desarrollo real que presenta A, para realizar las adecuaciones curriculares pertinentes, adaptado a sus posibilidades cognitivas, con el objetivo de potenciar las capacidades del niño. Es decir como lo plantea Rojas de Gay (2000), no se busca que el niño aprenda hasta donde puede de un programa que no fue hecho para él, sino que teniendo en cuenta la totalidad de la currícula común, se realice una adaptación especialmente planificada según sus necesidades y dificultades.

Como lo menciona Rodríguez (2003), la adaptación curricular individual es un procedimiento que se realiza para un solo alumno, que tiene el mismo objetivo que la currícula común para todos, desde el cual se parte. Se basa en una evaluación psicopedagógica previa, a partir de la cual se planifica la propuesta educativa de integración para responder a las necesidades concretas de un determinado alumno.

Dentro de este marco, se denominan necesidades educativas especiales cuando un alumno presenta mayores dificultades que el resto y necesita para compensar las mismas, condiciones especialmente adaptadas de la propuesta curricular común y/o facilitar recursos específicos distintos de los que la escuela ofrece a la mayoría de los alumnos (López Bueno, 2012).

Debido a las características del cuadro el niño, el mismo asistirá a la Institución escolar con una modalidad de jornada reducida, concurriendo todas las mañanas y dos tardes por semana hasta las 15 hs. Será integrado en un aula común, donde compartirá las actividades diarias con el resto de los niños de su misma edad. Por las particularidades que presenta el niño, detallados en el anterior apartado, éste pertenece al grupo de alumnos con necesidades educativas especiales. Por lo tanto, se pone el acento en lo que la escuela puede hacer para transformar las dificultades del alumno.

Como sugieren Anijovich, Malbergier y Sigal (2004), lo que permite la integración de niños con necesidades educativas especiales en una escuela común, es el concepto de aula heterogénea, que apunta a tomar conciencia de la complejidad que existe en la población escolar en lo que respecta a su inteligencia y sus logros de aprendizaje.

Los recursos con los que cuenta la escuela para compensar las dificultades del niño, (se mencionan aquello que hacen al interés de este TFI) son el gabinete psicopedagógico y, más puntualmente, el acompañamiento emocional y académico de una maestra integradora y las adecuaciones curriculares conforme a cada caso. Como plantea Lukin (2003), uno de los recursos con el que cuenta la escuela integradora, es el equipo de maestras integradoras, que provienen del

campo de la pedagogía, psicología, licenciadas en ciencias de la educación o maestras especiales, que acompañan el proceso de integración en forma total o parcial, proporcionando apoyo emocional y académico dentro o fuera del aula según las necesidades de cada caso.

Adaptación de las estrategias de enseñanza:

A trabajará en algunas ocasiones en el mismo espacio físico que sus compañeros y en otras fuera del aula, por ejemplo cuando se requiera mayor concentración para profundizar en algunos contenidos.

Las consignas serán explicadas de manera personalizada y para ser realizadas por pasos, teniendo en cuenta los tiempos del niño. En ocasiones trabajará con el mismo material que sus compañeros, por ejemplo, en las clases de plástica o dentro de la biblioteca, en aquellos casos en que la actividad se base en pintar, dibujar, recortar, también cuando se trate de la lectura de un cuento, aunque el niño no sabe leer, seguir la historia con acompañamiento de la maestra integradora. Otras veces será el mismo material pero con consignas más acotadas apoyado en material concreto y/o adecuación espacial.

También se trabajará con material específicamente seleccionado, basado en los intereses del niño, como actividades relacionadas con películas o a través de la utilización de marionetas, para reforzar los contenidos académicos y comunicacionales, a partir de una implementación dinámica, sin forzar la capacidad de concentración del niño haciendo que el aprendizaje sea construcción didáctica.

Se trabajará objetivos mínimos que serán premiados, que será pactado con el niño de antemano y dentro de los límites de las reglas institucionales, como ser mirar un rato en la computadora parte de alguna película (acorde a su edad), jugar a algún jueguito en la computadora, o recortar imágenes que le gusten.

