

MP  
61-1

# *¡Detector!*

*Detección de riesgo en la escuela primaria*

**Manual**

**PEDRO A. SÁNCHEZ ESCOBEDO, MD, PhD**

Profesor Investigador Titular "C"  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN  
Dirección General de Desarrollo Académico  
Subdirección de Innovación y Administración Educativa

Editora responsable  
**Lic. Lorena Blanca**  
Editorial El Manual Moderno



**Editorial El Manual Moderno**  
México, D.F. – Santafé de Bogotá

Nos interesa su opinión,  
comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,  
Av. Sonora núm. 206,  
Col. Hipódromo,  
Deleg. Cuauhtémoc,  
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

### Detección de riesgo en la escuela primaria (¡Detector!)

D.R. © 2003 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN 970-729-006-4 (Obra completa)

ISBN 970-729-007-2 (Manual)

ISBN 970-729-008-0 (CD-ROM)

Miembro de la Cámara Nacional  
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



**manual moderno**<sup>®</sup>

y el diseño de la portada son marcas registradas  
de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Sánchez Escobedo, Pedro A.

¡Detector! : detección de riesgo en la escuela  
primaria : manual / Pedro A. Sánchez Escobedo, --  
México : Editorial El Manual Moderno, 2003 .  
vi, 68 p. : il. ; 28 cm. + 1 disco óptico láser  
de computadora

Bibliografía: p. 55-63

ISBN 970-729-006-4 (Obra completa)

ISBN 970-729-007-2 (Manual)

ISBN 970-729-008-0 (CD-ROM)

1. Educación primaria - Pruebas psicológicas -  
Manuales, etc. 2. Educación primaria - Aspectos  
Psicológicos. 3. Aprendizaje - Psicología. I. t.

372.019 SAN.d.

Biblioteca Nacional de México

Diseño de página:  
**Iduma Barrios Sánchez**

Diseño de portada:  
**Biol. Arturo Delgado Fuentes**

## AVISO

Las pruebas psicológicas son instrumentos de empleo delicado y por ello su venta está restringida a profesionales que posean la capacidad de emplearlas apropiadamente, quienes deberán acreditarse como psicólogos graduados, pasantes, o miembros de una organización nacional de psicólogos.

Queda estrictamente **prohibida** la reproducción parcial o total de este material sin autorización escrita de la Editorial.

Ayúdenos a hacer valer el derecho de autor respetando la propiedad intelectual.



**Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.**

Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, 06100

México, D.F.



# ¡DETECTOR! CONSTA DE:



Manual

MP 61-1

CD de aplicación

MP 61-2

# CONTENIDO

Manual de usuario .....	1
Contenido .....	
<b>1. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Antecedentes y fundamentación del instrumento .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Descripción general .....</b>	<b>7</b>
Limitaciones .....	7
<b>4. Instrucciones para su uso .....</b>	<b>9</b>
Ventana principal .....	9
Instrumento .....	9
Reporte .....	10
Exportar datos .....	10
Salir .....	10
Ayuda .....	10
MM .....	10
Recomendaciones ( <i>tips</i> ) .....	10
<b>5. Factores evaluados .....</b>	<b>13</b>
1. Oposición .....	13
2. Agresión .....	13
3. Temperamento .....	14
4. Atención .....	14
5. Impulsividad .....	14
6. Hiperactividad .....	15
7. Ansiedad .....	15
8. Autoestima .....	16
9. Distimia .....	17
10. Socialización .....	17
11. Competencia social .....	18
12. Rasgos obsesivo-compulsivos .....	19
13. Labilidad afectiva .....	19
14. Psicosis .....	19
15. Sueño .....	20
16. Psicomotricidad .....	20
17. Alimentación .....	21
18. Organicidad .....	21

ENIDO

10-

19. Problemas físicos .....	21
20. Conducta adaptativa .....	22
21. Lectura .....	22
22. Escritura .....	23
23. Fonoarticulación .....	24
24. Inteligencia .....	25
25. Desempeño escolar .....	25
<b>6. Hipótesis diagnósticas.....</b>	<b>27</b>
I. Déficit de atención con o sin hiperactividad .....	27
II. Disfunción cerebral .....	29
III. Trastorno afectivo .....	30
IV. Problema alimentario .....	32
V. Problema de ansiedad .....	32
VI. Problema de conducta .....	34
VII. Problema emocional .....	36
VIII. Problema de lenguaje .....	38
IX. Problema psicomotor .....	39
X. Trastornos generalizados del desarrollo .....	40
XI. Problema de salud .....	42
XII. Discapacidad intelectual .....	43
XIII. Problema de socialización .....	45
XIV. Problema escolar .....	46
XV. Autoestima pobre .....	47
XVI. Discapacidad de aprendizaje .....	48
XVII. Enuresis .....	50
XVIII. Epilepsia .....	50
XIX. Sonambulismo .....	50
XX. Pica .....	50
<b>7. Investigación y validación de ¡Detector!.....</b>	<b>51</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>55</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>65</b>



# 1

## INTRODUCCIÓN

**¡Detector!** es un instrumento computarizado para la detección y referencia de algunos de los problemas más comunes que afectan el desempeño escolar de los niños de primaria.

Esta herramienta es el resultado de varios años de investigación, prueba y uso en México, de instrumentos antecedentes similares que fueron desarrollados en la Universidad Autónoma de Yucatán, a través de programas de investigación y desarrollo que precedieron a esta nueva y mejorada versión auspiciada por El Manual Moderno.

**¡Detector!** ha sido diseñado para utilizarse en diversos ámbitos profesionales, como escuelas regulares y especiales, centros de psicodiagnóstico, hospitales y centros de educación especial.

Como cualquier otra herramienta de evaluación, las modificaciones y mejoras son producto de un constante monitoreo de su validez, confiabilidad, aceptación y uso en diversos estados de la República Mexicana.

**¡Detector!** fue elaborado para facilitar la detección temprana y la referencia de los problemas más frecuentes que presentan los niños en edad escolar primaria y que limitan de algún modo su capacidad de aprender o su desenvolvimiento escolar. Este programa pretende que el usuario, sea éste un maestro de primaria, director de escuela, psicólogo escolar o profesional de la salud, a través de una entrevista con los padres o guardianes del niño, colecte de manera sistemática, la información necesaria para describir un perfil de 25 de los rasgos que suelen afectar más a los niños con problemas en la escuela y permita

establecer una gran variedad de sospechas diagnósticas cuando el caso lo amerite. **¡Detector!** incrementa las probabilidades de éxito escolar, mediante la revelación oportuna de los problemas que presenta el alumno y la referencia precoz al profesional correspondiente.

La presente edición de **¡Detector!** cuenta con características que lo hacen versátil y de fácil utilización. Por ejemplo: 1) mínimo número de reactivos para descubrir de manera confiable diversas condiciones; 2) es adaptativo, es decir, genera preguntas de acuerdo con la gravedad e índole del problema; 3) posee una interfase amigable, 4) es capaz de generar al azar tanto el factor a evaluar como sus reactivos.

**¡Detector!** es un instrumento diseñado de modo específico para niños latinoamericanos y sigue —por lo general— los mismos principios guía de otros instrumentos de detección disponibles —en lápiz y papel— en Estados Unidos, tales como *Behavior Rating Profile-2* (Perfil de Clasificación Conductual-2; Hammill, D. y Brown, K. 1990); *The Pediatric Scale*, (TOEDS; Escala Pediátrica; Heresko y Brown, 1984); *Conner's Rating Scales* (CPRS-93; Escalas de Clasificación Conners; Conners, 1989), la *Walker-McConnell Scale for Social Competence and School Adjustment* (Escala Walker-McConnell de Competencia Social y Adaptación Escolar; Walker, 1991); y las Escalas Devereux (Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1993). Tiene la ventaja de calificar de forma automática los resultados, generar hipótesis diagnósticas y perfiles inmediatos, además de presentar un informe imprimible al término de su administración.

Cabe aclarar que ¡Detector! no pretende sustituir a los maestros especializados, a los psicólogos escolares o a los médicos, cuyo apoyo es indispensable en el sistema escolar, sino cooperar con la labor del maestro de grupo, brindándole un medio de revisar -de forma general- el perfil del alumno (*screening*) y establecer algunas hipótesis en cuanto a la condición que presenta el niño. Desde luego, estas sospechas o hipótesis

de trabajo deberán ser descartadas por personal especializado en una segunda instancia de referencia. El reporte sugiere las instancias a seguir y documenta las causas de referencia, describiendo el perfil del niño para que otros medios de auxilio educativo, por ejemplo, psicólogos escolares, centros psicopedagógicos, terapeutas del lenguaje, puedan trabajar el caso de forma mejor informada.



## 2

# ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO

El índice de fracaso escolar en la educación primaria en México es alarmante, los reportes más conservadores indican que al menos 3 de cada 10 niños que ingresan a la escuela primaria no la terminan; pese a esto, la investigación educativa que se desarrolla en el país se ha dejado en un segundo término. Carvajal, Spitzer y Zorrilla (1993), afirman que sólo 5% de la investigación educativa que se desarrolla en México corresponde al nivel básico de educación, en contraste, en esta área se concentra la mayor parte de los problemas educativos del país.

La Secretaría de Educación Pública (2001) reporta que en el nivel de primaria existe un promedio de reprobación nacional de casi 12% y una tasa de deserción cercana a 3%. La eficiencia terminal del Sistema Educativo Mexicano en la primaria es patética; por ejemplo, la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de Yucatán (SEGEY) señala que durante el ciclo escolar 93-94, la matrícula escolar de este nivel fue de 243,000 alumnos, de los cuales 12.2% reprobó el curso escolar y 3.3% abandonó la escuela (Menéndez, 1994). En otras palabras, alrededor de 38,382 alumnos presentaron fracaso escolar, el cual en muchos casos pudo haberse prevenido mediante la detección y atención adecuada y temprana de los niños con problemas de aprendizaje.

Se estima que de 15 a 40% del total de la población escolar se compone de niños con aprovechamiento insuficiente; mas aún, el rendimiento deficiente se manifiesta a varios niveles: 60% de los adultos jóvenes que ingresan a la universidad no terminan la carrera. Bricklin, B. y Bricklin P.

(1988) indican que casi la mitad de la población escolar trabaja por debajo de su capacidad intelectual potencial. De hecho, Gómez (1986) de forma crítica sugiere que el mejoramiento de la calidad metodológica del sistema educativo se encuentra distante de la efectividad social, ya que diversas fuentes muestran todavía un alto porcentaje de analfabetismo, fracaso escolar y lectores deficientes en las escuelas mexicanas, los cuales persisten a pesar de la investigación a este respecto.

La reducción del fracaso escolar es una prioridad nacional y se considera de vital importancia, por lo que toda investigación relativa a la problemática escolar es de relevancia en la búsqueda de soluciones que trasciendan el discurso.

Un gran número de factores ha sido aludido para explicar estos altos índices de fracaso escolar en el nivel de primaria: desventaja socio-cultural, problemas de desarrollo cognitivo o físico y enfermedades físicas o mentales. Sin embargo, en México faltan datos empíricos que describan las características de los niños que triunfan y fracasan en la escuela primaria, en contraste con la vasta literatura latinoamericana de ensayo que diserta sobre los posibles efectos de la pobreza generalizada, las tendencias ideológicas, la necesidad de trabajo, las políticas en educación y la cultura en el logro escolar del alumno.

Si bien la existencia de condiciones socioeconómicas de desventaja y de alienación cultural es innegable en Latinoamérica, en muchos casos, el alumno deja la escuela primaria por razones que son previsibles o remediables. El común

de la gente se refiere a los niños "desaplicados" como producto de una sociedad en desventaja socioeconómica; no obstante, muchas veces el fracaso escolar puede atribuirse a errores tanto de padres como de profesores y más importante aún, a problemas específicos que presenta el niño, los cuales podrían remediarse, facilitando así su permanencia en la escuela.

Se vinculan a la escuela, múltiples características, siendo las más relevantes: a) el currículo y las técnicas pedagógicas; b) la dirección y organización del centro; c) el profesorado y, d) la escuela, como sistema social." (Watkins y Wagner, 1991; p. 58.) Estas características no se dan por separado, están relacionadas y todas contribuyen a organizar las relaciones interpersonales que se propician en el contexto escolar.

Corrie, en Watkins y Wagner (1991), afirma que el aula, en tanto contexto específico en el cual se desenvuelven e interaccionan alumnos y maestros, tiene una influencia considerable en la conducta de los alumnos. En el salón, el maestro tiene un papel protagónico en el mantenimiento del orden y la armonía necesarios para el aprendizaje; a él le concierne hallar la atribución de las conductas indeseables. Esquivel (1989) infiere que el docente maneja las atribuciones cuando interpreta una conducta del alumno, buscando la explicación causal de la misma.

De manera usual, es al contexto familiar al que se le imputa la aparición de las conductas, sobre todo, las problemáticas. Maestros y padres de familia parecieran en continuo pugilato por culpabilizarse o atribuirse, mutuamente, las conductas de los hijos/alumnos. Al respecto, Watkins y Wagner (1991), escriben: "...indudablemente, la familia tiene una influencia muy significativa y decisiva sobre el niño en edad escolar y la perspectiva que los padres adoptan con respecto al colegio influye sobre la forma que el alumno tiene de ver su formación y su implicación en el proceso de aprendizaje... Asumimos, por tanto, que la escuela actuará en conjunción con los padres para sacar el máximo potencial de éxito escolar del niño. El tipo de colaboración que se establezca a este respecto, variará según la edad y la etapa escolar en que éste se encuentre". (p.137)

Resulta pues casi irrefutable la afirmación de que las conductas de los escolares son producto de la interacción en el hogar y en la escuela, por tanto, es fundamental, una continua y abierta colaboración entre padres y maestros.

Persiste, en las escuelas, la tendencia a calificar como "perezosos" o "distruidos" a los niños que no aprueban, pero, estas etiquetas tan sólo evaden el problema del alumno, encontrando una vía fácil para tranquilizar conciencias y justificar la ineficiencia del sistema, situación alarmante a la que la UNESCO ha dedicado especial atención, puesto que se considera que el fracaso, en un principio escolar, puede ser el primer eslabón de una cadena de derrotas de carácter social y a la vez individual que estigmaticen a la persona y sea ésta considerada un parásito de la sociedad.

En el pasado, se negó educación a muchos niños potencialmente inteligentes porque en clase parecían "tontos" o perezosos. En la mayoría de las escuelas no se dispone de personal capacitado para aplicar pruebas psicológicas, orientar a padres y ejercer acciones correctoras o de referencia que promuevan el éxito escolar. Por ello es fundamental identificar y comprender a estos niños con problemas específicos de aprendizaje en la primaria pero con inteligencia normal, y contar con una red de apoyo que permita en muchos casos superar la desventaja socioeconómica tan prevalente en México. De hecho, no existen, en la mayoría de las escuelas primarias de este país, psicólogos educativos especializados para auxiliar al maestro en el manejo de los alumnos con bajo rendimiento asociado a problemas por demás comunes y de fácil prevención o remedio si se detectan a tiempo. La experiencia e investigación educativa han demostrado a plenitud que muchos de los problemas de aprendizaje que pueden ser superados pasan inadvertidos o son preteritados por el maestro, razón por la cual las cifras de fracaso escolar no han mejorado de modo dramático en los últimos 10 años.

Por desgracia, muchos de los casos de reprobación o deserción de la escuela, pudieron haber sido prevenidos si se hubiera dado la atención adecuada y temprana a los niños con pro-

blemas, esto hace necesario identificar antes a los niños en riesgo; resulta fundamental el mejoramiento de los servicios, la puesta en práctica de estrategias de identificación y el manejo preventivo de los alumnos con alto riesgo, si se desea disminuir estas alarmantes cifras de fracaso escolar en las primarias de México.

Acciones específicas en el sistema de educación primaria son indispensables de llevar a cabo en la lucha contra el fracaso escolar; entre las prioritarias resaltan:

- la homogeneización de criterios de identificación de los alumnos con problemas de aprendizaje,
- la simplificación en los procedimientos de admisión a los servicios de educación especial,
- el establecimiento de rutas críticas de manejo y seguimiento de los casos referidos,
- el establecimiento de estándares de calidad en atención,
- la contratación y capacitación de profesionales de apoyo a la escuela y,
- el desarrollo y la validación de instrumentos que sean costo-eficientes para la detección y referencia de los niños.

Lo anterior es importante, si se considera que la disponibilidad de recursos es condición necesaria, pero no suficiente para la exitosa prevención del fracaso escolar. Sánchez y Cantón (1996), reportaron que muchos casos detectados de alumnos con problemas de aprendizaje eran perdidos por la ausencia de referencias escritas y de seguimiento.

Sánchez y Cantón (1993) en su estudio de los alumnos con discapacidad física que asisten a primarias regulares del estado de Yucatán, descubrieron que cerca de un tercio de estos alumnos presentaban condiciones subsanables de forma simple, por ejemplo, un número significativo de niños en Yucatán tienen limitaciones visuales corregibles con lentes.

Cantón (1997) al desarrollar un instrumento estandarizado para evaluar la lectura del alumno de primaria, descubrió que entre 10 y 12%

de los estudiantes del tercer grado son lectores deficientes y que la lectura defectuosa es un factor que indica vulnerabilidad y riesgo de fracaso escolar. Cantón señala que las causas neuropsicológicas son de tipo orgánico y representan el grupo más alto con diagnóstico, así como los problemas específicos de aprendizaje o del lenguaje receptivo o mixto. Asimismo, encontró algunos niños cuya lectura deficiente puede ser explicada en términos de problemas emocionales asociados a disfunción familiar y a distimia infantil, no encontrando ningún caso en que la pobreza extrema o la desventaja sociocultural fueran los factores explicativos de la lectura deficiente.

La visión individualizante de los problemas de aprendizaje encuentra amplia justificación al visitar cualquier escuela pública primaria e indagar, con los maestros de grupo, los principales problemas que afrontan en clase. De manera casi invariable, se quejarán de la gran cantidad de niños con requerimientos de atención individualizada por problemas de aprendizaje en el aula, argumentando que muchos niños fracasan porque presentan dificultades de aprendizaje o de salud general que les impiden un desempeño escolar adecuado. Estas limitaciones del alumno en su desenvolvimiento escolar tienen no sólo causas socioculturales ajenas al sujeto, sino causas médicas, psicológicas y escolares internas a él, las cuales pueden ser corregidas si se detectan en tiempo.