Una maestra integradora acompañara en todo momento, de manera personalizada, intentando cada vez mayor autonomía en la resolución de las consignas, asintiéndolo emocionalmente cuando lo requiera.

Matemáticas

- Se trabajará con el niño, los números de 0 al 100.
- En primera instancia con material concreto buscando promover el pensamiento abstracto dentro de sus posibilidades.
- Reconocer números de una y dos cifras a través de la designación oral y representación

escrita.

- Resolver cálculos simples en forma escrita, con dibujos o material concreto.
- Se utilizarán distintas metodologías para la resolución de operaciones, como ser: grillas numéricas, material concreto, dibujos y cuando sea posible pensamiento abstracto. El trabajo se basará en presentar materiales concretos al niño para que los manipule y luego con estos trabajar las nociones de suma y resta.
- Trabajar nociones temporales (antes y después) y espaciales (arriba, abajo, izquierda y derecha) a través de juegos.
- Construir figuras geométricas, dentro de sus posibilidades, con diferentes materiales, contando con apoyo visual y aprender a manejar instrumentos como ser las tijeras o la regla.

Lengua y literatura

- Se buscará promover la escritura y la lectura, si es posible desde temas que le interesen a A.
- En cuanto a la lectura se trabajará con palabras seleccionadas imprenta mayúscula, con apoyo visual.
- En relación a la escritura, al comienzo se trabajara con apoyo visual por ejemplo que estén impresas las vocales de las palabras a completar. Luego se buscará fomentar la escritura espontánea.
- Fomentar la escucha comprensiva de distintos textos simples, leídos por el docente, como ser narraciones, descripciones de objetos, animales y personas. Siendo releído las veces que sea necesario. A partir de esto, se trabajará la participación en conversaciones, con la mediación necesaria del docente, acerca de experiencias personales y sobre las lecturas de algunos de los textos, intentando que realice aportes que sean pertinentes al contenido y al propósito de la comunicación, promoviendo que esto ocurra de manera autónoma.
- Se trabajará la producción de narraciones, primero con palabras sueltas y luego con oraciones más complejas. Ampliar sus temas de conversación.
- Fomentar la comprensión de consignas de tareas escolares, expresadas de manera clara y personalizada dentro del aula.
- Lectura y comprensión de oraciones simples dentro de un texto.

Ciencias Sociales y Naturales

- Se trabajará en el mismo espacio áulico y con el mismo material que el resto del grupo, reiterando las consignas de manera personalizada, así como proponiendo actividades para que las pueda ir resolviendo paso a paso con la ayuda del docente integrador, para poder sostener su atención e interés.

- Se buscará apoyo visual correspondiente para cada proyecto.
- Por ejemplo para ciencias naturales, se promoverá el aprendizaje de los sentidos, sus órganos y funciones. Para poder ampliar su exploración del campo a través del gusto, el tacto, el olfato, la vista.
- Se trabajará con distintas texturas, sabores, olores, para reconocer distintos atributos físicos, gustativos, olfativos, táctiles y visuales de los objetos, de los alimentos y de distintos elementos.

Materias especiales: Educación física, plástica y música

Plástica y Música

- Utilizar el arte como expresión de su mundo interior
- Adquirir el dominio de distintos materiales y técnicas.
- Estimular la participación de actividades grupales.
- Fomentar el desarrollo de distintas habilidades
- Lograr que el trabajo grupal sea un medio de comunicación, integración y respeto.

Educación física

Se buscará desarrollar distintas habilidades individuales y grupales, como ser:

- Desplazamiento y coordinación general.
- Coordinación para lanzar y recibir la pelota.
- Fomentar el juego grupal, la socialización, la cooperación.
- Posibilitar su participación en las distintas actividades lúdicas, para las cuales se simplificarán las normas de los juegos para que pueda incorporarlos.

Las evaluaciones de las distintas asignaturas también estarán adaptadas, se tendrán en cuenta los contenidos trabajados y los mecanismos que el niño utiliza para resolver las distintas consignas, respetando sus tiempos y posibilidades. Las materias especiales no serán evaluadas.