Los trastornos del aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta y asociarse a desmoralización, baja autoestima y déficit en habilidades sociales. La tasa de abandonos escolares de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje se sitúa alrededor de 40 % (o 1.5 veces el promedio).

Dos supuestos fundamentales guían la presente obra. En primer término, el que problemas físicos, psicológicos y de aprendizaje contribuyen de modo significativo al fracaso escolar en México. El segundo, que el fracaso escolar en el nivel básico puede reducirse en términos considerables si se detecta a los niños con problemas a través de instrumentos prácticos y eficientes que permitan evaluar al niño y referirlo a las ins-

tancias de apoyo correspondientes. En suma, se argumenta que el fracaso escolar puede ser sensiblemente reducido si se atienden los problemas inmediatos del niño, a través de una evaluación y referencia adecuadas a su problemática individual.

Por lo anterior, ¡Detector! es un instrumento de fácil uso para que los maestros, administradores y psicólogos puedan, de manera sistemática, evaluar de forma preliminar a los niños de quienes se sospecha que su desempeño escolar tal vez esté comprometido.

## DESCRIPCIÓN GENERAL

**¡Detector!** permite al maestro, director, psicólogo o al profesional de la salud, a través de una entrevista con los padres o tutores del niño, coleccionar de forma sistemática la información necesaria para describir un perfil de 25 de los rasgos más comúnmente involucrados en los problemas de la escuela, permitiendo establecer hasta 20 hipótesis diagnósticas, así como las referencias aconsejables para la condición detectada.

**¡Detector!** es un sistema computacional para ser instalado en el disco duro mediante un CD de usos limitados, diseñado para emplearse en computadoras personales con un mínimo de 32 megas de memoria RAM y un sistema operativo de tipo WIN-95 o superior. Para utilizar el programa no es necesario entrenamiento, ya que su interfase es amigable y de fácil uso.

El programa califica automáticamente las respuestas y genera también de inmediato un reporte imprimible, con un perfil general gráfico del niño y con las hipótesis diagnósticas de de-

tección si fuera el caso, sugiriendo las instancias de referencia.

**¡Detector!** es un programa comprimido y protegido con un código para su instalación, para evitar su duplicación ilegal. A continuación se resume en forma esquemática los principales factores a considerar al aplicar el programa.

### LIMITACIONES

**¡Detector!** es un sistema en continuo desarrollo y monitoreo por lo que resulta necesario actualizar normas de grupos con cierta periodicidad. Además, como cualquier otro instrumento científico, tiene un margen de error el cual debe de considerarse, sobre todo, por los efectos de estigmatización que muchas etiquetas diagnósticas imponen a los niños. Su uso debe entonces restringirse al ámbito profesional, dentro de un sistema institucional o formal de detección y referencia.

Aunque su aplicación en las escuelas en las que se entrenó a los maestros, ha sido poco satisfactoria (Sánchez, 1996), se ha observado que su uso motiva e interesa a los padres y maestros en la situación y condición del alumno estudiado, lo que constituye un beneficio adicional a este programa. Este efecto benéfico, de atender o distinguir al niño, debe ser estudiado en más detalle.

Como se ha mencionado, este programa no es un instrumento diagnóstico, sino de detección; las hipótesis diagnósticas que genera son perfiles probabilísticos de niños que se asemejan

	<b>¡Detector!</b>
Reactivos	193
Diagnósticos	20
Factores	25
Tiempo de aplicación	30 minutos
Secuencia	azar doble
Tamaño del programa	8.2 megas
Modo de respuesta	seleccionar/mouse
Corrección último reactivo	sí
Instalación	automática/protegida
Reporte impreso	sí
Visualización en pantalla	sí
Ayuda en pantalla	sí

a los de otros niños de la misma edad y sexo, quienes han sido identificados clínicamente con algún diagnóstico médico o psicológico de los contemplados en el programa.

De igual forma, la gráfica descriptiva de la probabilidad de problema en los 25 factores otorga tan sólo un índice razonable de sospecha, basada en la información que proporcionan los padres. El hecho de que un niño presente alguna área marcada como en potencial problemática, no siempre implica que también presente una condición mórbida que amerite diagnóstico, ya sea ésta una alteración psicopatológica o enfermedad física. Las áreas de problema, son también hipótesis de trabajo que los profesionales a quienes se refiera el niño deberán considerar.

El reporte que genera este programa está destinado para el profesional de la salud, el psicólogo, el administrador escolar o el maestro de grupo entre otros. No es un informe que pretenda dar información a los padres, sino un auxiliar para el maestro que debe orientar a los padres hacia las acciones que mejoren el desenvolvimiento escolar de su hijo. La información contenida en los

reportes, sólo debe ser utilizada para orientar a los padres; no puede constituir un criterio para la aprobación o repetición de un curso, para un cambio de escuela o para otra acción similar que de manera directa afecte el progreso o permanencia del niño en la escuela.

Desde luego, ¡Detector! no es una panacea para la detección y referencia de todos los problemas de los niños de primaria; como todo instrumento científico tiene un índice de falibilidad que debe ser establecido. Al igual que en todo sistema similar, existe la posibilidad de falsos negativos, es decir, niños que pese a presentar un problema no son diagnosticados o detectados de modo apropiado; los falsos positivos muestran o sugieren problemas y diagnósticos que el niño en realidad no tiene. Quizá el falso negativo sea más desventajoso para el maestro, ya que limita la referencia de un niño con problema a un profesional, mientras que el falso positivo puede ser identificado durante las evaluaciones.

Además, la información guardada en los archivos electrónicos no deberá ser compartida, a excepción de los investigadores que se comprometan a respetar la confidencialidad de los casos.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sugerencias y comentarios respecto a este programa pueden hacerse a la dirección de e-mail: psanchez@cablered.net.mx

# 4

## INSTRUCCIONES PARA SU USO



Para instalar el programa, es necesario contar con una contraseña que se obtiene al comprar el programa y que hace las veces de licencia de utilización para proteger los derechos de autor de esta obra y la elaboración de copias piratas no autorizadas. Cada CD licencia el uso de 50 aplicaciones.<sup>1</sup>

El programa, de aproximadamente 8Mb de tamaño, se instala en el disco duro y utiliza la plataforma de Windows 95 o posterior para funcionar. La instalación se adecua a la plataforma que maneja la computadora del usuario.

Para su utilización, se recomienda que el maestro, psicólogo o examinador practique antes de coleccionar información en una situación real para familiarizarse con el programa.

### VENTANA PRINCIPAL

Al introducir la contraseña y verificarla aparece la pantalla principal de **¡Detector!** con los iconos siguientes:

### INSTRUMENTO

Aquí se encuentran secciones que tienen por objeto coleccionar datos con el instrumento y se compone de cuatro partes: sección demográfica, sección de instrucciones para el respondiente, sección de preguntas y ventana de información adicional (notas).

Asimismo aparece una pantalla informativa que describe el programa y destaca su utilización.

### Sección Demográfica

Es una página donde se recauda información del sujeto en evaluación, de los padres y del aplicador. El usuario puede corregir los datos errados al final de la pantalla. Sólo deberá aceptar que los datos están correctos después de una cuidadosa revisión de lo que se ha tecleado.

Se recomienda usar las pantallas despegables para escoger los meses, años, estados de la República Mexicana y demás información que se ofrece y que facilita el llenado de esta sección.

### Sección de Instrucciones para el respondiente

Esta pantalla debe leerse a los padres, tutores o maestros que proporcionan la información acerca del escolar en estudio:

El examinador debe leer, clara y pausadamente las instrucciones y preguntar a los entrevistados si han comprendido las instrucciones; en caso contrario deberá explicar con otras palabras lo que se espera de ellos. En la experiencia del autor, cuando los padres no comprenden las instrucciones la administración se retarda o se vuelve poco confiable.

### Sección de preguntas

Esta sección presenta de manera aleatoria un máximo de 193 preguntas que conforman los 25 factores diferentes que se constituyen el programa.

<sup>1</sup> Al concluir las 50 aplicaciones, el usuario puede adquirir nuevos discos con los distribuidores autorizados de Editorial El Manual Moderno.

**¡Detector!** está diseñado para hacer una exploración "inteligente" del niño, obviando preguntas innecesarias en las áreas donde en apariencia no hay problemas. El administrador debe escoger la respuesta apropiada con el puntero o las flechas del cursor:

**SÍ** = si la respuesta a la pregunta es afirmativa, los padres dicen SÍ o algún enunciado parecido.

**NO** = Si los padres dicen NO, o niegan la presencia de las características contempladas en la pregunta.

**INSEGURO** = si no saben o bien si dudan al respecto de la presencia de las características emuladas en la pregunta. **TODAS LAS RESPUESTAS DUDOSAS DEBEN SER MARCADAS COMO INSEGURO.**

El programa permite ir hacia preguntas anteriores sólo dentro de un mismo factor.

### Sección de información adicional (NOTAS)

Esta sección da la oportunidad de añadir, expandir la información y anotar cualquier otro dato complementario que sea pertinente para el análisis del caso.

Al continuar, puede visualizarse la pantalla de Fin y apreciar el número de pruebas que le quedan con el CD que el usuario está empleando.

### REPORTE

Al finalizar la administración, el programa automáticamente genera un reporte, con todos los factores electrónicamente calificados, los diagnósticos que amerite generados y un gráfico general del perfil del alumno. El usuario puede visualizar este reporte en pantalla o imprimirlo. La figura 4-1 presenta un ejemplo del reporte.

### EXPORTAR DATOS

Icono que refiere a programas del sistema para exportar datos a un archivo de texto.

### SALIR

Al oprimir este icono se abandona el programa.

### AYUDA

Contiene datos que explican al usuario las características de aplicación de **¡Detector!**

Hay pantallas adicionales de ayuda en la Sección Demográfica y en la de Instrucciones para el respondiente.

### MM

Hace una presentación de la Editorial El Manual Moderno y de su labor como difusora del uso adecuado de los instrumentos de evaluación psicológica.

### RECOMENDACIONES (TIPS)

- Puede hacerse la pregunta con otras palabras o en la lengua o idioma de los respondientes, sólo debe haber seguridad de mantener el sentido e intención de la pregunta. Por ejemplo, si el padre no comprende el reactivo "¿Parece no escuchar cuando se le llama?", el examinador puede preguntar: "¿Parece que estuviera sordo?" o "¿No le hace caso cuando le habla?"
- Debe marcarse SÍ o NO cuando la conducta o hecho sea unívoco y con claridad identificado por los padres; en casos de duda márquese INSEGURO.
- No se permiten explicaciones adicionales, esto sólo retarda la aplicación del instrumento y no aporta beneficios adicionales para el niño.
- Antes de comenzar la entrevista tiene que aclararse a los padres los propósitos de ésta y lo que pueden esperar de este procedimiento.

Los resultados deberán imprimirse de inmediato y comentarlos con los padres; esto pudiera incrementar las probabilidades de que lleven al niño a la instancia de referencia aconsejable.

**¡DETECTOR!** Detección de riesgo en la escuela primaria. Fecha de aplicación: 13-Nov-02 Duración de la prueba: 4 Min.

Nombre del niño: María Pérez Alias: Nena  
 Sexo: Femenino Fecha de Nacimiento: 31/12/1992 Lateralidad: Diestro  
 Defecto Físico:  
 Medicamentos:  
 Escuela: Josué Mirlo  
 Lugar: Atizapán  
 Grado escolar: 5to Primaria Promedio: Bueno Conducta: Mala  
 Repetidor: Talla: 140 Peso: 40

Impresión Diagnóstica

Déficit de atención Probable  
 Organicidad Sospechar  
 Trastorno afectivo Probable  
 Problema alimentario Probable  
 Problema de ansiedad Sospechar  
 Problemas de conducta Probable  
 Problema emocional Muy Probable  
 Problema de lenguaje Probable  
 Problema psicomotor Probable  
 Trastornos generalizados del desarrollo Sospechar  
 Problemas de salud Muy probable  
 Discapacidad intelectual Muy Probable  
 Problema de socialización Sospechar  
 Problema escolar Sospechar  
 Autoestima pobre Probable  
 Discapacidad de aprendizaje Probable  
 Enuresis Muy Probable

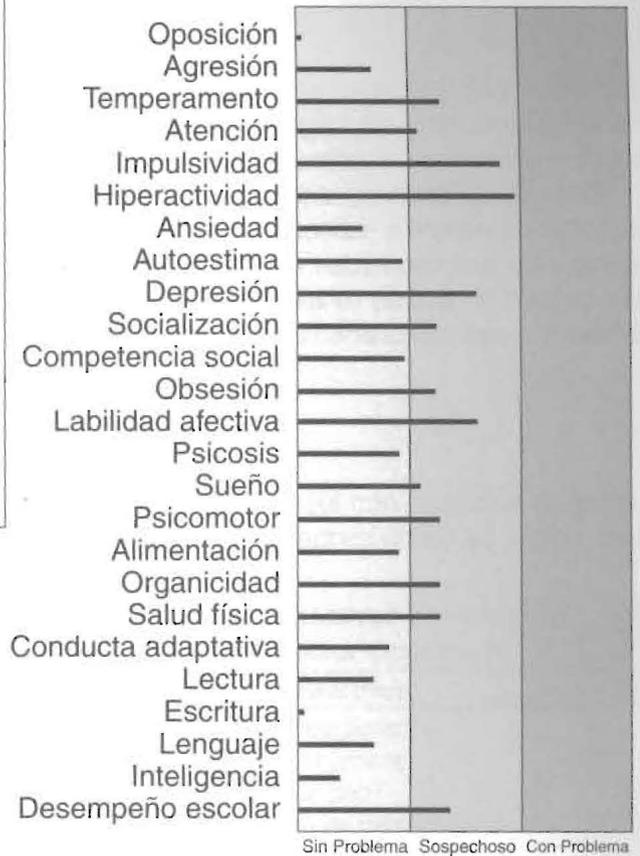
Referir a:

- \* Terapeuta del lenguaje
- \* Neuropediatra
- \* Paidopsiquiatra
- \* Psicólogo
- \* Maestro de educación especial
- \* Trabajador social
- \* Maestro de educación física
- \* Fisioterapeuta


Observaciones: XXX

XXX

XXX



Dr. P. Sánchez

Figura 4-1. Ejemplo de reporte de ¡Detector!

# 5

## FACTORES EVALUADOS

El cuadro siguiente ilustra los factores explorados durante la aplicación de ¡Detector! (columna izquierda) y las hipótesis diagnósticas posibles a generar (columna derecha). Es importante señalar que todos los factores evaluados son graficados en el reporte y que sólo se emiten los diagnósticos de sospecha.

Factores	Hipótesis diagnósticas
Oposición	TDAH
Agresión	Disfunción cerebral
Temperamento	Problema afectivo
Atención	Problema alimentario
Impulsividad	Problema de ansiedad
Hiperactividad	Problema de conducta
Ansiedad	Problema emocional
Autoestima	Problema de lenguaje
Depresión	Problema motor
Socialización	Trastorno generalizado del desarrollo
Competencia social	Problemas de salud
Obsesión	Discapacidad intelectual
Labilidad afectiva	Problema de socialización
Psicosis	Problema escolar
Sueño	Pobre autoestima
Psicomotor	Problema de aprendizaje
Comida	Enuresis
Organicidad	Epilepsia
Salud física	Sonambulismo
Conducta adaptativa	Pica
Lectura	
Escritura	
Lenguaje	
Inteligencia	
Desempeño escolar	

### 1. OPOSICIÓN

Es una conducta que se caracteriza por una actitud permanente de impugnación y desobediencia a la autoridad, con independencia del interés individual, así como por una falta continua de disposición a cooperar y para responder a una persuasión razonable. Los niños con esta conducta se expresan con agresividad, mediante pautas de conducta antagónicas, sobre todo hacia los padres y maestros.

### 2. AGRESIÓN

Es una conducta hostil con intención de daño o destrucción. En la agresividad, se violan tanto

**Tabla 5-1. Reactivos y respuestas en el factor Oposición**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
1.1	¿Es desobediente?	Sí
1.2	¿Ignora las órdenes que se le dan?	Sí
1.3	¿Desafía a las personas que tienen autoridad?	Sí
1.4	¿Discute todas las órdenes o rezonga por todo?	Sí
1.5	Cuando ayuda en casa, ¿lo hace de mala gana?	Sí
1.6	Si sabe que está mal hacer algo, ¿lo hace a pesar de todo?	Sí
1.7	¿Hace cosas a propósito para molestar a otros?	Sí
1.8	¿Es vengativo(a)?	Sí
1.9	¿Es rencoroso(a)?	Sí
1.10	¿Insulta y dice muchas groserías?	Sí

Tabla 5-2. Reactivos y respuestas en el factor Agresión

Número de factor	Reactivos	Respuestas
2.1	¿Le pega a sus hermanos o compañeros de clase?	Sí
2.2	¿Molesta a otros niños?	Sí
2.3	¿Rompe cosas a propósito? (por ej., vasos, juguetes, adornos)	Sí
2.4	¿Busca pleitos en la calle o en la escuela?	Sí
2.5	¿Muerde o patea a quien lo cuida?	Sí
2.6	¿Tiene marcada preferencia por películas o programas de T.V. violentos?	Sí
2.7	Cuando juega, ¿lastima a otros niños?	Sí
2.8	¿Dice cosas que hieren a los demás?	Sí
2.9	¿Es cruel con los animales?	Sí
2.10	Si algo le molesta, ¿se lastima intencionalmente?	Sí

los derechos de los demás como las reglas sociales. Desde un punto de vista psicodinámico, la agresión es una constelación de pensamientos, sentimientos y acciones específicas que se movilizan por frustración de un deseo o necesidad y cuyo objetivo es la descarga emocional. En la agresión, la acción violenta puede ser dirigida hacia uno mismo o hacia otros (personas, animales o cosas).

### 3. TEMPERAMENTO

Aspecto de la personalidad que depende de factores constitucionales o genéticos. En general, el temperamento es un rasgo emocional que se caracteriza por una actitud afectiva básica o un patrón de respuestas característicos ante los eventos ambientales. Se refiere también a la labilidad del carácter y a la estabilidad o inestabilidad de reacciones ante estímulos específicos. Este factor explora los problemas relativos al temperamento y la reactividad del niño.

Tabla 5-3. Reactivos y respuestas en el factor Temperamento

Número de factor	Reactivos	Respuestas
3.1	¿Es temperamental o berrinchudo(a)?	Sí
3.2	¿Se enoja fácilmente?	Sí
3.3	¿Pierde la calma con facilidad?	Sí
3.4	¿Grita por todo?	Sí
3.5	¿Sus demostraciones afectivas son exageradas?	Sí

### 4. ATENCIÓN

El enfoque sobre una tarea específica o atención es un indicador de la madurez neurológica general del niño. La atención es la capacidad de observar o concentrarse en una tarea específica; como rasgo, ella es una condición para el aprendizaje.

### 5. IMPULSIVIDAD

Es la tendencia a reaccionar, actuar, tomar decisiones y otros, de forma inmediata y sin reflexión, es decir, sin tomar en consideración las consecuencias. Es un signo de inmadurez cerebral y se asocia a una serie de síndromes clínicos.

Tabla 5-4. Reactivos y respuestas en el factor Atención

Número de factor	Reactivos	Respuestas
4.1	¿Se distrae con facilidad?	Sí
4.2	¿Parece "no escuchar" cuando se le llama?	Sí
4.3	¿Tiene dificultad para concentrarse en una sola tarea?	Sí
4.4	¿Requiere que se le repitan las órdenes o preguntas más de una vez?	Sí
4.5	¿Tarda mucho en hacer su tarea?	Sí
4.6	¿Termina las cosas que comienza?	No
4.7	¿Por momentos parece como "ausente"?	Sí
4.8	Cuando se le pide más de un favor, ¿olvida hacer algo?	Sí
4.9	¿Tiene problemas para atender a un cuento o narración?	Sí

**Tabla 5-5. Reactivos y respuestas en el factor Impulsividad**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
5.1	¿Exige que se le den las cosas de inmediato?	Sí
5.2	¿Hace las cosas precipitadamente?	Sí
5.3	¿Actúa sin pensar?	Sí
5.4	¿Piensa antes de contestar lo que se le pregunta?	No
5.5	¿Tiene dificultades para esperar su turno?	Sí

## 6. HIPERACTIVIDAD

Conducta inquieta, dificultad para permanecer quieto y orientado a una tarea específica; alteración de conducta más relevante en la infancia, aunque sólo sea por su frecuencia entre la población escolar. Se suele acompañar de déficit en la capacidad de atención del niño; como factor, es considerada un signo y no el trastorno mismo.

Para Vallet (1980) "La hiperactividad es un término que describe un conjunto de trastornos conductuales característicos. Es frecuentemente aplicado a niños con alteraciones de aprendizaje y emocionales asociadas. Sin embargo, el término es sólo significativo cuando los componentes conductuales se especifican en un niño concreto".

**Tabla 5-6. Reactivos y respuestas en el factor Hiperactividad**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
6.1	¿Es muy inquieto(a)?	Sí
6.2	¿Es muy activo(a)?	Sí
6.3	¿Rara vez puede quedarse sentado(a)?	Sí
6.4	¿Parece como si tuviera "un motor" que lo(a) impulsa?	Sí
6.5	¿Cuando ve un programa de T.V., permanece abstraído(a)?	Sí
6.6	¿Termina muy rápido sus tareas, aunque sea de forma incorrecta?	Sí
6.7	¿Agarra todo lo que ve?	Sí
6.8	¿Hay que vigilarlo(a) más que a otros niños?	Sí

Gargallo (1991) define la hiperactividad como un modo de comportarse del niño que incluye de manera principal dos aspectos: una gran inquietud y una excesiva falta de atención. La sintomatología de este trastorno consiste en falta de atención, impulsividad e hiperactividad; la mayoría de los niños que padecen TDAH presentan alteraciones en algunas de estas áreas, aunque en grados diferentes.

## 7. ANSIEDAD

Término utilizado para describir una gran variedad de respuestas afectivas, motoras o fisiológicas, a percepciones específicas de peligro (de rasgo). La ansiedad, en general, es un sentimiento de inseguridad y alerta inespecífico (de estado). Se describe como un sentimiento de aprensión, malestar o temor de que va a ocurrir en el futuro algún suceso perjudicial o terrible. Es la reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos malos o en potencial peligrosos, o que son subjetivamente percibidos como cargados de peligro. La ansiedad también se reseña en términos de excitación fisiológica, cambios psicológicos como la preocupación y la anticipación.

**Tabla 5-7. Reactivos y respuestas en el factor Ansiedad**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
7.1	¿Es un(a) niño(a) intranquilo(a)?	Sí
7.2	¿Tiene dificultades para relajarse?	Sí
7.3	¿Parece preocupado(a) la mayor parte del tiempo?	Sí
7.4	¿Tiene temor a la oscuridad?	Sí
7.5	¿Se separa fácilmente de los padres?	No
7.6	¿Se come las uñas?	Sí
7.7	¿Se queja de dolor para no ir al colegio?	Sí
7.8	¿Se preocupa por lo que pudiera pasarle en el futuro?	Sí
7.9	¿Tiene algún tic?	Sí
7.10	¿Exige aprobación para todos sus actos?	Sí

## 8. AUTOESTIMA

El sí mismo es considerado entre los objetos sociales más interesantes que uno puede percibir y al que es posible reaccionar. La autoestima es la dimensión apreciativa del autoconcepto, es la valía que uno mismo se da; se asocia a la seguridad personal y la autoconfianza. La pobre autoestima se vincula a una serie de problemas emocionales y escolares.

La falta de capacidad del sujeto para adaptarse a las demandas naturales y de su propio ambiente (déficit de la conducta adaptativa) es uno de los criterios utilizados para el diagnóstico de la deficiencia mental.

La diferencia entre autoconcepto y autoestima radica en que el primero se refiere a la función perceptiva y la autoestima a la función evaluativa. La percepción de uno mismo puede ser errónea o distorsionada y lo que se conoce de sí mismo puede ser aceptado o rechazado por el propio individuo (Mc David y Harari, 1979, citados en Lindgren, 1985). En contraste, el valor total que se atribuye al yo constituye la propia autoestima; tanto el autoconcepto como la autoestima se forjan a través de la interacción social, debido a su naturaleza netamente social.

Mussen, Conger y Kagan (1991) mencionan que el autoconcepto está compuesto por las ideas que se tengan de sí mismo, por lo que la autoestima es la medida con la cual el individuo se considera a sí mismo, confía en sus propias capacidades para alcanzar sus metas, su capacidad académica y sus relaciones con padres e iguales. Por otro lado, Colin y Rogers (en Ridaó, 1990) señalan que el autoconcepto tiende a verse como un aspecto del yo que incluye otros factores, como la autoestima y el autorrespeto, los cuales son sistemas dinámicos y en desarrollo que si bien reflejan la conducta, también la determinan. En el enfoque evaluativo, cuando se habla de autoconcepto, se alude a la descripción que una persona realiza de sí misma; la autoestima refleja el grado en que al sujeto le gusta lo que piensa de sí mismo, por tanto, para llegar a elaborar un nivel de autoestima es preciso relacio-

nar el autoconcepto con las propias pretensiones y esto supone la comparación con determinados criterios.

Corkille (1994, p. 21) define la autoestima como "lo que cada persona siente por sí misma, la medida en que le agrada su propia persona en particular"; esta definición se funda en dos convicciones: 1. "Soy digno de que me amen" ("Importo y tengo valor porque existo") y 2. "Soy valioso" ("Puedo manejarme a mí mismo y manejar lo que me rodea con eficiencia. Sé que tengo algo que ofrecer a los demás").

En investigaciones longitudinales, se ha observado que el concepto del niño sobre sí mismo influye en: la elección de amigos, la forma en que se lleva con los demás, la clase de persona con la que se ha de casar, lo productivo que será en el futuro, su creatividad, su estabilidad, si ha de ser conductor o seguidor, su núcleo de personalidad, el empleo de sus aptitudes o habilidades y otros.

Papalia y Olds (1994) opinan que el sentido de sí mismo crece de manera lenta; inicia con la autoconsciencia, donde el individuo empieza a percibirse como un ser separado como otra gente y con otras cosas, con la habilidad de reflexionar con uno mismo y sobre sus acciones. El autoconcepto se cristaliza en el primer momento de autorreconocimiento, alrededor de los 18 meses de edad, cuando los niños comienzan a caminar. El siguiente paso es la autodefinition, donde el individuo identifica sus características internas y externas para describirse a sí mismo. Hasta los 6 o 7 años de edad, los niños inician a definirse en términos psicológicos: desarrollan un concepto de quienes son (el yo verdadero) y de cómo quieren ser (el yo ideal). En esta etapa los niños han hecho un importante progreso, han pasado del control de los padres hacia su autocontrol, ahora hacen las cosas de modo voluntario se proponen metas altas para alcanzar y son conscientes de la diferencia entre lo que ellos son y lo que quieren ser; el objetivo de su yo ideal los ayuda a madurar.

Los niños que, por lo general, presentan promedios académicos altos, son los que poseen una autoestima positiva (Pope et al., 1988). Se

Tabla 5-8 Reactivos y respuestas en el factor Autoestima

Número de factor	Reactivos	Respuestas
8.1	¿Lucha por conseguir lo que quiere?	No
8.2	¿Cree que no puede hacer las cosas tan bien como otros niños?	Sí
8.3	¿Siente que "nadie lo(a) quiere"?	Sí
8.4	¿Se siente solo(a)?	Sí
8.5	¿Se siente víctima?	Sí
8.6	¿Siente que todo lo que hace está equivocado?	Sí
8.7	¿Duda de todo lo que hace?	Sí
8.8	¿Se siente culpable de los problemas de la familia?	Sí
8.9	¿Tiene poco amigos?	Sí
8.10	¿Le gusta causar lástima a los demás?	Sí

puede afirmar que existe una relación entre el autoconcepto y el rendimiento, aunque no hay un acuerdo sobre la dirección de la influencia. El autoconcepto general es una característica estable formada a través de muchas experiencias a lo largo del tiempo; intentar alterar el autoconcepto con intervenciones experimentales relativamente breves puede ser difícil.

## 9. DISTIMIA

Trastorno afectivo hacia el polo de la tristeza y de los sentimientos, acompañado de pensamientos negativos y pesimistas. Los sentimientos de culpa y de reproche son casi constantes y relacionados con deficiencias e insuficiencias del ego.

Tabla 5-9. Reactivos y respuestas en el factor Distimia

Número de factor	Reactivos	Respuestas
9.1	¿Parece estar triste?	Sí
9.2	¿Llora mucho y sin motivo?	Sí
9.3	¿Teme que él(ella) u otros familiares cercanos se vayan a morir?	Sí
9.4	¿Muestra interés por jugar con otros niños?	No
9.5	¿Ha manifestado que quisiera morir o alguna otra idea similar?	Sí
9.6	¿Se queja de cansancio con frecuencia?	Sí
9.7	¿Piensa que algo malo va a sucederle a su familia?	Sí
9.8	¿Es pesimista o negativo(a)?	Sí

En los niños, la distimia y el desinterés social son formas leves de depresión y se manifiestan de modo diferente al adulto; en la infancia la distimia se presenta con somatización, hipodesarrollo físico y pobre motivación a la escuela.

## 10. SOCIALIZACIÓN

La socialización es el desarrollo de patrones conductuales que le permiten al niño integrarse en la sociedad en la que desarrolla su vida. Se inicia con el nacimiento, a partir del cual se somete al neonato a un proceso de "inmersión social", conformado por masivas intervenciones de variada entidad y calidad, e influidas por todos los agentes y agencias sociales que le rodean, así como de las normas y convencionalismos sociales y culturales del grupo en que vive. Desde el nacimiento, las respuestas interactivas emergen y se transforman en interacciones sociales más complejas y coordinadas. Durante el primer año, los infantes son capaces de distinguir y reaccionar de manera apropiada a las expresiones emocionales de quienes los cuidan; la forma de interacción social después de los dos años de edad llega a ser cada vez más variada, los niños en esta edad muestran diversos grados de conocimiento social, juego cooperativo, entendiendo las sensaciones de otros y de las normas sociales. Para los tres años, los niños pueden formar un cierto razonamiento muy sofisticado sobre los lazos sociales, comprenden la conexión entre sus propias acciones y el estado de dolor de los demás, de la cólera o de la diversión; su poder de entendimiento y del conocimiento de reglas sociales puede usarse

para conseguir su propia manera de ser. Para el final de esta edad, los niños no sólo reconocen lo que desean los demás, sino que tienen la idea de que muchas veces los demás esperan que compartan (Dunn y Hendrick, 1982). Según Harris y Goss (1988), alrededor de los cuatro años de edad, los niños consideran los deseos de otros en predecir su estado emocional; también se implican en intercambios sociales, y compartir con amigos y pares suele ser una norma muy bien dominada; Straye (1986) afirmó que los niños se orientan más interpersonalmente con los demás. Por otra parte, a la edad de cuatro años, todavía es temprano para detectar y prevenir cualquier dificultad posible en el desarrollo social.

El papel del desarrollo social ha sido abordado a partir de diversas teorías (véase Sullivan, 1953; Stone y Church, 1979; Piaget, 1952; Freud en Bischof, 1979) y, dentro de las contemporáneas cabe destacar a la perspectiva constructivista desde la que Azmitia (1988) y Hartup (2001) introdujeron la noción de que la calidad de los lazos entre los pares que interactúan de manera recíproca con el sujeto pueden contribuir al crecimiento y al desarrollo cognoscitivo y socio-cognoscitivo. Desde esta perspectiva, Vigotsky (1978) argumenta que la cognición se origina en la interacción y, en centros sociales, en la apropiación de las herramientas culturales de los ni-

ños, metas y actividades, que internan para hacerlos miembros funcionales de su sociedad. Desarrolló el término "Zona de desarrollo próximo" (ZDP) para explicar el significado de las interacciones sociales y que representa la distancia entre lo que podría hacer el niño independientemente y lo que podría hacer con la colaboración o ayuda de otros; este autor indica que la ayuda por lo general es proporcionada por los padres. En tiempos recientes, investigadores tales como Tudge (1992) y Rogoff (1990) han argumentado que los pares pueden desempeñar también un papel constructivista.

## 11. COMPETENCIA SOCIAL

Habilidad para iniciar o mantener relaciones con adultos e iguales, tanto duales como de grupo. La formación de competencias sociales se inserta en el proceso del desarrollo social del niño y a su vez conlleva cambios paulatinos principalmente en tres áreas: social-afectiva, social-cognitiva y de conducta o comportamiento. En este programa la competencia social es conceptualizada como una capacidad de ajuste y convivencia en el grupo social.

**Tabla 5-10. Reactivos y respuestas en el factor Socialización**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
10.1	¿Se burlan de él(ella) en la escuela?	Sí
10.2	¿Tiene dificultad para hacer amigos?	Sí
10.3	¿Es rechazado(a) por sus hermanos o compañeros?	Sí
10.4	¿Pasa mucho tiempo a solas?	Sí
10.5	¿Le hace falta tener un amigo preferido?	Sí
10.6	¿Participa activamente en juegos de grupo?	No
10.8	¿Se disculpa por errores cometidos?	No
10.9	¿Demuestra interés por las actividades de otros?	No

**Tabla 5-11. Reactivos y respuestas en el factor Competencia social**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
11.1	¿Habla mucho?, ¿casi nunca está callado(a)?	Sí
11.2	¿Se ríe por todo?	Sí
11.3	¿Hace bromas pesadas o de mal gusto?	Sí
11.4	¿Interrumpe la conversación de otros?	Sí
11.5	¿Pregunta cosas que apenas o abochoran a otros?	Sí
11.6	¿Trata de ser el centro de atención?	Sí
11.7	¿Se comporta adecuadamente en fiestas y actos escolares?	No
11.8	¿Saluda cuando hay visitas?	No
11.9	¿Dice "por favor" cuando pide las cosas?	No
11.10	¿Llama a las personas por sus nombres?	No

## 12. RASGOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

Patrones de conducta [compulsión] y pensamiento [obsesión] que tienden a ser repetitivos y generar

maladaptación al medio; las obsesiones suelen acompañarse de ansiedad, la cual se reduce con la compulsión. La identificación en el niño se hace mediante el señalamiento de las conductas ritualistas, repetitivas o de las ideas persistentes.

**Tabla 5-12 Reactivos y respuestas en el factor Rasgos obsesivo-compulsivos**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
12.1	¿Es testarudo(a) o terco(a)?	Sí
12.2	¿Insiste en hacer las cosas del mismo modo?	Sí
12.3	¿Habla persistentemente de un mismo tema?	Sí
12.4	¿Repite la misma acción una y otra vez?	Sí
12.5	¿Repite haciendo "eco" a las palabras que otros dicen?	Sí
12.6	¿Presenta algún manierismo? (chuparse el dedo, persignarse, agarrarse el pelo, etc.)	Sí
12.7	¿Tiende a ser perfeccionista?	Sí
12.8	¿Tiene una rutina inflexible?	Sí

## 13. LABILIDAD AFECTIVA

Inestabilidad de ánimo, tendencia al cambio frecuente de humor, presentando una docilidad excesiva ante los estímulos y condiciones ambientales. En estos casos, la conducta del niño es influida de manera significativa por estados afectivos extremos: depresión, euforia, ira, etcétera. La labilidad afectiva es un síntoma de numerosas condiciones físicas y psicológicas.

Piaget (1950, citado por Ginsburg y Opper, 1992) sostiene que la inteligencia y el afecto nunca se pueden separar, siempre hay sentimientos vinculados con el pensamiento y siempre hay un tipo de conocimiento acerca de los propios sentimientos. Así es como los cambios derrotistas en el pensamiento y en los conocimientos influyen de

modo inevitable en la conducta interpersonal y también en la solución de problemas. Las realidades sin fundamento con respecto al trabajo en clase, si se exageran en la forma y se complican con algún elemento emocional, pueden convertirse en serio "bloqueo para el aprendizaje." (Strommen, Mckinney y Fitzgerald, 1982).