Las evaluaciones se realizarán fuera del aula, para facilitar su concentración.

Lo que se buscará es desarrollar el máximo potencial del niño, en resumen se podría decir, que se pretende enriquecer y ampliar el vocabulario del niño y sus posibilidades de expresión, favorecer el armado de frases cada vez más largas y complejas, estimular su dicción y pronunciación.

Promover el contacto visual y la expresión de sentimientos. Intentar captar su atención y reducir los momentos de desconexión. Generar las condiciones propicias para lograr que A tenga la necesidad de interactuar con otros, adquirir mayor autonomía, y así conectarse con su entorno.

Como ya se mencionó anteriormente posibilitar la socialización y el desarrollo de expectativas de logro a nivel curricular. Como lo plantea Ortiz y Caniza Páez (2000), integrar con el objetivo de favorecer las actividades educativas, recreativas, deportivas como el resto sus compañeros, generando entornos más potenciadores, que los de una escuela especial. Para finalizar como lo plantea, Lus (1999) facilitar que un niño con capacidades diferentes transite su escolaridad por el mismo camino que la mayoría, significa reconocer sus derechos.

6. CONCLUSIÓN

El material para este TFI surgió al precisar que los trastornos con los cuales había sido diagnosticado un niño integrado no eran compatibles con las manifestaciones que presentaba diariamente en el ámbito escolar.

De esta manera el objetivo general de este trabajo fue analizar el caso de un niño integrado, diagnosticado con trastorno del comportamiento perturbador no especificado, trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo y retraso mental leve, plantear una hipótesis de diagnóstico alternativo y proponer una adaptación curricular para la integración del niño. Los objetivos específicos se basaron en describir y analizar las características, comportamiento y sintomatología que se observaban en el niño, a partir de cual se elaboraría una hipótesis de diagnóstico alternativo sobre el caso del niño integrado en la escuela y para luego proponer una adaptación curricular para la integración, en caso de ser confirmado el diagnóstico.

Con el fin de cumplir el primer objetivo, se planteó el interrogante a la coordinadora de integración de la institución, quien confirmó también haber percibido la discordancia entre los trastornos diagnosticados años antes y lo que manifestaba el niño todas las mañanas.

De esta manera, y con el apoyo de la institución, durante los tres meses que duró la práctica se llevó un registro diario de los comportamientos y actitudes del niño dentro del aula, en el recreo, en el almuerzo y en las distintas clases especiales. Así como también se registraron las interacciones sociales que el niño mantenía con sus pares y con los docentes del establecimiento.

Todo el material fue sustentado paralelamente con la lectura del legajo, que incluye las entrevistas con los padres y profesionales que están a cargo del caso. A fin de lograr lo formulado, se realizó una exploración profunda y minuciosa de lo que se había observado, buscando similitudes y diferencias entre las distintas patologías, y los comportamientos y síntomas que actualmente manifiesta A.

Como lo plantea Almonte (2003), la escuela es un ámbito propicio para la socialización ya que

proporciona las condiciones necesarias y adecuadas para las interacciones con los pares y los adultos. Sin embargo, explica que las relaciones que se generan entre un niño con problemas y la escuela podrían fortalecer, mantener o disminuir las expresiones patológicas. Por tanto era de interés principal poder deducir que era lo que le estaba pasando al niño para lograr una buena adaptación al ámbito escolar.

De esta manera, a través de la observación y el análisis, se pudo confirmar que el niño no presentaba los trastornos con los cuales había sido diagnosticado.

El segundo objetivo, una vez confirmado que las características del niño no eran compatibles con los trastornos antes mencionados, tuvo como finalidad proponer un nuevo diagnóstico alternativo. Para cumplir con este punto se realizó de manera minuciosa un análisis de los distintos cuadros psicopatológicos. A través de una distinción y separación de las distintas manifestaciones que eran concurrente con lo que expresaba el niño y así poder diferenciarlas de las que no estaban presentes, para poder arribar a una conclusión justificada y fundamentada del nuevo diagnóstico.

Antes de continuar, cabe señalar que se trata de una hipótesis de diagnóstico alternativo. El término hipótesis hace referencia a una conjetura, una presunción, que es con lo que se cuenta en este proyecto luego de la valoración realizada, ya que faltaría una confirmación certera y profesional del caso. Para corroborar el diagnóstico se debería complementar la observación realizada con otras pruebas, así como evaluar los distintos ámbitos en los que interactúa el niño.

Como plantea Berger (2007) para realizar una evaluación y un diagnóstico a partir del cual se puedan detectar las dificultades que se presentan en la infancia, es necesario examinar todos los ámbitos que rodean la evolución del niño, ya que cada sujeto es afectado de modo significativos por las interacciones de los distintos sistemas que conforman el contexto donde se produce el desarrollo.

Sin embargo se pudo arribar a un diagnóstico presuntivo estudiando el caso de manera comprometida y a conciencia para, de esta manera, establecer una hipótesis de diagnóstico alternativo de Psicosis de inicio en la infancia.

Fernández de Soto y Osorio (2006), consideran que este diagnóstico en la infancia encuentra resistencia en la comunidad médica, debido al estigma asociado a la enfermedad. Sin embargo Yung (2012), menciona que gran parte del deterioro que se observa en los pacientes con trastornos psicóticos, se debe a los factores psicosociales que se presentan en los primeros años; como ser, la interrupción de la escolaridad, estrés familiar, el estigma, la limitación del desarrollo de la personalidad y no solamente a un proceso biológico inevitable. Sin embargo expresa que

con una intervención temprana, estos factores se podrían prevenir o al menos minimizar.

Por último, al tratarse de una escuela con un proyecto de integración para niños con necesidades educativas especiales y entendiendo que la adaptación de cada niño es diferente, se propuso una adecuación curricular para A en caso de ser confirmado el diagnóstico alternativo antes mencionado.

Tomando como punto de partida el currículum común de la escuela, se plantearon estrategias para la enseñanza, objetivos específicos por materia y sus respectivos procesos de evaluación.

Focalizando en lo que la escuela puede hacer para transformar las dificultades del alumno. Cabe señalar que, las dificultades propias de la problemática del aprendizaje pueden compensarse, reducirse o acentuarse en función del contexto en el que se desarrolla y de la respuesta educativa (Blanco, 1999).

La adecuación curricular especialmente planificada pretende favorecer la adaptación de A al ámbito escolar y poder lograr así los objetivos académicos. De esta manera, siguiendo a Valcarce Fernández (2011) la integración tiene sus fundamentos en la regulación de la vida de los alumnos que presentan necesidades especiales, a los que se habilitan y facilitan determinados apoyos, recursos y profesionales. Ofrecer a la persona con discapacidad un entorno social que se acerque a la normalidad, reconociendo sus dificultades y afirmando sus potencialidades (Ortiz & Caniza de Paez, 2000).

Cuando se comenzó la redacción de este trabajo, se encontraron dificultades relacionadas con la falta de información sobre integración. Como consecuencia, al inicio uno de los objetivos era plantear un proyecto de integración, pero a medida que se fue profundizando en el tema, se advirtió que iba ser imposible responder a ese objetivo. Un proyecto de integración, a grandes rasgos, tiene que ver con el Proyecto Educativo Institucional, es decir depende directamente del Ministerio de Educación, con lo cual era algo que no se podría resolver. A partir de lo cual, se cambió el objetivo, de proponer un proyecto de integración, por el de una adecuación curricular.

Otra de las dificultades que se presentaron fue la realización de un proceso diagnóstico dentro del ámbito escolar, en cuanto que uno no tiene acceso a otros contextos en donde se desarrolla el niño. Sin embargo, hay que destacar que a diferencia del contexto terapéutico, estructurado y de tiempo limitado, se pudo observar y registrar conductas del niño en un ambiente “natural”. La posibilidad de observarlo durante 4 horas todos los días de lunes a viernes, permitió obtener una visión más amplia y rica sobre el niño. Si se tratara de un consultorio esta exploración se obtendría de manera indirecta y a veces sesgada por la mirada de terceros. El caudal de información directa que se obtuvo del contacto cotidiano con A me permitió lograr los objetivos

del TFI.