## 14. PSICOSIS

Trastorno psiquiátrico grave, caracterizado por profundas alteraciones orgánicas que conducen

**Tabla 5-13 Reactivos y respuestas en el factor Labilidad afectiva**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
13.1	¿Cambia de humor muy rápidamente?	Sí
13.2	¿Sus sentimientos son heridos fácilmente?	Sí
13.3	¿Pasa del llanto a la risa o viceversa?	Sí
13.4	¿Sus reacciones emocionales son desconcertantes?	Sí

**Tabla 5-14. Reactivos y respuestas en el factor Psicosis**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
14.1	¿Evita mirar a los ojos cuando se le habla?	Sí
14.2	¿Oye cosas sin que haya alguien que las diga?	Sí
14.3	¿Tiene ideas "extrañas"?	Sí
14.4	¿Es desconfiado(a) de los demás?	Sí
14.5	¿Tiende a jugar o a hablar solo(a)?	Sí
14.6	¿Tiene interés por lo que sucede a su alrededor?	No
14.7	¿Dice ver bichos o animales inexistentes?	Sí

en términos estructurales a un fallo primario del yo. Esa psicosis es una alteración que acarrea un defecto profundo en la capacidad de establecer relaciones objetales y que implica un desprendimiento del contacto cotidiano con la realidad. En la psicosis pueden haber alucinaciones, asociación de ideas inconexas, ideas de referencia y afectación del contacto con los demás. En los niños se refiere a conductas motivadas internamente y a una incapacidad de comunicarse de manera afectiva y cognitiva con el entorno.

## 15. SUEÑO

El sueño es un estado fisiológico de relativa "inconsciencia" e inacción de los músculos voluntarios, que de modo periódico se hace necesario, alternado con los estados de vigilia. La privación del sueño comporta un efecto psicopatológico debido a que provoca un estado de gran excitación, angustia y confusión. Este factor intenta identificar las alteraciones del sueño normal. Un ciclo de sueño/vigilia normal es indispensable para el funcionamiento normal del niño. El sueño normal de los humanos consiste de cinco fases o estadios definibles – fases 1 a 5 y el sueño con movimientos oculares rápidos (MOR); estas fases progresan de manera cíclica a lo largo del periodo de sueño casi cada 90 minutos. El momento y calidad del sueño están en principio relacionados con la interacción entre los efectos promotores del sueño del impulso homeostático del mismo [es decir, la necesidad de dormir que se acumula como una función del estado alerta previo y que es disminuida sólo por el dormir] y los efectos alertan-

**Tabla 5-15. Reactivos y respuestas en el factor Sueño**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
15.1	¿Tiene dificultad para dormir?	Sí
15.2	¿Se despierta agitado(a) a media noche?	Sí
15.3	¿Luce somnoliento(a) la mayor parte del día?	Sí
15.4	¿Duerme muy poco?	Sí
15.5	¿Tiene pesadillas?	Sí
15.6	¿Camina dormido(a)?	Sí

tes del reloj biológico localizado en el núcleo supraquiasmático (NS) en el hipotálamo. Los efectos alertantes se oponen al impulso homeostático del sueño en momentos predecibles y permiten que existan periodos consolidados de despertar. El sueño consolidado [es decir, periodos caracterizados por bajos efectos alertantes del reloj biológico y un elevado impulso homeostático del sueño] ocurre durante la noche en la mayoría de las personas. Los animales experimentales y humanos a quienes se les ha destruido el NS no tienen periodos extendidos de despertar consolidado o sueño consolidado.

## 16. PSICOMOTRICIDAD

Término que se utiliza para clasificar la conducta motora infantil buscando una concordancia entre la actividad psíquica del niño y las características de su movilidad. Implica la habilidad del sujeto para ejecutar acciones motoras tanto finas como gruesas, que le permiten adaptarse a su ambiente y jugar. Este es un factor de valía para estimar tanto el desarrollo físico como el psicológico.

El concepto de psicomotricidad se refiere a la relación entre el desarrollo motor, intelectual y afectivo. La adquisición del control de los diversos

**Tabla 5-16 Reactivos y respuestas en el factor Psicomotricidad**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
16.1	¿Es torpe en sus movimientos?	Sí
16.2	¿Tiene problemas para cachar una pelota?	Sí
16.3	¿Se cae muy seguido?	Sí
16.4	¿Se cae cuando se le pide que ande en un solo pie?	Sí
16.5	¿Tropieza constantemente con bultos y muebles?	Sí
16.6	¿Puede cortar una figura de papel respetando los bordes de ésta?	No
16.7	¿Tiene dificultades para subir escaleras?	Sí
16.8	¿Se le cae su comida cuando come solo?	Sí

grupos musculares (patrones de conducta motriz) posibilitan las adaptaciones intelectuales y las conductas emocionales. La maduración de la percepción es una parte indisoluble del desarrollo motor: permite la asimilación del esquema corporal, es decir, la vivencia del propio cuerpo; el niño percibe su propio cuerpo y trata de ubicarlo en el espacio que capta con sus sentidos, esta tarea culmina al final del primer año.

Más tarde, con el nacimiento de la función simbólica sobre el cuerpo (esquema corporal), se superpone un cuerpo representado (imagen corporal), paralelo a la imagen mental de los objetos externos. A partir de este momento hay una independencia de las funciones intelectuales que se habían desarrollado asociadas a las habilidades psicomotoras.

Una alteración del desarrollo psicomotor puede derivar en una alteración de los procesos intelectuales.

## 17. ALIMENTACIÓN

Este factor se refiere a las alteraciones de la conducta de comer, como hacerlo en demasía o por debajo del gasto calórico del sujeto. La conducta de comer, como otras en el ser humano, va más allá de la mera satisfacción de la necesi-

**Tabla 5-17 Reactivos y respuestas en el factor Alimentación**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
17.1	¿Come bien?	No
17.2	¿Su peso es adecuado para su edad?	No
17.3	¿Se le tiene que obligar a comer?	Sí
17.4	¿Come con desesperación (como si le fueran a quitar la comida)?	Sí
17.5	¿Juguetea la comida en vez de comerla?	Sí
17.6	¿Vomita después de comer?	Sí
17.7	¿Come cosas inusuales como papel, madera, yeso, etc.?	Sí

**Tabla 5-18. Reactivos y respuestas en el factor Organicidad**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
18.1	¿Parece confundido(a)?	Sí
18.2	¿A veces no sabe dónde está?	Sí
18.3	¿Todo se le olvida?	Sí
18.4	¿Sus ojos presentan movimientos raros? <sup>2</sup>	Sí
18.5	¿Tarda en reaccionar cuando se le habla?	Sí
18.6	¿Se mareo o tiene zumbidos de oído?	Sí
18.7	¿Se babea?	Sí
18.8	¿Padece de ataques?	Sí

dad primaria [hambre]; se asocia a problemas emocionales del niño y a formas de reaccionar ante situaciones familiares específicas.

## 18. ORGANICIDAD

Se refiere a las manifestaciones de alteraciones funcionales o estructurales del sistema nervioso; éstas pueden ser específicas e identificables o inespecíficas y vagas. Por lo general, la organicidad es un dato clínico, por ejemplo el nistagmo, la espasticidad muscular o la hiperreflexia, o simplemente puede inferirse por resultados de evaluaciones psicológicas como la prueba de Bender. La presencia de organicidad se considera como un factor de riesgo para el desarrollo humano.

## 19. PROBLEMAS FÍSICOS

Se refiere a los problemas de salud, el término salud física indica una armonía y equilibrio funcional en el cuerpo humano, ya que la falta de ésta provoca una enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad. Aunque los principales factores causales de la muerte y enfermedad están relacionados con el estilo de vida, este rasgo se enfoca a los órganos corporales y al funcionamiento biológico.

<sup>2</sup> Nota: esta pregunta se refiere al nistagmus.

**Tabla 5-19 Reactivos y respuestas en el factor Problemas físicos**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
19.1	¿Se orina por las noches?	Sí
19.2	¿Tiene problemas de salud?	Sí
19.3	¿Falta a la escuela por enfermedad muy frecuentemente?	Sí
19.4	¿Ha tenido al menos dos accidentes que ameriten consultar con el médico?	Sí
19.5	¿Le da catarro o gripa muy seguido?	Sí
19.6	¿Es alérgico(a) a algo?	Sí
19.7	¿Tiene problemas en la piel?	Sí
19.8	¿Padece alguna enfermedad crónica (asma, migraña, etc.)?	Sí

## 20. CONDUCTA ADAPTATIVA

La conducta adaptativa es "el desempeño de actividades diarias que se requieren para la suficiencia personal y social" (Doll, 1984, en Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997). Esta conducta incluye tres principios básicos: a) se relaciona con la edad, b) se define con los estándares normativos de una población particular, y c) se define por el desempeño típico, no por la habilidad.

Según Schmidt y Salvia, 1984 [en Salvia e Ysseldyke, 1997], la conducta adaptativa es la manera en que los individuos se adaptan a los requerimientos de su ambiente físico y social; además, permite que los individuos continúen su vida al evitar los peligros y asumir las precauciones razonables para garantizar su seguridad; implica la capacidad para prosperar en el momento o situación que se esté viviendo sea bueno o malo.

La conducta adaptativa demanda la preparación para responder en situaciones presentes o futuras del medio en el que se desenvuelve la persona; debe considerar las demandas del ambiente físico que rodea a la persona y las expectativas de la cultura en la que se encuentra. El entorno físico, el conocimiento y la habilidad necesarios para evitar el peligro o para reaccionar de manera apropiada cuando se está en peligro, varían de manera considerable de un ambiente a otro.

La conducta adaptativa no es sinónimo de la capacidad para comportarse de manera apropiada: el individuo no sólo debe ejecutar de manera regular una conducta determinada, sino que ha de hacerlo sin incitación o ayuda. En términos sociales, es aquella que alcanza los niveles medios de responsabilidad y autonomía exigidos por la sociedad al individuo en función de su edad, el grupo al que pertenece y la función que desempeña.

La falta de capacidad del sujeto en acoplarse a las demandas naturales y de su propio ambiente [déficit de la conducta adaptativa] es uno de los criterios utilizados para el diagnóstico de la discapacidad intelectual.

## 21. LECTURA

La lectura supone un proceso complejo de eventos psicomotrices, lingüísticos y socioafectivos; es una habilidad escolar trascendental y, aunque se sabe que leer es una conducta inteligente que exige de una actividad mucho más compleja de lo que se supone y que su aprendizaje involucra el desarrollo de habilidades para el reconocimiento de las grafías que componen una palabra, oración o párrafo, de

**Tabla 5-20 Reactivos y respuestas en el factor Conducta adaptativa**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
20.1	¿Dice la fecha cuando se le pregunta?	No
20.2	¿Puede decir la hora del reloj?	No
20.3	¿Reconoce el valor de las monedas?	No
20.4	¿Se amarra por sí solo(a) los cordones de sus zapatos?	No
20.5	¿Puede dar un recado o mensaje completo?	No
20.6	¿Se viste solo(a)?	No
20.7	¿Puede distinguir su lado derecho del izquierdo?	No
20.8	¿Evita manipular sustancias que son peligrosas, como insecticidas, ácidos, etc.?	No
20.9	¿Puede comer solo?	No

manera tradicional la lectura ha sido concebida como un acto mecánico de decodificación de unidades gráficas en unidades sonoras, en el cual el lector pasa sus ojos sobre lo impreso, recibiendo y registrando un flujo de imágenes perceptivo-visuales.

En los últimos años, la lectura ha ocupado un lugar relevante en las apreciaciones del desempeño escolar; sin embargo, la investigación educativa sobre la eficiencia en la lectura y los problemas de aprendizaje es escasa y poco útil para el maestro de primaria.

A pesar de la importancia de la lectura como indicador de la aptitud académica, muchos lectores deficientes pasan desapercibidos, si se considera que sólo cerca de un tercio de los reprobados en la primaria son referidos al subsistema de educación especial para recibir ayuda adicional, en muchos casos relacionada con el apoyo a las habilidades de lectura (Sánchez y Cantón, 1994).

Además, la experiencia cotidiana ha demostrado que existe un fuerte vínculo entre los niños con fracaso escolar referidos a educación especial por problemas de aprendizaje y la presencia de lectura deficiente, lo que hace imprescindible y relevante poder contar con un instrumento estandarizado capaz de dar un diagnóstico confiable del nivel de lectura de un niño de primaria; la investigación sobre la relación de la lectura con el desempeño escolar, con contadas excepciones, ha sido pobre e inconsistente en los últimos años (Gómez-Palacio, 1987; Acle y Olmos, 1995, 1998).

El niño con problemas de lectura debe llamar la atención del maestro, ya que esta deficiencia puede implicar desde un retraso en el desarrollo académico hasta un problema de aprendizaje o una incapacidad de competencia general. Aunque algunas causas son más evidentes por regiones, escuelas o servicios, no se conoce en México la distribución de la incidencia de los diferentes problemas asociados a la pobre lectura; por ejemplo, permanece sin documentar la posible existencia de más problemas de origen orgánico en escuelas de educación especial, en contraste con problemas de índole sociocultural en regiones

**Tabla 5-21. Reactivos y respuestas en el factor Lectura**

Número de factor	Reactivos*	Respuestas
21.1	¿Tiene dificultad para entender lo que lee?	Sí
21.2	¿Tiene dificultad para leer en voz alta?	Sí
21.3	Cuando lee, ¿hace pausas de acuerdo con la puntuación?	Sí
21.4	¿Tarda mucho en leer un texto breve?	Sí
21.5	Cuando lee, ¿dice una palabra por otra?	Sí

\* Se incluye un reactivo supernumerario (¿Ya puede leer algo?) que determina la aplicación del factor Lectura completo. Este reactivo carece de puntuación.

rurales marginadas del país (Sánchez y Cantón, 1997).

Los términos "problema de aprendizaje" y "problema de lectura" han sido utilizados en forma indistinta. Cuando el niño no reúne los aspectos considerados para ser un lector eficiente, o no cumple con los requerimientos de la escuela primaria, suele ser considerado como un posible caso de problema de aprendizaje por el simple hecho de presentar un problema de lectura.

Por lo anterior, resulta indispensable clarificar que la habilidad lectora es una capacidad general que depende tanto de procesos educativos como epigenéticos asociados al desarrollo físico y psicológico y que por ende el lector deficiente puede ser el resultado de la mala instrucción, desventaja sociocultural, trastornos de aprendizaje o problemas fonológicos o del desarrollo general.

## 22. ESCRITURA

La escritura, forma de expresión del lenguaje que supone una comunicación simbólica con la ayuda de signos variantes según las civilizaciones, involucra un aprendizaje complejo, en él influyen factores psicofísicos y determinadas condiciones ambientales.

Las diferentes conceptualizaciones que se manifiestan a lo largo del proceso de adquisición de la lengua escrita son: 1) representaciones e interpretaciones presilábicas; 2) representaciones e interpretaciones silábicas, 3) representaciones e interpretaciones alfabéticas.

En un primer momento, los niños consideran al dibujo y a la escritura como elementos indiferenciados; para estos niños, los textos no remiten a un significado, son interpretados como dibujos, rayas, letras y demás. Después, sus representaciones manifiestan diferencias objetivas entre una y otra, porque estiman que los textos representan los nombres de los objetos.

Las reflexiones que realiza el infante le permiten establecer una relación entre las emisiones sonoras y los textos: a una emisión sonora larga le corresponde un texto largo y a una corta le corresponde un texto corto. Luego descubre que el habla no es un todo indivisible y hace corresponder cada grafía a cada una de las sílabas que componen una palabra.

El niño construye nuevas hipótesis que lo llevan a tomar conciencia de que, en el habla, cada sílaba puede contener distintos fonemas, lo que le permitirá establecer la correspondencia entre cada grafía de la representación escrita con cada fonema de la emisión oral. Sin embargo, es necesario que el niño descubra la relación entre la secuencia gráfica y la secuencia de fonemas en el habla para

que los textos sean leídos, es decir, para que pueda obtener significado de ellos.

Los avances en la comprensión del sistema de escritura en cada infante difieren según las posibilidades que cada uno de ellos manifiesta a partir de lo que el medio social y cultural le proporcione, así como con base en que el ambiente educativo en el que se desenvuelva favorezca la interacción con este objeto de conocimiento.

### 23. FONOARTICULACIÓN

Es el medio de comunicación entre organismos o miembros de una misma especie, el lenguaje verbal es el sistema que emplean los humanos para comunicar a sus semejantes sus sentimientos e ideas; es la facultad que permite representar, expresar y comunicar ideas o sentimientos por medio de un conjunto ordenado de signos.

El lenguaje es el medio con el cual se pueden expresar y comunicar los pensamientos; obedece leyes particulares, comunes y universales. Sin embargo, para lograr comunicarse mediante el lenguaje es necesario conocer las reglas, normas y leyes de la lengua, aun cuando cada persona lo utilice de manera diferente tanto por influencia de factores externos como por su cultura, situación socioeconómica, experiencia, etc., como por la influencia de factores internos al sujeto (la atención, el cansancio y la motivación).

**Tabla 5-22. Reactivos y respuestas en el factor Escritura**

Número de factor	Reactivos*	Respuestas
22.1	¿Escribe palabras incompletas?	Sí
22.2	Cuando escribe, ¿sustituye letras?	Sí
22.3	Cuando escribe, ¿fusiona palabras? (por ej., árbolgrande)	Sí
22.4	¿Tiene escritura al espejo (al revés)? (p x q; b x d)	Sí
22.5	¿Tiene dificultades para sostener su lápiz?	Sí
22.6	Cuando se le dicta, ¿omite palabras?	Sí

\* Se incluye un reactivo supernumerario (¿Ya puede escribir algo?) que determina la aplicación del factor Escritura completo. Este reactivo carece de puntuación.

**Tabla 5-23. Reactivos y respuestas en el factor Fonoarticulación**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
23.1	¿Tiene problemas para pronunciar algunas palabras?	Sí
23.2	¿Tiene dificultades para pronunciar algunas letras o sonidos?	Sí
23.3	¿Su vocabulario es escaso o pobre para su edad?	Sí
23.4	Cuando habla, ¿se "come" letras o palabras?	Sí
23.5	¿Contesta con monosílabos (sí, no, ajá) la mayor parte del tiempo?	Sí
23.6	¿Tartamudea?	Sí

El lenguaje es un sistema complejo organizado por leyes y reglas que gobiernan su funcionamiento; es un sistema de símbolos, cada uno de ellos con un sonido propio, llamados fonemas. La secuencia de fonemas forma sílabas, las cuales, a través de las reglas de combinación, forman morfemas; los morfemas son unidades de significado que combinadas forman enunciados, conceptos e ideas.

Por lo anterior, el lenguaje humano está doblemente articulado: la primera articulación, a nivel de significado, la constituyen los morfemas y la segunda, a nivel de sonido, los fonemas. Estos dos niveles tienen gran importancia, ya que para comunicarse es necesario tener tanto sentido [significado] como registro [sonido]. A la relación del registro de la expresión verbal o escrita con su significado se le llama signo lingüístico; estos signos son las piedras de construcción del lenguaje.

## 24. INTELIGENCIA

Término utilizado para designar la capacidad de entender, comprender e inventar; su amplísimo espectro semántico refleja la idea clásica según la cual el hombre, por su inteligencia es, en cierto modo, todas las cosas. Nivel o facultad cognoscitiva, función intelectual simple, nota esencial del hombre, principio espiritual y ente inmaterial, capacidad de adaptación y otros; en pocas palabras, concepto difícil de definir, que todo el mundo sabe lo que significa.

La medición de la inteligencia se ha vuelto un procedimiento cada vez más común en diferentes ámbitos laborales, escolares, industriales y clínicos. Cada vez más importantes decisiones son hechas con base en los resultados de la medición del concepto de inteligencia, por lo que el establecimiento de propiedades psicométricas tales como la validez, la confiabilidad y la adecuación de la prueba a patrones culturales específicos, resulta cada vez más importante de establecer para delimitar la idoneidad de la medición de este constructo y de sus limitaciones y delimitaciones (Aiken, 1996).

**Tabla 5-24 Reactivos y respuestas en el factor Inteligencia**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
24.1	¿Tiene dificultad para entender instrucciones?	Sí
24.2	¿Tarda mucho en contestar las preguntas en clase?	Sí
24.3	¿Tiene dificultad para adaptarse a nuevas situaciones?	Sí
24.4	¿Tiene dificultad para resolver problemas de sentido común?	Sí
24.5	¿Dice cosas que son ilógicas o tontas?	Sí
24.6	¿Tiene dificultades para entender lo que se le explica?	Sí
24.7	¿Puede responder a una adivinanza?	No
24.8	¿Entiende las reglas de juegos sencillos?	No
24.9	¿Puede sumar el valor de al menos tres monedas?	No

## 25. DESEMPEÑO ESCOLAR

Este factor se refiere a las conductas directamente relacionadas con el éxito escolar, el aprendizaje y la confrontación de exigencias en la escuela. Explora de modo indirecto problemas debidos a la motivación hacia la escuela, instrucción y ajuste al ámbito escolar.

**Tabla 5-25 Reactivos y respuestas en el factor Desempeño escolar**

Número de factor	Reactivos	Respuestas
25.1	¿Tiene interés por aprender?	No
25.2	¿Hace su tarea regularmente?	No
25.3	¿Parece que va obligado a clases?	Sí
25.4	Sus calificaciones, con relación a su grupo, ¿son bajas?	Sí
25.5	¿Tiene dificultades para aprender aunque se esfuerce?	Sí
25.6	¿Hace los ejercicios de clase más lentamente que sus compañeros?	Sí
25.7	¿Falta mucho a clases?	Sí



## HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

### I. DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

El DSM-III-R [1988] define al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como un conjunto de síntomas que se caracterizan por una falta de atención, hiperactividad e impulsividad que se manifiesta en la escuela, la casa y otras situaciones sociales. Uriarte [1989] menciona que la hiperactividad es el problema psiquiátrico más común en la edad preescolar y escolar, además que es una de las patologías menos comprendidas, por lo que se comete gran número de errores en su diagnóstico y tratamiento.

El infante presenta un déficit de atención con o sin una excesiva actividad motora. Esta actividad puede ser abundante y generalizada o limitada al nerviosismo y a la inquietud; puede tener un carácter general no excesivo y advertirse por el hecho de que el [la] niño(a) no puede responder a la exigencia de inhibir su actividad cuando es el momento oportuno de hacerlo. No debe ser una reacción breve y transitoria tras un estrés, sino presentarse por un periodo significativo. La falta de atención y la distractibilidad representan otros rasgos esenciales. En la escuela interfieren en la capacidad para trabajar y seguir las instrucciones, en tanto que, en el hogar, el [la] niño(a) no sigue con frecuencia las demandas de los padres; en los juegos grupales no se atiene a las reglas de los mismos. Concomitantes frecuentes son la impulsividad, variabilidad, labilidad emocional e irritabilidad explosiva. El DSM-III-R, asocia la hiperactividad al déficit de atención, pero considera el déficit de atención sin hiperactividad como una entidad factible.

Por lo general los síntomas del TDAH se manifiestan en la escuela o en el lugar en donde el niño realiza el trabajo; la falta de atención e impulsividad se ponen de manifiesto cuando el niño no parece entender lo que el maestro acaba de explicar, provocando que las tareas que realiza sean de forma inadecuada. La impulsividad, por su parte, se presenta al hacer comentarios fuera del tema que se está tratando, al interrumpir al maestro y a los compañeros con brusquedad, al no poder esperar su turno en el juego y demás [Kaplan y Kinsbourne, 1990].

Los manuales DSM-III-R [1988] y el DSM-IV [1994] reportan que la prevalencia de este trastorno es de 3% en la población infantil, siendo más frecuente en niños que en niñas. En la mitad de los casos el TDAH aparece antes de los cuatro años, pero no es identificado sino hasta que el niño entra en la escuela, por lo que es de suma trascendencia que esta condición sea detectada en la escuela primaria, a través de la identificación de los rasgos conductuales que indiquen la posibilidad de que el niño presenta dicha alteración.

En la casa, este trastorno se manifiesta con una falta de atención o una incapacidad para seguir las instrucciones y en cambios frecuentes de una actividad no terminada a otra; interrumpe con frecuencia a sus padres o hermanos y realiza actividades riesgosas ya que no mide las consecuencias de éstas [Renshaw, 1991].

De acuerdo con el DSM-IV [1994] las manifestaciones de los síntomas persisten durante toda la niñez. Con demasiada frecuencia, el ne-

gativismo desafiante o el trastorno de conducta terminan apareciendo en los niños con TDAH y esto tal vez conlleve consecuencias graves cuando el niño llegue a la edad adulta.

Los padres y maestros con su apoyo pueden acelerar la maduración del niño ofreciéndole las oportunidades para descargar su energía destructiva en un ambiente seguro. Tomando en cuenta estas expectativas evolutivas, muchos niños hiperactivos pueden ser tratados médicamente, pero sin el apoyo del tratamiento psicológico la superación de este trastorno no alcanzaría los niveles deseables.

El DSM-IV (1994) propone los siguientes subtipos de TDAH:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado. Este diagnóstico se establece con la presencia de seis o más síntomas de inatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad, de por lo menos seis meses de duración.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio de inatención. Este diagnóstico se determina con la presencia de seis o más síntomas de inaten-

**Tabla 6-1. Déficit de atención con o sin hiperactividad**

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.1	¿Es desobediente?	2
1.2	¿Ignora las órdenes que se le dan?	2
4.1	¿Se distrae con facilidad?	2
4.2	¿Parece "no escuchar" cuando se le llama?	2
4.3	¿Tiene dificultad para concentrarse en una sola tarea?	2
4.4	¿Requiere que se le repitan las órdenes o preguntas más de una vez?	2
4.5	¿Tarda mucho en hacer su tarea?	1
4.6	¿Termina las cosas que comienza?	2
4.7	¿Por momentos parece como "ausente"?	2
4.8	Cuando se le pide más de un favor, ¿olvida hacer algo?	2
4.9	¿Tiene problemas para atender a un cuento o narración?	2
5.1	¿Exige que se le den las cosas de inmediato?	2
5.2	¿Hace las cosas precipitadamente?	2
5.3	¿Actúa sin pensar?	2
5.4	¿Piensa antes de contestar lo que se le pregunta?	2
5.5	¿Tiene dificultades para esperar su turno?	3
6.1	¿Es muy inquieto(a)?	2
6.2	¿Es muy activo(a)?	2
6.3	¿Rara vez puede quedarse sentado(a)?	2
6.4	¿Parece como si tuviera "un motor" que lo(a) impulsa?	3
6.5	Cuando ve un programa de T.V., ¿permanece abstraído(a)?	2
6.6	¿Termina muy rápido sus tareas, aunque sea de forma incorrecta?	2
6.7	¿Agarra todo lo que ve?	2
6.8	¿Hay que vigilarlo(a) más que a otros niños?	2
7.1	¿Es un(a) niño(a) intranquilo(a)?	1
10.3	¿Es rechazado(a) por sus hermanos o compañeros?	1
11.4	¿Interrumpe la conversación de otros?	1
17.4	¿Come con desesperación (como si le fueran a quitar la comida)?	2
18.5	¿Tarda en reaccionar cuando se le habla?	2
19.4	¿Ha tenido al menos dos accidentes que ameriten consultar con el médico?	1
	TOTAL	57
	Umbral de sospecha	46
	Umbral de probabilidad	42
30	← Total de reactivos en este diagnóstico	

ción [y menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad], de por lo menos seis meses de duración.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio de hiperactividad-impulsividad. Este diagnóstico se asigna con la presencia de seis ó más síntomas de hiper-

ractividad-impulsividad [y menos de seis de inatención].

## II. DISFUNCIÓN CEREBRAL

Cuadro en que factores debidos a daño o disfunción del Sistema Nervioso Central (SNC)

Tabla 6-2. Disfunción cerebral

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.2	¿Ignora las órdenes que se le dan?	2
1.10	¿Insulta y dice muchas groserías?	1
2.1	¿Le pega a sus hermanos o compañeros de clase?	1
2.3	¿Rompe cosas a propósito? (por ej., vasos, juguetes, adornos)	1
2.6	¿Tiene marcada preferencia por películas o programas de T.V. violentos?	1
2.10	Si algo le molesta, ¿se lastima intencionalmente?	1
3.1	¿Es temperamental o berrinchudo(a)?	1
3.2	¿Se enoja fácilmente?	1
3.3	¿Pierde la calma con facilidad?	1
4.1	¿Se distrae con facilidad?	2
4.2	¿Parece "no escuchar" cuando se le llama?	2
4.3	¿Tiene dificultad para concentrarse en una sola tarea?	1
4.7	¿Por momentos parece como "ausente"?	2
4.8	Cuando se le pide más de un favor, ¿olvida hacer algo?	2
4.9	¿Tiene problemas para atender a un cuento o narración?	1
5.2	¿Hace las cosas precipitadamente?	1
5.3	¿Actúa sin pensar?	1
5.4	¿Piensa antes de contestar lo que se le pregunta?	1
5.5	¿Tiene dificultades para esperar su turno?	1
6.1	¿Es muy inquieto(a)?	1
6.2	¿Es muy activo(a)?	1
6.3	¿Rara vez puede quedarse sentado(a)?	1
6.4	¿Parece como si tuviera "un motor" que lo(a) impulsa?	1
6.5	Cuando ve un programa de T.V., ¿permanece abstraído(a)?	1
7.9	¿Tiene algún tic?	2
9.2	¿Llora mucho y sin motivo?	1
9.6	¿Se queja de cansancio con frecuencia?	1
12.6	¿Presenta algún manierismo? (chuparse el dedo, persignarse, etc.)	2
13.1	¿Cambia de humor muy rápidamente?	1
14.1	¿Evita mirar a los ojos cuando se le habla?	1
14.2	¿Oye cosas sin que haya alguien que las diga?	1
14.5	¿Tiende a jugar o a hablar solo?	1
14.7	¿Dice ver bichos o animales inexistentes?	3
15.1	¿Tiene dificultad para dormir?	1
15.2	¿Se despierta agitado(a) a media noche?	2
15.3	¿Luce somnoliento(a) la mayor parte del día?	2
15.5	¿Tiene pesadillas?	1
15.6	¿Camina dormido(a)?	2
16.1	¿Es torpe en sus movimientos?	1
16.2	¿Tiene problemas para cachar una pelota?	1
16.3	¿Se cae muy seguido?	1
16.4	¿Se cae cuando se le pide que ande en un solo pie?	1

Tabla 6-2. Disfunción cerebral (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
16.5	¿Tropieza constantemente con bultos y muebles?	1
17.4	¿Come con desesperación (como si le fueran a quitar la comida)?	2
17.7	¿Come cosas inusuales como papel, madera, yeso, etc.?	2
18.1	¿Parece confundido(a)?	2
18.2	¿A veces no sabe donde está?	2
18.3	¿Todo se le olvida?	2
18.4	¿Sus ojos presentan movimientos raros?	2
18.5	¿Tarda en reaccionar cuando se le habla?	2
18.6	¿Se mareo o tiene zumbidos de oído?	2
18.7	¿Se babea?	2
18.8	¿Padece de ataques?	2
19.1	¿Se orina por las noches?	1
19.4	¿Ha tenido al menos dos accidentes que ameriten consultar con el médico?	1
20.1	¿Dice la fecha cuando se le pregunta?	1
20.7	¿Puede distinguir su lado derecho del izquierdo?	2
21.1	¿Tiene dificultad para entender lo que lee?	1
21.4	¿Tarda mucho en leer un texto breve?	1
22.4	¿Tiene escritura al espejo (al revés)? (p x q; b x d)	1
22.6	Cuando se le dicta, ¿omite palabras?	1
23.2	¿Tiene dificultades para pronunciar algunas letras o sonidos?	1
23.3	¿Su vocabulario es escaso o pobre para su edad?	1
23.4	Cuando habla, ¿se "come" letras o palabras?	1
23.6	¿Tartamudea?	1
24.1	¿Tiene dificultad para entender instrucciones?	1
24.2	¿Tarda mucho en contestar las preguntas en clase?	1
24.4	¿Tiene dificultad para resolver problemas de sentido común?	1
24.5	¿Dice cosas que son ilógicas o tontas?	1
24.7	¿Puede responder a una adivinanza?	1
25.5	¿Tiene dificultades para aprender aunque se esfuerce?	1
	TOTAL	94
	Umbral de probabilidad	28
	Umbral de sospecha	35
71	← Total de reactivos en este diagnóstico	

limitan la capacidad del niño de aprender o desempeñarse de modo adecuado en la escuela o en los juegos o situaciones que exigen de competencia social. El cuadro clínico muestra evidencia de compromiso neuronal o fisiológico.

Aunque, en el ámbito escolar es difícil evaluar datos y signos clínicos referentes a disfunción cerebral, algunas veces los padres de familia y los maestros observan manifestaciones atípicas en el niño que, al ser referidas, dan indicios de un problema relacionado con organicidad; razón por la cual ¡Detector! explora estos aspectos en el niño.

### III. TRASTORNO AFECTIVO

En esta categoría se incluyen las alteraciones que afectan el estado de ánimo del niño, por lo general hacia la depresión y anhedonia. Esta categoría debe hacer sospechar de depresión infantil, distimia y otros trastornos del afecto, al hallar alguno de los signos psicopatológicos, como ambivalencia afectiva, coexistencia de sentimientos contrapuestos, perplejidad, incapacidad de decidir, dificultad de encontrarse o situarse con respecto a sí mismo, a su entorno y su futuro; la inestabilidad, la angustia y la ansiedad son los síntomas más comunes.

Tabla 6-3. Trastorno afectivo

Número de factor	Reactivos	Puntuación
4.2	¿Parece "no escuchar" cuando se le llama?	1
4.3	¿Tiene dificultad para concentrarse en una sola tarea?	1
4.7	¿Por momentos parece como "ausente"?	2
4.8	Cuando se le pide más de un favor, ¿olvida hacer algo?	1
7.1	¿Es un(a) niño(a) intranquilo(a)?	1
7.2	¿Tiene dificultades para relajarse?	1
7.3	¿Parece preocupado(a) la mayor parte del tiempo?	1
7.4	¿Tiene temor a la oscuridad?	1
7.7	¿Se queja de dolor para no ir al colegio?	2
7.8	¿Se preocupa por lo que pudiera pasarle en el futuro?	2
7.10	¿Exige aprobación para todos sus actos?	1
8.1	¿Lucha por conseguir lo que quiere?	1
8.2	¿Cree que no puede hacer las cosas tan bien como otros niños?	1
8.3	¿Siente que "nadie lo(a) quiere"?	2
8.4	¿Se siente solo(a)?	2
8.5	¿Se siente víctima?	1
8.7	¿Duda de todo lo que hace?	2
8.8	¿Se siente culpable de los problemas de la familia?	2
8.9	¿Tiene pocos amigos?	1
8.10	¿Le gusta causar lástima a los demás?	1
9.1	¿Parece estar triste?	2
9.2	¿Llora mucho y sin motivo?	2
9.3	¿Teme que él (ella) u otros familiares cercanos se vayan a morir?	2
9.4	¿Muestra interés por jugar con otros niños?	2
9.5	¿Ha manifestado que quisiera morir o alguna otra idea similar?	3
9.6	¿Se queja de cansancio con frecuencia?	2
9.7	¿Piensa que algo malo va a sucederle a su familia?	2
9.8	¿Es pesimista o negativo(a)?	2
10.4	¿Pasa mucho tiempo a solas?	2
10.5	¿Le hace falta tener un amigo preferido?	1
10.6	¿Participa activamente en juegos de grupo?	2
11.8	¿Saluda cuando hay visitas?	1
12.3	¿Habla persistentemente de un mismo tema?	1
12.6	¿Presenta algún manierismo (chuparse el dedo, persignarse, etc.)?	1
13.1	¿Cambia de humor muy rápidamente?	1
13.2	¿Sus sentimientos son heridos fácilmente?	2
13.3	¿Pasa del llanto a la risa o viceversa?	1
14.1	¿Evita mirar a los ojos cuando se le habla?	1
14.5	¿Tiende a jugar o a hablar solo(a)?	1
14.6	¿Tiene interés por lo que sucede a su alrededor?	2
15.1	¿Tiene dificultad para dormir?	2
15.2	¿Se despierta agitado(a) a media noche?	2
15.3	¿Luce somnoliento(a) la mayor parte del día?	2
15.4	¿Duerme muy poco?	2
15.5	¿Tiene pesadillas?	1
17.1	¿Come bien?	2
17.3	¿Se le tiene que obligar a comer?	2
17.5	¿Juguetea la comida en vez de comerla?	2
18.3	¿Todo se le olvida?	1
18.5	¿Tarda en reaccionar cuando se le habla?	1
18.6	¿Se marea o tiene zumbidos de oído?	1
19.1	¿Se orina por las noches?	2

Tabla 6-3. Trastorno afectivo (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
19.2	¿Tiene problemas de salud?	1
19.3	¿Falta a la escuela por enfermedad muy frecuentemente?	1
19.8	¿Padece alguna enfermedad crónica (asma, migraña, etc.)?	1
25.1	¿Tiene interés por aprender?	2
25.5	¿Tiene dificultades para aprender aunque se esfuerce?	1
	TOTAL	86
	Umbral de probabilidad	46
	Umbral de sospecha	42
57	← Total de reactivos en este diagnóstico	

#### IV. PROBLEMA ALIMENTARIO

Esta categoría identifica a niños con exceso o insuficiencias alimentarias por problemas psicológicos o enfermedades; no pretende señalar a aquellos niños mal nutridos por encontrarse en una situación extrema o desventajosa.