Una limitación concreta fue la imposibilidad de realizar entrevistas a los padres para conocer como fue la evolución del niño. También hubiera sido muy valioso para este trabajo poder realizar otras evaluaciones.

Para confirmar el diagnóstico sería pertinente realizar una interconsulta con un psiquiatra, ya que sólo lo evaluaron un neurólogo y una fonoaudióloga. Así como también realizar otras pruebas, como ser evaluaciones neurocognitivas y psicodiagnósticos. También sería importante a evaluar la necesidad de administrar medicación en caso que se confirme el diagnóstico.

Me parece importante resaltar la importancia de incluir el proceso diagnóstico en el trabajo interdisciplinario de la escuela para poder ajustar los programas educativos a las necesidades de los niños, con el fin de potenciar aquellas capacidades que podrían estar solapadas por alguna manifestación psicopatológica o personal. Así como también la importancia de posicionar todo el sistema escolar, no sólo como un ámbito propicio para la socialización y el aprendizaje, sino como parte integral del tratamiento.

Los niños pasan muchas horas en la escuela por tanto la observación que puedan realizar los docentes y /o el equipo del gabinete psicopedagógico, sería útil para detectar cambios e irregularidades en las conductas o actitudes de los niños, para así poder intervenir adecuadamente y de manera temprana. Como ya se menciona, por ejemplo en el caso de las psicosis, interviniendo de manera temprana, luego del primer episodio, se puede reducir la duración de psicosis no tratada (DUP) (De Vicente, Magán & Berdullas, 2009; Yung, 2012), ya que cuanto más tiempo dura este intervalo, peor es el pronóstico de la enfermedad (Vallina, Lemos & Fernández, 2006).

De manera similar, la detección temprana podría ayudar a diferenciar los problemas que necesitan apoyo particular, de aquellos que podrían causar mayores dificultades personales y/o escolares, favoreciendo la derivación a tiempo, intentando evitar que afecte al aprendizaje.

Por tratarse de una escuela integradora se hace necesario conocer las dificultades específicas de cada uno en particular. No se trata de patologizar, sino de realizar un análisis de cada caso que permita reconocer en cada sujeto sus necesidades y establecer prioridades en las intervenciones terapéuticas y pedagógicas para poder actuar en consecuencia, de manera pertinente y eficaz (Borsani & Gallicchio, 2008).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agüero, J. & Agüero, R. (1999). Esquizofrenia prepuberal, un cuadro clínico 'olvidado' en la Psiquiatría del adulto y 'confundido' en la Psiquiatría Infantil. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 3, 4. Recuperado en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/diagnostico46/996/>

Almonte, C. (2003). Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 87-105). Santiago, Chile: Mediterráneo.

Almonte, C. & Sáenz, A. M. (2003). Trastornos de la expresión conductual. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.382-401). Santiago, Chile: Mediterráneo.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (s.f). *La Esquizofrenia en los Niños*.

Recuperado en

http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/la_esquizofrenia_en_los_ninos_no_49

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Anijovich, R., Malbergier, M. & Sigal, C. (2004). *Una introducción a la enseñanza para la diversidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.

Arnaiz, P. (2000): Educar en y para la Diversidad. En Soto, F.J. & López, J.A. (Eds.): *Nuevas tecnologías, viejas esperanzas: las nuevas tecnologías en el ámbito de las necesidades especiales y la discapacidad*. Murcia: Consejería de Educación y Universidades.

Artigas-Pallarés, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Revista de Neurología* 34, 1, 7-13.

Recuperado en <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPEDIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/DISLEXIAS/Problemas%20asociados%20a%20la%20dislexia%20-%20Artigas%20-%20art.pdf>

Artigas-Pallarés, J., Rigau-Ratera, E. & Garcia-Nonell, C. (2007). Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 44, 12, 739-44.