La alimentación correcta es básica a lo largo de la vida, pero su importancia es decisiva en la infancia debido a las específicas necesidades del organismo en esta fase: crecimiento y desarrollo de todos los órganos, actividad física elevada y etapa de formación de hábitos, conductas y pautas de comportamiento. La alimentación tiene como función principal permitir que el cuerpo alcance, de acuerdo con sus características genéticas y raciales, sus potencialidades máximas. Los trastornos de la alimentación incluyen bulimia, ingestión episódica, incontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimento en un corto periodo [ataques de voracidad]; pica,

persistente ingestión de sustancias no nutritivas como suciedad, arcilla, yeso y papel; rumiación [acto de regurgitación de alimento del estómago a la boca, masticando la comida de nuevo y volviéndola a tragar] y anorexia mental.

#### V. PROBLEMA DE ANSIEDAD

Esta categoría identifica a los niños que presentan un cuadro de ansiedad más allá de lo esperado. Se caracteriza por signos somáticos indicativos de hiperactividad del SNC y que implican reacciones psicológicas de preocupación, angustia o incomodidad, dificultad para dormirse, sueños inquietantes, quejas somáticas como cefalea o síntomas gastrointestinales y respiratorios para los cuales no se encuentra base orgánica. Este trastorno indica un cuadro de excesiva preocupación y conducta de temor que no está centrada hacia una situación u objeto específico [como la separación de los padres] y no se debe a un estrés agudo.

Tabla 6-4. Problema alimentario

Número de factor	Reactivos	Puntuación
17.1	¿Come bien?	2
17.2	¿Su peso es adecuado para su edad?	2
17.3	¿Se le tiene que obligar a comer?	2
17.4	¿Come con desesperación (como si le fueran a quitar la comida)?	2
17.5	¿Juguetea la comida en vez de comerla?	2
17.6	¿Vomita después de comer?	2
17.7	¿Come cosas inusuales como papel, madera, yeso, etc.?	2
	TOTAL	14
	Umbral de probabilidad	6
	Umbral de sospecha	8
7	← Total de reactivos en este diagnóstico	

Tabla 6-5. Problema de ansiedad

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.1	¿Es desobediente?	1
3.1	¿Es temperamental o berrinchudo(a)?	1
3.3	¿Pierde la calma con facilidad?	2
3.4	¿Grita por todo?	1
3.5	¿Sus demostraciones afectivas son exageradas?	1
5.1	¿Exige que se le den las cosas de inmediato?	1
5.2	¿Hace las cosas precipitadamente?	1
5.3	¿Actúa sin pensar?	2
5.5	¿Tiene dificultades para esperar su turno?	1
6.1	¿Es muy inquieto(a)?	2
6.2	¿Es muy activo(a)?	2
6.6	¿Termina muy rápido sus tareas, aunque sea de forma incorrecta?	1
6.7	¿Agarra todo lo que ve?	2
6.8	¿Hay que vigilarlo(a) más que a otros niños?	1
7.1	¿Es un(a) niño(a) intranquilo(a)?	3
7.2	¿Tiene dificultades para relajarse?	2
7.3	¿Parece preocupado la mayor parte del tiempo?	2
7.4	¿Tiene temor a la oscuridad?	3
7.5	¿Se separa fácilmente de los padres?	3
7.6	¿Se come las uñas?	2
7.7	¿Se queja de dolor para no ir al colegio?	1
7.8	¿Se preocupa por lo que pudiera pasarle en el futuro?	2
7.9	¿Tiene algún tic?	1
7.10	¿Exige aprobación para todos sus actos?	1
8.4	¿Se siente solo(a)?	1
8.7	¿Duda de todo lo que hace?	1
9.2	¿Llora mucho y sin motivo?	1
9.3	¿Teme que él (ella) u otros familiares cercanos se vayan a morir?	1
9.6	¿Se queja de cansancio con frecuencia?	1
9.7	¿Piensa que algo malo va a sucederle a su familia?	1
11.1	¿Habla mucho?, ¿casi nunca está callado(a)?	1
11.2	¿Se ríe por todo?	1
12.2	¿Insiste en hacer las cosas del mismo modo?	1
12.3	¿Habla persistentemente de un mismo tema?	1
12.4	¿Repite la misma acción una y otra vez?	2
12.6	¿Presenta algún manierismo? (chuparse el dedo, persignarse, etc.)	2
12.7	¿Tiende a ser perfeccionista?	2
12.8	¿Tiene una rutina inflexible?	2
13.1	¿Cambia de humor muy rápidamente?	1
13.4	¿Sus reacciones emocionales son desconcertantes?	1
15.1	¿Tiene dificultad para dormir?	1
15.2	¿Se despierta agitado(a) a media noche?	2
15.4	¿Duerme muy poco?	2
15.5	¿Tiene pesadillas?	1
15.6	¿Camina dormido(a)?	2
17.1	¿Come bien?	2
17.4	¿Come con desesperación (como si le fueran a quitar la comida)?	2
19.1	¿Se orina por las noches?	1
23.6	¿Tartamudea?	3
	TOTAL	75
	Umbral de probabilidad	99
	Umbral de sospecha	28
49	← Total de reactivos en este diagnóstico	

## VI. PROBLEMA DE CONDUCTA

Esta categoría intenta reconocer a los niños cuyo repertorio de conducta problemática hace difícil su educación, disciplina y control en la escuela y el hogar. En muchos casos, estas conductas tienden a perturbar la armonía familiar, el ambiente de clase o las normas o convencionalismos sociales.

Un problema de conducta se caracteriza por presentar patrones persistentes y repetitivos de conductas que, en lo básico, violan las normas o reglas establecidas dentro del entorno social, manifestados a través de agresiones físicas, en perjuicio de otras personas o de animales [DSM-IV, 1994]. En este sentido, es necesario distinguir un problema de conducta de aquellos comportamientos indeseables que se exhiben en los niños como resultado de sucesos específicos. En este caso tales conductas desaparecen al extinguirse el evento que las provocó.

Los niños con problemas de conducta muestran comportamientos que han sido llamados indistintamente inadaptativos, disruptivos, desordenados e indeseables, que interfieren con su proceso de escolarización, socialización y disciplina; estos comprenden agresividad, hiperactividad, berrinches, autoestimulación y autodestrucción [Galindo et al., 1981].

La identificación de los problemas de conducta, no obstante, se hace con base en la frecuencia con que manifiestan su intensidad, sus consecuencias, su grado de control, entre otros.

Hasta hace algunos años, se consideraba que las conductas indeseables sólo surgían del interior del sujeto, es decir, en su personalidad, en sus disposiciones y en sus rasgos. Esto es, las conductas indeseables se tomaban como netas manifestaciones individuales —epigenéticas— sin tener mucho en cuenta las relaciones del individuo con su entorno.

Existe una propuesta que señala que los trastornos de conducta son producto de la pobreza entre las capacidades del niño y las expectativas y demandas del ambiente; desde este marco de referencia, el desorden se encuentra en la inter-

sección del niño y su medio, no tan sólo en el niño. Las actitudes paternas deficientes y las prácticas de crianza inadecuadas son un elemento contribuyente de gran importancia para el desarrollo de las alteraciones conductuales. Así, tiene ventajas percibir los problemas de conducta desde la psicología social, como una combinación de cambios sociales, etapas de desarrollo del niño, normas y valores de la familia, la T.V., la relación con los padres, los modelos, entre muchos otros factores. La escuela, en general, tiene una considerable ascendencia sobre las conductas de los alumnos; por tanto, dentro del proceso educativo, uno de los asuntos que siempre ha interesado a los docentes es el concerniente a la disciplina escolar y sus implicaciones en el aula, pues los niños con conductas indeseables llegan a afectar su propio ambiente; de ello deben estar conscientes tanto padres como maestros.

Pearce [1995] define al niño difícil como impredecible, con emociones intensas, con habitual mal "genio" y llanto excesivo, difícil de adaptarse y ser consolado, además de representar un problema para el seguimiento de actividades rutinarias. De acuerdo con Turecki [1997], los niños con problemas de conducta son difíciles de manejar y controlar, son inquietos, irritables, explosivos, agresivos y tercos; ese autor añade que estos niños no sólo tienen un temperamento difícil, sino que los padres han sido ineficaces en el manejo de las conductas indeseables. Hurlock [1988] confirma lo anterior refiriendo que el niño nace con un temperamento determinado pero, que es el ambiente en el que se desenvuelve, lo que determinará las características de su conducta. Cuando los padres mejoran y cambian, también cambia la conducta de los niños.

Algunas de las causas que propician el comportamiento inadecuado de los niños son cuando: los padres están divorciados, un padre es exigente y el otro quiere compensar esta situación siendo indulgente, los hijos se enferman (de modo eventual o permanente), el padre del niño tuvo muchas carencias, los abuelos ejercen una gran presión a los padres en el trato a los hijos, los padres permanecen mucho tiempo fuera de casa y conviven poco con sus hijos, y otros más.

Los niños se vuelven difíciles con el tiempo. Tras años de experiencia manipulando con constancia al adulto para obtener lo que desea. Así, aprenderá que con esas conductas obtendrá lo que quiera y exigirá en el momento que sea, por tanto, será poco tolerante a la espera.

Pese a la importancia del papel de los padres en el manejo de los problemas de conducta, el maestro tendrá que enfrentar a estos alumnos dentro del aula. Es importante que los padres lleguen a tener acuerdos de lo que se tomará como

bueno y como malo; el niño aprenderá a respetarlos dentro del hogar y de la escuela, tanto con el maestro como en sus relaciones con sus compañeros. Cuando se establecen límites, deben de ser claros y precisos; los padres y los maestros deben ser coherentes al poner los límites y tomar en cuenta la edad del niño y sus capacidades, lo que es indispensable para la obtención de mejores resultados. Como consecuencia de esto surgirá en el niño un sentimiento de seguridad, pues existirá una constante en la conducta del adulto, y el niño podrá predecir lo que sucederá.

Tabla 6-6. Problema de conducta

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.1	¿Es desobediente?	2
1.2	¿Ignora las órdenes que se le dan?	1
1.3	¿Desafía a las personas que tienen autoridad?	2
1.4	¿Discute todas las órdenes o rezonga por todo?	2
1.5	Cuando ayuda en casa, ¿lo hace de mala gana?	2
1.6	Si sabe que está mal hacer algo, ¿lo hace a pesar de todo?	3
1.7	¿Hace cosas a propósito para molestar a otros?	2
1.8	¿Es vengativo(a)?	2
1.9	¿Es rencoroso(a)?	2
1.10	¿Insulta y dice muchas groserías?	2
2.1	¿Le pega a sus hermanos o compañeros de clase?	2
2.2	¿Molesta a otros niños?	2
2.3	¿Rompe cosas a propósito? (por ej., vasos, juguetes, adornos)	1
2.4	¿Busca pleitos en la calle o en la escuela?	2
2.5	¿Muerde o patea a quien lo cuida?	2
2.7	Cuando juega, ¿lastima a otros niños?	2
2.8	¿Dice cosas que hieren a los demás?	2
2.9	¿Es cruel con los animales?	3
2.10	Si algo le molesta, ¿se lastima intencionalmente?	2
3.1	¿Es temperamental o berrinchudo(a)?	1
3.2	¿Se enoja fácilmente?	2
3.3	¿Pierde la calma con facilidad?	2
3.4	¿Grita por todo?	2
5.1	¿Exige que se le den las cosas de inmediato?	1
5.2	¿Hace las cosas precipitadamente?	1
5.3	¿Actúa sin pensar?	1
5.5	¿Tiene dificultades para esperar su turno?	1
6.1	¿Es muy inquieto(a)?	1
6.7	¿Agarra todo lo que ve?	1
6.8	¿Hay que vigilarlo(a) más que a otros niños?	2
7.1	¿Es un(a) niño(a) intranquilo(a)?	1
10.3	Es rechazado (a) por sus hermanos o compañeros?	1
10.7	¿Se disculpa por errores cometidos?	2
11.3	¿Hace bromas pesadas o de mal gusto?	2
11.4	¿Interrumpe la conversación de otros?	1
11.5	¿Pregunta cosas que apenas o abochoman a otros?	1
11.6	¿Trata de ser el centro de atención?	1

Tabla 6-6. Problema de conducta (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
11.7	¿Se comporta adecuadamente en fiestas y actos escolares?	2
11.9	¿Dice "por favor" cuando pide las cosas?	1
11.10	¿Llama a las personas por sus nombres?	1
12.1	¿Es testarudo(a) o terco(a)?	1
13.1	¿Cambia de humor muy rápidamente?	1
13.2	¿Sus sentimientos son heridos fácilmente?	1
14.4	¿Es desconfiado(a) de los demás?	1
19.4	¿Ha tenido al menos dos accidentes que ameriten consultar con el médico?	1
24.8	¿Entiende las reglas de juegos sencillos?	2
25.2	¿Hace su tarea regularmente?	1
25.7	¿Falta mucho a clases?	1
	TOTAL	75
	Umbral de probabilidad	42
	Umbral de sospecha	46
48	← Total de reactivos en este diagnóstico	

## VII. PROBLEMA EMOCIONAL

Los trastornos emocionales constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esencial es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados con ella. El estado de ánimo suele hacer referencia a los estados emocionales sostenidos que

colorean toda la personalidad y la vida psíquica. El estado de ánimo puede estar normal o elevado o deprimido. Los pacientes con estado de ánimo elevado muestran expansividad, fuga de ideas, disminución del sueño, alta autoestima e ideas de grandeza. Los pacientes con el estado de ánimo deprimido exhiben pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida de apetito e ideas de muerte o suicidio.

Tabla 6-7. Problema emocional

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.1	¿Es desobediente?	1
1.2	¿Ignora las órdenes que se le dan?	1
1.3	¿Desafía a las personas que tienen autoridad?	1
1.4	¿Discute todas las órdenes o rezonga por todo?	1
1.5	Cuando ayuda en casa ¿lo hace de mala gana?	1
1.6	Si sabe que está mal hacer algo, ¿lo hace a pesar de todo?	1
1.7	¿Hace cosas a propósito para molestar a otros?	1
1.8	¿Es vengativo(a)?	1
1.9	¿Es rencoroso(a)?	1
1.10	¿Insulta y dice muchas groserías?	1
2.1	¿Le pega a sus hermanos o compañeros de clase?	1
2.2	¿Molesta a otros niños?	1
2.3	¿Rompe cosas a propósito? (por ej., vasos, juguetes, adornos).	1
2.5	¿Muerde o patea a quien lo cuida?	2
2.6	¿Tiene marcada preferencia por programas de T.V. violentos?	1
2.7	Cuando juega, ¿lastima a otros niños?	2
2.8	¿Dice cosas que hieren a los demás?	2
2.10	Si algo le molesta, ¿se lastima intencionalmente?	1
3.1	¿Es temperamental o berrinchudo(a)?	2
3.2	¿Se enoja fácilmente?	2

Tabla 6-7. Problema emocional (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
3.3	¿Pierde la calma con facilidad?	2
3.4	¿Grita por todo?	2
3.5	¿Sus demostraciones afectivas son exageradas?	2
4.2	¿Parece "no escuchar" cuando se le llama?	1
7.2	¿Tiene dificultades para relajarse?	1
7.3	¿Parece preocupado(a) la mayor parte del tiempo?	1
7.4	¿Tiene temor a la oscuridad?	1
7.5	¿Se separa fácilmente de los padres?	2
7.6	¿Se come las uñas?	1
7.7	¿Se queja de dolor para no ir al colegio?	1
7.8	¿Se preocupa por lo que pudiera pasarle en el futuro?	1
7.9	¿Tiene algún tic?	1
7.10	¿Exige aprobación para todos sus actos?	1
8.3	¿Siente que "nadie lo(a) quiere" ?	1
8.4	¿Se siente solo(a)?	1
8.6	¿Siente que todo lo que hace está equivocado?	1
8.7	¿Duda de todo lo que hace?	2
8.10	¿Le gusta causar lástima a los demás?	1
9.1	¿Parece estar triste?	1
9.2	¿Llora mucho y sin motivo?	2
9.3	¿Teme que él (ella) u otros familiares cercanos se vayan a morir?	2
9.4	¿Muestra interés por jugar con otros niños?	1
9.5	¿Ha manifestado que quisiera morir o alguna otra idea similar?	2
9.6	¿Se queja de cansancio con frecuencia?	1
9.8	¿Es pesimista o negativo(a)?	1
10.3	¿Es rechazado(a) por sus hermanos o compañeros?	2
10.4	¿Pasa mucho tiempo a solas?	1
11.2	¿Se ríe por todo?	1
11.3	¿Hace bromas pesadas o de mal gusto?	1
11.6	¿Trata de ser el centro de atención?	1
11.8	¿Saluda cuando hay visitas?	1
12.1	¿Es testarudo(a) o terco(a)?	1
12.3	¿Habla persistentemente de un mismo tema?	1
12.6	¿Presenta algún manierismo (chuparse el dedo, persignarse, etc.)?	2
12.7	¿Tiende a ser perfeccionista?	1
12.8	¿Tiene una rutina inflexible?	1
13.1	¿Cambia de humor muy rápidamente?	1
13.2	¿Sus sentimientos son heridos fácilmente?	1
13.3	¿Pasa del llanto a la risa o viceversa?	1
13.4	¿Sus reacciones emocionales son desconcertantes?	2
14.3	¿Tiene ideas "extrañas"?	1
14.4	¿Es desconfiado(a) de los demás?	1
14.6	¿Tiene interés por lo que sucede a su alrededor?	1
15.1	¿Tiene dificultad para dormir?	1
15.2	¿Se despierta agitado(a) a media noche?	2
15.4	¿Duerme muy poco?	2
15.5	¿Tiene pesadillas?	1
17.1	¿Come bien?	2
17.3	¿Se le tiene que obligar a comer?	2
17.4	¿Come con desesperación (como si le fueran a quitar la comida)?	2
17.5	¿Juguetea la comida en vez de comerla?	1

Tabla 6-7. Problema emocional (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
19.1	¿Se orina por las noches?	2
19.2	¿Tiene problemas de salud?	1
19.3	¿Falta a la escuela por enfermedad muy frecuentemente?	1
19.6	¿Es alérgico(a) a algo?	1
19.8	¿Padece alguna enfermedad crónica (asma, migraña, etc.)?	1
23.6	¿Tartamudea?	1
25.1	¿Tiene interés por aprender?	1
	TOTAL	100
	Umbral de probabilidad	24
	Umbral de sospecha	33
78	← Total de reactivos en este diagnóstico	

### VIII. PROBLEMA DE LENGUAJE

Este diagnóstico pretende identificar infantes con limitaciones en la comunicación por problemas de lenguaje oral, escrito, algunas formas de dislexia o de otras dificultades físicas o psicológicas que limitan la comunicación interpersonal. Muchos problemas de lenguaje son componentes de los trastornos de aprendizaje y la discriminación fina entre éstos es difícil.

Las anomalías, alteraciones o perturbaciones del lenguaje son todas las diferencias de la "norma" en cuanto a forma, grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificultan las posibilidades de expresión de la comunicación lingüística, oral o escrita y que implican una deficiencia más o menos duradera que afecta a los aspectos intelectivos, lingüísticos y de personalidad, interfi-

riendo en la competencia del individuo y en el comportamiento escolar, social y familiar.

Los niños con trastornos del lenguaje suelen tener problemas para comunicarse con sus compañeros, padres, y maestros. Las anomalías del lenguaje hablado o dislalias, son los defectos en la articulación de los fonemas ya sea por omisión, sustitución, inserción o alteración y obedecen a causas funcionales, orgánicas o sociales que pueden repercutir en la escuela y en su desarrollo general.

Cada niño refleja de manera diferente los efectos nocivos de un pobre desarrollo del lenguaje: unos se aíslan, otros son agresivos o introvertidos; ello afecta en términos negativos el desarrollo en su personalidad. Si no son atendidos en el momento que lo requieren, o los padres no hacen lo suficiente para motivarlos y estimularlos, su problema se complicará con el paso del tiempo.

Tabla 6-8. Problema de lenguaje

Número de factor	Reactivos	Puntuación
3.4	¿Grita por todo?	1
4.2	¿Parece "no escuchar" cuando se le llama?	2
4.4	¿Requiere que se le repitan las órdenes o preguntas más de una vez?	2
4.5	¿Tarda mucho en hacer su tarea?	1
4.9	¿Tiene problemas para atender a un cuento o narración?	2
18.5	¿Tarda en reaccionar cuando se le habla?	1
20.5	¿Puede dar un recado o mensaje completo?	2
21.1	¿Tiene dificultad para entender lo que lee?	1
21.5	Cuando lee, ¿dice una palabra por otra?	1
22.1	¿Escribe palabras incompletas?	1
22.2	Cuando escribe, ¿sustituye letras?	1
22.3	Cuando escribe, ¿fusiona palabras? (por ej., árbolgrande)	1
22.6	Cuando se le dicta, ¿omite palabras?	1

Tabla 6-8. Problema de lenguaje (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
23.1	¿Tiene problemas para pronunciar algunas palabras?	2
23.2	¿Tiene dificultades para pronunciar algunas letras o sonidos?	2
23.3	¿Su vocabulario es escaso o pobre para su edad?	2
23.4	Cuando habla, ¿se "come" letras o palabras?	2
23.5	¿Contesta con monosílabos (sí, no, ajá) la mayor parte del tiempo?	2
23.6	¿Tartamudea?	2
24.1	¿Tiene dificultad para entender instrucciones?	2
24.2	¿Tarda mucho en contestar las preguntas en clase?	2
24.6	¿Tiene dificultades para entender lo que se le explica?	2
	TOTAL	35
	Umbral de probabilidad	22
	Umbral de sospecha	29
22	← Total de reactivos en este diagnóstico	

**IX. PROBLEMA PSICOMOTOR**

Alteraciones que se manifiestan en la realización de movimientos que son consecuencia de una

falta de coordinación entre intención y motricidad, de una discrepancia entre el grado de madurez perceptiva y la posibilidad de responder con el movimiento. Esta categoría intenta recoger

Tabla 6-9. Problema psicomotor

Número de factor	Reactivos	Puntuación
2.7	Cuando juega, ¿lastima a otros niños?	1
5.5	¿Tiene dificultades para esperar su turno?	1
10.6	¿Participa activamente en juegos de grupo?	1
16.1	¿Es torpe en sus movimientos?	2
16.2	¿Tiene problemas para cachar una pelota?	2
16.3	¿Se cae muy seguido?	2
16.4	¿Se cae cuando se le pide que ande en un solo pie?	2
16.5	¿Tropieza constantemente con bultos y muebles?	2
16.6	¿Puede cortar una figura de papel respetando los bordes de ésta?	2
16.7	¿Tiene dificultades para subir escaleras?	2
16.8	¿Se le cae su comida cuando come solo?	2
20.4	¿Se amarra por sí solo(a) los cordones de sus zapatos?	2
20.6	¿Se viste solo(a)?	2
20.9	¿Puede comer solo(a)?	2
21.2	¿Tiene dificultad para leer en voz alta?	2
21.3	Cuando lee, ¿hace pausas de acuerdo con la puntuación?	1
21.5	Cuando lee, ¿dice una palabra por otra?	1
22.1	¿Escribe palabras incompletas?	1
22.3	Cuando escribe, ¿fusiona palabras? (por ej., árbolgrande)	1
22.5	¿Tiene dificultades para sostener su lápiz?	2
23.1	¿Tiene problemas para pronunciar algunas palabras?	1
23.2	¿Tiene dificultades para pronunciar algunas letras o sonidos?	1
23.6	¿Tartamudea?	1
25.6	¿Hace los ejercicios de clase más lentamente que sus compañeros?	1
	TOTAL	37
	Umbral de probabilidad	8
	Umbral de sospecha	10
24	← Total de reactivos en este diagnóstico	

nocer a los niños que tienen limitada movilidad o destrezas manuales pobres para coger, agarrar, tirar o sostener objetos. Problema físico de tipo neurofisiológico o esquelético.

## X. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Antiguamente identificados como psicosis infantil o esquizofrenia de la infancia, los trastornos generalizados del desarrollo dan lugar a varios cuadros clínicos desde muy sutiles hasta altamente discapacitantes. Desde que se describió por Kanner en 1943, en el autismo han evolucionado bastante sus conceptos clínicos. En la práctica, han desaparecido entidades clínicas como psicosis simbiótica, disarmonías evolutivas de tipo psicótico e, incluso, el propio término de psicosis; se han impuesto otros con mayor consistencia como el Síndrome de Rett y el de Asperger, aunque este último no exento de controversias.

Términos como reacción autística, autismo, trastorno generalizado y psicosis infantil, ahora conforman un conjunto de trastornos graves del desarrollo que se les ha dado en llamar trastornos del espectro autista que, si bien tiene sus ventajas para unas cosas, a juicio del autor del presente Manual, supone un cajón de sastre peligroso que dificulta la investigación.

Para diferenciarlos del autismo, se ha propuesto la denominación de trastorno autista, como aquel que se atiene a los criterios de diagnóstico del DSM-IV; por tanto, para la persona poco introducida debería quedar claro que no es en rigor lo mismo hablar de trastornos de espectro autista que del autismo.

Hoy por hoy, la mayoría de los especialistas en trastornos del desarrollo incluyen los siguientes cuadros clínicos:

### Trastorno Autista

Criterios diagnósticos: alteración cualitativa de la interacción social, alteración cualitativa de la comunicación, patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados; el trastorno no se explica por la presencia de Trastorno de Rett o Trastorno Desintegrativo.

### Trastorno de Rett

Criterios diagnósticos [deben cumplirse todas las características]: desarrollo prenatal y perinatal en apariencia normal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses, perímetro cefálico normal al nacimiento; pero existe la aparición de todos los siguientes síntomas después del desarrollo normal: desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses, pérdida progresiva de habilidades manuales, pérdida de implicación social, mala coordinación de la marcha, alteración grave del lenguaje expresivo y comprensivo.

### Trastorno Desintegrativo

Criterios diagnósticos: desarrollo normal al menos hasta los dos años de edad, pérdida clínicamente significativa de habilidades motoras y cognitivossociales ya adquiridas (antes de los 10 años). Anormalidades en al menos dos de las siguientes áreas: interacción social, comunicación, comportamiento, intereses y actividades. No se explica por otro trastorno.

### Trastorno de Asperger:

Criterios diagnósticos: alteración cualitativa de la interacción social, patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos o estereotipados; el trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas; no hay retraso del lenguaje clínicamente significativo, no hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni en áreas como habilidades en autoayuda, adaptación y existe curiosidad por el ambiente; no obedece a un trastorno generalizado ni esquizofrenia.

Si se considera los trastornos del espectro autista, la prevalencia es de 10-20 casos por 10 000, siendo la relación niño/niña de 3-4:1. Además si se tiene en cuenta el género y el cociente de inteligencia (CI), existen 4 niños por una niña cuando es un CI normal y 2 niños por una niña cuando existe discapacidad intelectual. [Se espe-

cula que esto podría deberse a que las niñas con CI normal disponen de mayores habilidades sociales, lo que favorecería su exclusión del trastorno.)

Son indicadores precoces de trastornos generalizados del desarrollo los siguientes: alteración de la interacción social recíproca (no contacto ocular, alteración en la expresión facial, posturas corporales y gestos anormales, no relación con sus iguales, ausencia de conductas espontáneas para compartir juegos, diversiones o intereses con los demás niños, ausencia o déficit muy importante en la reciprocidad social o emocional); alteración de la comunicación

verbal y gestual (retraso evolutivo del lenguaje que puede llegar a agnosia verbal, uso repetitivo y estereotipado del lenguaje con ecolalias inmediatas o retardadas), intereses restringidos, repetitivos y estereotipados (repertorios de conductas ritualizadas, estereotipias motoras y apego exagerado a determinados objetos).

Si un niño de 12 meses no balbucea, no señala ni gesticula convenientemente y si tuviese pérdida espontánea de cualquier adquisición del lenguaje a cualquier edad, se tendrían señales para que el médico que sigue al niño realizara una investigación clínico-diagnóstica más especializada y detenida.

**Tabla 6-10. Trastornos generalizados del desarrollo**

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.2	¿Ignora las órdenes que se le dan?	1
2.2	¿Molesta a otros niños?	1
2.10	Si algo le molesta, ¿se lastima intencionalmente?	2
3.5	¿Sus demostraciones afectivas son exageradas?	1
4.2	¿Parece "no escuchar" cuando se le llama?	1
4.7	¿Por momentos parece como "ausente"?	2
10.4	¿Pasa mucho tiempo a solas?	2
10.6	¿Participa activamente en juegos de grupo?	1
10.8	¿Demuestra interés por las actividades de otros?	2
11.2	¿Se ríe por todo?	1
11.7	¿Se comporta adecuadamente en fiestas y actos escolares?	1
11.8	¿Saluda cuando hay visitas?	1
12.2	¿Insiste en hacer las cosas del mismo modo?	1
12.3	¿Habla persistentemente de un mismo tema?	2
12.4	¿Repite la misma acción una y otra vez?	2
12.5	¿Repite haciendo "eco" a las palabras que otros dicen?	2
12.6	¿Presenta algún manierismo (chuparse el dedo, persignarse, etc.)?	2
12.8	¿Tiene una rutina inflexible?	1
13.3	¿Pasa del llanto a la risa o viceversa?	1
13.4	¿Sus reacciones emocionales son desconcertantes?	2
14.1	¿Evita mirar a los ojos cuando se le habla?	2
14.2	¿Oye cosas sin que haya alguien que las diga?	2
14.3	¿Tiene ideas "extrañas"?	2
14.4	¿Es desconfiado(a) de los demás?	1
14.5	¿Tiende a jugar o a hablar solo(a)?	2
14.6	¿Tiene interés por lo que sucede a su alrededor?	2
14.7	¿Dice ver bichos o animales inexistentes?	2
17.7	¿Come cosas inusuales como papel, madera, yeso, etc.?	2
18.1	¿Parece confundido(a)?	2
18.2	¿A veces no sabe dónde está?	2
18.7	¿Se babea?	1
20.1	¿Dice la fecha cuando se le pregunta?	1
20.9	¿Puede comer solo(a)?	1

Tabla 6-10. Trastornos generalizados del desarrollo (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
23.5	¿Contesta con monosílabos (sí, no, ajá) la mayor parte del tiempo?	1
24.5	¿Dice cosas que son ilógicas o tontas?	2
	TOTAL	54
	Umbral de probabilidad	11
	Umbral de sospecha	14
35	← Total de reactivos en este diagnóstico	

## XI. PROBLEMA DE SALUD

Aunque la Organización Mundial de la Salud define con amplitud la salud como el equilibrio biopsicosocial, en ¡Detector! esta categoría intenta reconocer a los niños que presentan esencialmente una condición médica, biológica o física identificable que amerita evaluación médica. De hecho, muchos de los problemas escolares son debidos a problemas médicos o de orden físico que pueden ser remedia-

dos con adecuada atención. Por ejemplo, la desnutrición, los problemas visuales, la parasitosis y otras condiciones médicas frecuentes en la niñez mexicana se asocian a pobre desempeño escolar.

La identificación de esta posibilidad diagnóstica tiene por objeto referir al niño evaluado al médico con la finalidad de descartar la presencia de enfermedades o de rehabilitar condiciones somáticas que pudieran afectar su bienestar físico, mental y social.

Tabla 6-11. Problema de salud

Número de factor	Reactivos	Puntuación
9.1	¿Parece estar triste?	1
9.2	¿Llora mucho y sin motivo?	1
9.6	¿Se queja de cansancio con frecuencia?	1
10.6	¿Participa activamente en juegos de grupo?	1
14.7	¿Dice ver bichos o animales inexistentes?	1
15.1	¿Tiene dificultad para dormir?	1
15.3	¿Luce somnoliento(a) la mayor parte del día?	1
16.1	¿Es torpe en sus movimientos?	1
16.2	¿Tiene problemas para cachar una pelota?	1
16.3	¿Se cae muy seguido?	1
16.4	¿Se cae cuando se le pide que ande en un solo pie?	1
16.5	¿Tropieza constantemente con bultos y muebles?	1
17.1	¿Come bien?	2
17.2	¿Su peso es adecuado para su edad?	2
17.3	¿Se le tiene que obligar a comer?	2
17.5	¿Juguetea la comida en vez de comerla?	1
17.6	¿Vomita después de comer?	2
17.7	¿Come cosas inusuales como papel, madera, yeso, etc.?	2
18.2	¿A veces no sabe dónde está?	1
18.4	¿Sus ojos presentan movimientos raros?	2
18.6	¿Se mareo o tiene zumbidos de oído?	2
18.7	¿Se babea?	1
18.8	¿Padece de ataques?	2
19.1	¿Se orina por las noches?	1
19.2	¿Tiene problemas de salud?	2
19.3	¿Falta a la escuela por enfermedad muy frecuentemente?	2
19.4	¿Ha tenido al menos dos accidentes que ameriten consultar con el médico?	2
19.5	¿Le da catarro o gripa muy seguido?	2

Tabla 6-11. Problema de salud (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
19.6	¿Es alérgico(a) a algo?	2
19.7	¿Tiene problemas en la piel?	2
19.8	¿Padece alguna enfermedad crónica (asma, migraña, etc.)?	2
25.7	¿Falta mucho a clases?	1
	TOTAL	47
	Umbral de probabilidad	8
	Umbral de sospecha	10
31	← Total de reactivos en este diagnóstico	

## XII. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Esta categoría intenta identificar a los niños en quienes la sospecha de retraso mental está justificada.

La discapacidad intelectual (DI) no es una enfermedad sino una condición, cuya principal característica es un déficit de la función intelectual que limita la capacidad para aprender y adaptarse a la vida. Esta condición ha sido designada con una amplia variedad de términos, muchos de ellos peyorativos o que resaltan la deficiencia, por lo que en la actualidad, la mayoría de los profesionales de esta área coinciden en llamarla discapacidad mental o intelectual.

Doll [1997] definió discapacidad intelectual cuando apuntó:

“Observamos 6 criterios tácitos o manifiestos asociados a una adecuada definición del concepto de discapacidad intelectual: [1] Incompetencia social [2] debido a discapacidad mental, [3] la cual es consecuencia de un retraso del desarrollo, [4] se identifica con la madurez [5] y es de origen constitucional, [6] esencialmente incurable” [p. 215]

Las descripciones subrayan la importancia de adaptarse al medio, por lo que no es de extrañar el énfasis actual en el valor de la conducta adaptativa en la mayor parte de las definiciones de discapacidad intelectual (Smith, 1983).