Recuperado en <http://www.psyncron.com/wp-content/uploads/2011/05/borderline2.pdf>

Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 44, 3, 215-221. Recuperado en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300007

Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Blanco, R. (1999). Hacia una escuela para todos y con todos. *Boletín Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe*, 48, 55-72. Recuperado

http://innovemosdoc.cl/diversidad_equidad/investigacion_estudios/hacia_una_escuela.pdf

Bleuler, E. (2011). *El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Polemos S.A.

(Trabajo original publicado en 1911).

Bobes García, J. (2008). *Esquizofrenia en esquemas*. (2 ed.). Barcelona: Ars Médica.

Borsani, M.J (2010). *Integración educativa, diversidad y discapacidad en la escuela plural*. Buenos Aires: Ediciones novedades educativas.

Borsani, M. J. & Gallicchio, M. C. (2008). *Integración o exclusión: la escuela común y los niños con necesidades educativas especiales*. Buenos Aires: Ediciones novedades educativas.

Caballero, R. (2006). Síndrome de Asperger. En C., Vázquez Reyes y M. I., Martínez Feria (Coord.) *Los Trastornos Generales Del Desarrollo Una Aproximación Desde La*

- Práctica*, 2, 6-12. Recuperado en <http://www.psicodiagnosis.es.www.psicodiagnosis.es/assets/t.g.dvolumen2.pdf#page=7>
- Caballo, V. & Simon, M. A. (2011). *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Cabanyes-Truffino, J. & García-Villamizar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología* 39 1, 81-90. Recuperado en http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11807/Identiprecoz_trastornos_espectro_autista.pdf
- Cádiz, V. (2003). Trastornos del desarrollo congénito. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 256-279). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Calderón, R. (2010). Fundamentos del diagnóstico Educativo. En G. Moncada (coord.) *Educación especial: Aportaciones de la neuropsicología. [Versión Electrónica]*. México: Universidad Pedagógica Nacional. Recuperado en <http://digitalacademico.ajusco.upn.mx:8080/upn/bitstream/123456789/270/1/educ-especialGdo.%20Ortiz.pdf>
- Casal, V. & Lofeudo, S. (2009). *Integración escolar: una tarea en colaboración*. Recuperado en <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/educacion/niveles/especial/pdf/normativa/integracion-escolar.pdf>
- Castro-Cañizares, D., Estévez-Pérez, N. & Reigosa-Crespo, V. (2009). Teorías cognitivas contemporáneas sobre la discalculia del desarrollo. *Revista de Neurología* 49, 3, 143-148. Recuperado en <http://d.yimg.com/kq/groups/21917059/1727189221/name/discalculia+del+desarrollo.pdf>
- Crespo-Eguílaz, N. & Narbona, J. (2006). Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. [Versión Electrónica], *Revista Neurología* 43, 1, 193- 200.
- De Vicente, A., Magán I. & Berdullas, S. (2009). Intervención Temprana En Psicosis. *Infocop* 45. Recuperado en <https://www.cop.es/infocop/pdf/1757.pdf>
- Díaz-Atienza, F., GarcíaPablos, C. & Martín Romera, A. (2004). Diagnóstico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 4, 2, 127-144. Recuperado en <http://eoeptgdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2011/11/Diagnóstico-precoz-de-los-TGD.pdf>

- Duk, C. (2000). El enfoque de la educación inclusiva. *Fundación INEN*. Recuperado en http://www.lausina.org/datosdeinteres/articulos/doc/el_enfoque_de_la_educacion.pdf
- Eggers, C. (1978). Course and Prognosis of Childhood Schizophrenia. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 8, 1, 21-36. Recuperado en <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F01550275>
- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autismo. *Research in Developmental Disabilities* 30, 158 - 178. Recuperado en <http://www.educ.ttu.edu/uploadedFiles/research/burkhart-center/documents/Eikeseth%202009%20Review%20of%20Evidence%20based%20practices%20for%20ASD.pdf>
- Equipo Deletrea & Artigas Pallares, J. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. España: Asociación Asperger España.
- Etchepareborda, M. (1997). Evaluación neurocognitiva. *Revista de Neurología* 25, 141, 709-714. Recuperado en <http://www.lafun.com.ar/PDF/1-EvNeurocog.pdf>
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D., Calleja-Pérez, B. & Muñoz Jareño, N. (2007). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 44, 2, 53-55. Recuperado en <http://www.neurologia.com/pdf/Web/44S02/xS02S053.pdf>
- Fernández de Soto, P. & Osorio, E. (2006). Esquizofrenia de inicio en la niñez, revisión de conceptos actuales y dificultades en el diagnóstico. *Universitas Médica* 47, 2 141-146. Recuperado en <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/4%20Esquizofrenia.pdf>
- Fresneda, M.D. & Mendoza, E. (2005). Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. [Versión Electrónica], *Revista Neurología* 41, 1, 51-56.
- González Fontao, M., & Martínez Suárez, E. (2010). Una medida innovadora para la atención a la diversidad. La adaptación curricular por competencias. *Innovación educativa*, 20, 105-116. Recuperado en <http://dspace.usc.es/bitstream/10347/5001/1/08.Gonzalez.pdf>
- Gonzales Castañón, D. (2000-2001). Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones [Versión Electrónica], *Vertex Argentina de Psiquiatría* 11, 42, 267-272.
- Gur, R. & Braden Johnson, A. (2006). *Si su adolescente padece esquizofrenia. Un recurso fundamental para los padres*. Nueva York: Oxford University Press. Recuperado en <http://www.copecaredeal.org/Files/Schizophrenia-book-Spanish.pdf>
- Hernández Jaramillo, J. (2008). *Desorden del pensamiento: una visión desde el lenguaje*.

- Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 56, 4, 353-362. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v56n4/v56n4a07.pdf>
- Jablensky, A. (2006). Subtyping schizophrenia: implications for genetic research. *Molecular psychiatry*, 11, 9, 815-836. Recuperado en <http://www.nature.com/mp/journal/v11/n9/pdf/4001857a.pdf>
- López Bueno, H. (2012). Detección y Evaluación de Necesidades Educativas Especiales: Funciones del Psicólogo Como Personal Implicado en la Atención a la Diversidad desde los Servicios Educativos. *Psicología Educativa*, 18, 2, 171-179. Recuperado en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/educativa/ed2012v18n2a8.pdf>
- López-Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M., Fernández Fernández, V. & López Pina, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género [Versión Electrónica], *Psicothema* 21, 3, 353-358.
- Lukin, A. (2002). El rol del pediatra en el equipo de salud escolar. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100, 3, 245-249. Recuperado en <http://www2.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2002/245.pdf>
- Lus, M.A. (1999). *De la integración escolar a la escuela integradora*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Llaberia, E. & Ascaso, L. (1998). Las clasificaciones en psicopatología Infantil. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.), *Psicopatología del Niño y del Adolescente* (pp. 121 – 143). España: Universidad de Sevilla.
- Madariaga, C. & Correa, A. (2003). Patología del habla y lenguajes durante el desarrollo. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.193-230). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Madrid, P. Sánchez, D. García & M. García (2011). De la Exclusión a la Inclusión: Una forma de entender y atender a la diversidad funcional en las instituciones escolares. *Educación y Diversidad*, 5 1, 23-31. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3618842>
- Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño*. (7ª Ed.) España: Elsevier Masson.
- Montt, E. (2003). Sistema escolar y desarrollo psicosocial. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 62-78). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-02.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado en <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>
- Ortiz, S. & Caniza de Páez, S. (2000). Educación especial. En Ré, S. (Comp.) *Temas Cruciales II: Integración escolar*. Buenos Aires: Fundación infancias.
- Paula-Pérez, I. (2012). Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Revista Neurología* 54,1, 51-62. Recuperado en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33382/1/605123.pdf>
- Pérez Fernández de Landa, E., Langarica Eseverri, M. & Campos Burgui, M.S (2005). Trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia infantil. A propósito de un caso. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 22, 3, 84-90. Recuperado en <http://www.avap-cv.com/images/Sentido%20y%20significado%20de%20la%20tención%20temprana%20Una%20evolución%20positiva..pdf#page=33>
- Puerta, G. (2002). Esquizofrenia en niños y adolescentes. En J. Téllez-Vargas & A. López-Mato (Comps.). *Aspectos Neurocognitivos de la esquizofrenia* (pp.181-195). Bogotá: Nuevo Milenio Editores.
- Rodríguez, E. (2003). Adaptaciones curriculares individuales para los alumnos con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 4-15.
- Rojas de Gay, H. (2000). Hablemos de integración. En Ré, S. (Comp.) *Temas Cruciales II: Integración escolar*. Buenos Aires: Fundación Infancias.
- Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C. & Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. [Versión Electrónica], *Revista Neurología* 42, 2, 83-88. Recuperado en <http://www.psicodiagnosis.es/downloads/tod.pdf>
- Rodríguez-Barrionuevo, A. C. & Rodríguez-Vives, M. A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología* 34, 1, 72-77. Recuperado en <http://www.neurologia.com/pdf/Web/34S1/ms10072.pdf>
- Rodríguez Hernández, J.P. (2008). Trastornos del comportamiento. [Versión Electrónica], *Pediatría Integral: Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria* 12, 10, 949-958. Recuperado en http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/PI%20_12-10.pdf#page=17
- Shevell, M. (2008). Retraso global del desarrollo y retraso mental o discapacidad intelectual: concepto, evaluación y etiología. En D. Greydanus, D. Patel & H. Pratt (Eds.), *Clínicas Pediátricas De Norteamérica: Discapacidades en el desarrollo: Parte I* 55, 5, 1073-1084. España: Elsevier Masson

- Sobarzo, J. (2003). Trastornos psicóticos en la niñez y adolescencia. *Boletín especial Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia* 14. Recuperado en <http://www.sopnia.com/boletines/Rev%20SOPNIA%20Nov%202003.pdf>
- UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las necesidades educativas especiales*. Recuperado en http://www.unesco.org/pv_obj_cache/pv_obj_id_F7C21503405CA01448834857B57B2D6E16620200/filename/SALAMA_S.PDF
- Ulloa Flores, E., Sauer Vera, T. & Guitart, R. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Mental* 34, 5. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000500006&script=sci_arttext
- Valcarce Fernández, M. (2001). De la Escuela Integradora a la Escuela Inclusiva. [Versión Electrónica], *Innovación Educativa* 21, 119-131. Recuperado en <http://ojs-dev.xercode.es/index.php/ie/article/viewFile/28/145>
- Valenzuela, M.T., Pastorino, M.S., Alvarado, R., Villalón, M., Durán, E., Hirmás M. & Vanegas, J. (2012). Diseño y evaluación de proceso de una intervención comunitaria para la detección precoz del primer episodio de psicosis en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública* 16, 2, 123 - 130. Recuperado en <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewArticle/20296>
- Vallina, O, Lemos, S. & Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología* 24, 1-3, 185-221.
- Vygotski, L. (2009). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Buenos Aires: Critica (Trabajo original publicado en 1978)
- Wigdorovitz de Camilloni, A. (2008). El concepto de inclusión educativa: definición y redefiniciones. *Políticas Educativas* 2, 1, 1-12. Recuperado en <http://seer.ufrgs.br/Poled/article/view/18347>
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M., et al. (2008). The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. [Versión Electrónica], *Intellectual And Developmental Disabilities* 46, 4, 311–318. doi: 10.1352/2008.46:311–318. Recuperado en http://aaid.org/media/PDFs/IDconstruct_IDDVo146No4.pdf
- Yung, A. (2012). Early intervention in psychosis: evidence, evidence gaps, criticism, and

confusion. *Australian and new zealand Journal of Psychiatry* 46, 1100- 1102.

Recuperado en <http://anp.sagepub.com/content/46/1/7>