La *American Psychiatric Association* define la discapacidad intelectual como una “condición caracterizada por un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que se establece antes de los 18 años de edad y que se acompaña de

déficit concurrentes en el funcionamiento adaptativo” [DSM-IV, 1994; p.37].

Esta discapacidad se manifiesta en la primera infancia o al inicio de los años escolares, cuando los padres o maestros perciben cierta lentitud en el desarrollo de los marcadores esperados del desarrollo o por evidente dificultad para adaptarse a las demandas de la vida diaria, para entender y utilizar el lenguaje, para comprender conceptos generales o abstractos o para aprender los contenidos escolares.

Asociado a su limitada capacidad intelectual, el estudiante con discapacidad intelectual tiene restringido su lenguaje y potencial escolar. Existen varios grados de DI, en función del cociente intelectual (CI); por lo común se acepta la siguiente clasificación propuesta en el DSM-IV [1994]:

Límite:	70 a 76
Leve:	50-55 a 70
Moderado:	35-40 a 50-55
Severo:	20-25 a 35-40
Profundo:	menos de 20-25

Con DI se hace referencia a las restricciones sustanciales en el desenvolvimiento del sujeto; se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

Tabla 6-12. Discapacidad intelectual

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.2	¿Ignora las órdenes que se le dan?	1
1.6	Si sabe que está mal hacer algo, ¿lo hace a pesar de todo?	1
4.5	¿Tarda mucho en hacer su tarea?	1
4.8	Cuando se le pide más de un favor, ¿olvida hacer algo?	1
11.7	¿Se comporta adecuadamente en fiestas y actos escolares?	1
11.10	¿Llama a las personas por sus nombres?	1
12.2	¿Insiste en hacer las cosas del mismo modo?	1
12.4	¿Repite la misma acción una y otra vez?	2
12.5	¿Repite haciendo "eco" a las palabras que otros dicen?	1
12.8	¿Tiene una rutina inflexible?	1
14.3	¿Tiene ideas "extrañas"?	1
16.1	¿Es torpe en sus movimientos?	1
16.6	¿Puede cortar una figura de papel respetando los bordes de ésta?	1
16.8	¿Se le cae su comida cuando come solo(a)?	1
18.1	¿Parece confundido(a)?	1
18.2	¿A veces no sabe dónde está?	1
18.5	¿Tarda en reaccionar cuando se le habla?	1
18.7	¿Se babea?	1
20.1	¿Dice la fecha cuando se le pregunta?	1
20.2	¿Puede decir la hora del reloj?	1
20.3	¿Reconoce el valor de las monedas?	1
20.4	¿Se amarra por sí solo(a) los cordones de sus zapatos?	1
20.5	¿Puede dar un recado o mensaje completo?	1
20.6	¿Se viste solo(a)?	2
20.7	¿Puede distinguir su lado derecho del izquierdo?	2
20.8	¿Evita manipular sustancias que son peligrosas, como insecticidas, ácido, etc.?	2
20.9	¿Puede comer solo(a)?	2
21.1	¿Tiene dificultad para entender lo que lee?	1
21.4	¿Tarda mucho en leer un texto breve?	1
23.3	¿Su vocabulario es escaso o pobre para su edad?	1
24.1	¿Tiene dificultad para entender instrucciones?	2
24.2	¿Tarda mucho en contestar las preguntas en clase?	1
24.3	¿Tiene dificultad para adaptarse a nuevas situaciones?	1
24.4	¿Tiene dificultad para resolver problemas de sentido común?	2
24.5	¿Dice cosas que son ilógicas o tontas?	2
24.6	¿Tiene dificultades para entender lo que se le explica?	2
24.7	¿Puede responder a una adivinanza?	2
24.8	¿Entiende las reglas de juegos sencillos?	2
24.9	¿Puede sumar el valor de al menos tres monedas?	2
25.4	Sus calificaciones, con relación a su grupo, ¿son bajas?	1
25.5	¿Tiene dificultades para aprender aunque se esfuerce?	2
25.6	¿Hace los ejercicios de clase más lentamente que sus compañeros?	1
	TOTAL	55
	Umbral de probabilidad	15
	Umbral de sospecha	18
42	← Total de reactivos en este diagnóstico	

### XIII. PROBLEMA DE SOCIALIZACIÓN

Esta categoría intenta identificar a los niños con pobres relaciones interpersonales, problemas para hacer amigos, tímidos, inseguros o de cultura diferente y que no han adquirido patrones conductuales que les permitan acceder e integrarse a la sociedad en la que se desarrolla su vida. La socialización es fundamental para el ajuste social a largo plazo del infante. Existe amplia evidencia en la literatura de que los niños que se aíslan y rechazan a sus pares presentan mayores dificultades de adaptación cuando son adolescentes.

El desarrollo de habilidades sociales permite al niño involucrarse y mantener relaciones sociales, y es una de las tareas más importantes del desarrollo humano. De hecho, existen investigaciones que muestran que la competencia social es un fuerte predictor del desempeño académico [Aguar, 2002]. De igual forma, la mayoría de los autores coincide en afirmar que la ecología familiar es el factor de mayor dominio en el desarrollo social del niño; además de la familia, la escuela contribuye a dicho desarrollo social, y aquí cabe resaltar el papel facilitador de los ámbitos cooperativos en la escuela.

Tabla 6-13. Problema de socialización

Número de factor	Reactivos	Puntuación
1.6	Si sabe que está mal hacer algo, ¿lo hace a pesar de todo?	1
1.10	¿Insulta y dice muchas groserías?	1
2.3	¿Rompe cosas a propósito? (por ej., vasos, juguetes, adornos)	1
2.7	Cuando juega, ¿lastima a otros niños?	1
2.10	Si algo le molesta, ¿se lastima intencionalmente?	1
3.3	¿Pierde la calma con facilidad?	1
3.4	¿Grita por todo?	1
3.5	¿Sus demostraciones afectivas son exageradas?	1
4.6	¿Termina las cosas que comienza?	1
6.7	¿Agarra todo lo que ve?	1
8.9	¿Tiene pocos amigos?	3
9.4	¿Muestra interés por jugar con otros niños?	2
10.1	¿Se burlan de él (ella) en la escuela?	2
10.2	¿Tiene dificultad para hacer amigos?	2
10.3	¿Es rechazado(a) por sus hermanos o compañeros?	2
10.4	¿Pasa mucho tiempo a solas?	2
10.5	¿Le hace falta tener un amigo preferido?	2
10.6	¿Participa activamente en juegos de grupo?	2
10.7	¿Se disculpa por errores cometidos?	2
10.8	¿Demuestra interés por las actividades de otros?	2
11.1	¿Habla mucho?, ¿casi nunca está callado(a)?	1
11.2	¿Se ríe por todo?	1
11.3	¿Hace bromas pesadas o de mal gusto?	1
11.4	¿Interrumpe la conversación de otros?	1
11.5	¿Pregunta cosas que apenas o abochornan a otros?	1
11.6	¿Trata de ser el centro de atención?	2
11.7	¿Se comporta adecuadamente en fiestas y actos escolares?	1
11.8	¿Saluda cuando hay visitas?	2
11.9	¿Dice "por favor" cuando pide las cosas?	2
11.10	¿Llama a las personas por sus nombres?	2
12.3	¿Habla persistentemente de un mismo tema?	1
13.1	¿Cambia de humor muy rápidamente?	1
14.4	¿Es desconfiado(a) de los demás?	1
14.5	¿Tiende a jugar o hablar solo(a)?	1
14.6	¿Tiene interés por lo que sucede a su alrededor?	1
20.3	¿Reconoce el valor de las monedas?	1

Tabla 6-13. Problema de socialización (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
20.4	¿Se amarra por sí solo(a) los cordones de sus zapatos?	1
23.3	¿Su vocabulario es escaso o pobre para su edad?	1
23.5	¿Contesta con monosílabos (sí, no, ajá) la mayor parte del tiempo?	1
24.3	¿Tiene dificultad para adaptarse a nuevas situaciones?	1
24.8	¿Entiende las reglas de juegos sencillos?	1
24.9	¿Puede sumar el valor de al menos tres monedas?	1
	TOTAL	57
	Umbral de probabilidad	14
	Umbral de sospecha	17
42	← Total de reactivos en este diagnóstico	

#### XIV. PROBLEMA ESCOLAR

El problema escolar se manifiesta tanto de manera cualitativa como cuantitativa. Cuantitativamente, el promedio de calificaciones asignadas al estudiante está de modo significativo por debajo de la media para el grupo; en cuanto a lo cualitativo, existen áreas reportadas de deficiencia, sobre todo en las materias de español y matemáticas. El pobre desempeño escolar se asocia a problemas de aptitud y motivación hacia la escuela.

Es importante diferenciar entre los términos "discapacidad de aprendizaje" y "problema escolar". Aunque ambos se han usado de forma indistinta en la literatura, su confusión ha sido un fuerte dolor de cabeza para los maestros que reciben

entrenamiento en técnicas de educación especial. El término amplio problema escolar se refiere a una cuestión o proposición dudosa que se trata de resolver, es genérico, engloba a todas las causas posibles de bajo rendimiento escolar, tanto externas o ambientales como internas o funcionales; por ejemplo, mala visión, deficiente instrucción previa, marginación educativa, entre otros. La expresión discapacidad de aprendizaje señala trastornos específicos del desarrollo (antes llamados dislexias) que se exhiben por la incapacidad de aprender o de manifestar lo aprendido por una limitación funcional específica, orgánica o interna al sujeto, cuyo establecimiento requiere del cumplimiento de criterios diagnósticos muy bien definidos [véanse pp. 46-47].

Tabla 6-14. Problema escolar

Número de factor	Reactivos	Puntuación
4.1	¿Se distrae con facilidad?	1
4.5	¿Tarda mucho en hacer su tarea?	2
4.6	¿Termina las cosas que comienza?	1
4.9	¿Tiene problemas para atender a un cuento o narración?	1
5.4	¿Piensa antes de contestar lo que se le pregunta?	1
6.1	¿Es muy inquieto(a)?	1
6.6	¿Termina muy rápido sus tareas aunque sea de forma incorrecta?	1
6.8	¿Hay que vigilarlo(a) más que a otros niños?	1
11.7	¿Se comporta adecuadamente en fiestas y actos escolares?	1
16.6	¿Puede cortar una figura de papel respetando los bordes de ésta?	1
18.3	¿Todo se le olvida?	2
18.5	¿Tarda en reaccionar cuando se le habla?	1
19.3	¿Falta a la escuela por enfermedad muy frecuentemente?	2
20.1	¿Dice la fecha cuando se le pregunta?	1
20.2	¿Puede decir la hora del reloj?	1
20.3	¿Reconoce el valor de las monedas?	1
20.5	¿Puede dar un recado o mensaje completo?	1

Tabla 6-14. Problema escolar (continuación...)

Número de factor	Reactivos	Puntuación
20.7	¿Puede distinguir su lado derecho del izquierdo?	2
21.1	¿Tiene dificultad para entender lo que lee?	2
21.2	¿Tiene dificultad para leer en voz alta?	2
21.3	Cuando lee, ¿hace pausas de acuerdo con la puntuación?	1
21.4	¿Tarda mucho en leer un texto breve?	2
21.5	Cuando lee, ¿dice una palabra por otra?	2
22.1	¿Escribe palabras incompletas?	2
22.2	Cuando escribe, ¿sustituye letras?	2
22.3	Cuando escribe, ¿fusiona palabras? (por ej., árbolgrande)	1
22.4	¿Tiene escritura al espejo (al revés)? (p x q; b x d)	2
22.5	¿Tiene dificultades para sostener su lápiz?	3
22.6	Cuando se le dicta, ¿omite palabras?	2
23.1	¿Tiene problemas para pronunciar algunas palabras?	1
23.2	¿Tiene dificultades para pronunciar algunas letras o sonidos?	1
23.3	¿Su vocabulario es escaso o pobre para su edad?	2
24.1	¿Tiene dificultad para entender instrucciones?	2
24.2	¿Tarda mucho en contestar las preguntas en clase?	2
24.6	¿Tiene dificultades para entender lo que se le explica?	2
24.7	¿Puede responder a una adivinanza?	2
24.8	¿Entiende las reglas de juegos sencillos?	1
24.9	¿Puede sumar el valor de al menos tres monedas?	2
25.1	¿Tiene interés por aprender?	2
25.2	¿Hace su tarea regularmente?	2
25.4	Sus calificaciones, con relación a su grupo, ¿son bajas?	2
25.5	¿Tiene dificultades para aprender aunque se esfuerce?	2
25.6	¿Hace los ejercicios más lentamente que sus compañeros?	2
25.7	¿Falta mucho a clases?	2
	TOTAL	72
	Umbral de probabilidad	23
	Umbral de sospecha	30
45	← Total de reactivos en este diagnóstico	

## XV. AUTOESTIMA POBRE

Esta categoría identifica a aquellas personas que presentan una actitud insuficiente de valoración personal, manifiestan un alto grado de ansiedad, niveles excesivos de aspiración y un yo ideal que exige rendimientos desproporcionados; requieren más de la aprobación social por ser susceptibles al rechazo social y a menudo responden a éste con hostilidad.

La autoestima es el sentimiento valorativo de la manera de ser y del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad de cada quien.

Toda persona tiene en su interior sentimientos de autoestima que son responsables de los

fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo del sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

La autoestima es importante porque es el modo que cada uno tiene de percibirse y valorarse; además, moldea la propia vida. Una persona que carece de confianza en sí misma y en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran.

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto que se transmite desde la infancia hacia el futuro será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento.

## XVI. DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE

Las discapacidades del aprendizaje incluyen los trastornos de lectura, cálculo, expresión escrita y del aprendizaje no especificado. La alteración de tipo evolutivo es más prevalente en varones que en mujeres.

Al hablar de discapacidades de aprendizaje, se hace referencia a los problemas comunes que presentan los alumnos de la escuela regular, que les limita su desempeño escolar y los pone en el riesgo de fracasar. Se asume que estas condiciones son remediabiles y que no afectan de forma generalizada al alumno; en especial se supone que estos trastornos se pueden identificar en esferas o dimensiones específicas del individuo, quien presenta áreas de fortaleza o normalidad, lo que diferencia a las discapacidades de aprendizaje de la discapacidad inte-

lectual, la cual es generalizada a todas las esferas de desempeño del niño.

Hammill (1990) identifica cuatro rasgos distintivos de las discapacidades de aprendizaje: (1) discrepancia entre el CI y el desempeño escolar; (2) supuesta disfunción del SNC; (3) trastorno de los procesos psicológicos y (4) problema no explicado por desventaja cultural (pobreza extrema), trastorno emocional o discapacidad intelectual.

Se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas de manera individual. Los problemas de aprendizaje interfieren en términos significativos el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura.

Los trastornos del aprendizaje deben diferenciarse de posibles variaciones normales del rendimiento académico, así como de dificultades escolares debidas a falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales, por lo que las evaluaciones del

Tabla 6-15. Autoestima pobre

Número de factor	Reactivos	Puntuación
8.1	¿Lucha por conseguir lo que quiere?	2
8.2	¿Cree que no puede hacer las cosas tan bien como otros niños?	2
8.3	¿Siente que "nadie lo(a) quiere"?	2
8.4	¿Se siente solo(a)?	2
8.5	¿Se siente víctima?	1
8.6	¿Siente que todo lo que hace está equivocado?	2
8.7	¿Duda de todo lo que hace?	2
8.8	¿Se siente culpable de los problemas de la familia?	2
8.9	¿Tiene poco amigos?	1
8.10	¿Le gusta causar lástima a los demás?	2
9.8	¿Es pesimista o negativo(a)?	1
10.1	¿Se burlan de él (ella) en la escuela?	1
10.2	¿Tiene dificultad para hacer amigos?	1
10.3	¿Es rechazado(a) por sus hermanos o compañeros?	1
13.2	¿Sus sentimientos son heridos fácilmente?	2
25.3	¿Parece que va obligado a clases?	2
	TOTAL	26
	Umbral de probabilidad	7
	Umbral de sospecha	9
16	← Total de reactivos en este diagnóstico	

desarrollo de las aptitudes para la comunicación han de tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del sujeto, en particular si éste se ha desarrollado en un ambiente bilingüe. Las evaluaciones normalizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal son relevantes para el grupo cultural lingüístico en cuestión.

A continuación se describe enuresis, epilepsia, sonambulismo y pica, condiciones que –por su manifestación unívoca– pueden diagnosticarse con la sola presencia de la conducta patognomónica de la condición; por tal razón, es posible generar cuatro hipótesis diagnósticas basadas en la respuesta de un solo reactivo.

Tabla 6–16. Discapacidad de aprendizaje

Número de factor	Reactivos	Puntuación
4.1	¿Se distrae con facilidad?	1
4.2	¿Parece “no escuchar” cuando se le llama?	1
4.3	¿Tiene dificultad para concentrarse en una sola tarea?	2
4.4	¿Requiere que se le repitan las órdenes o preguntas más de una vez?	2
4.5	¿Tarda mucho en hacer su tarea?	2
4.6	¿Termina las cosas que comienza?	1
4.9	¿Tiene problemas para atender a un cuento o narración?	1
5.2	¿Hace las cosas precipitadamente?	2
6.6	¿Termina muy rápido sus tareas, aunque sea de forma incorrecta?	1
18.3	¿Todo se le olvida?	2
20.7	¿Puede distinguir su lado derecho del izquierdo?	1
21.1	¿Tiene dificultad para entender lo que lee?	2
21.3	Cuando lee, ¿hace pausas de acuerdo con la puntuación?	2
21.4	¿Tarda mucho en leer un texto breve?	1
21.5	Cuando lee, ¿dice una palabra por otra?	2
22.1	¿Escribe palabras incompletas?	2
22.2	Cuando escribe, ¿sustituye letras?	2
22.3	Cuando escribe, ¿fusiona palabras? (por ej., árbolgrande)	2
22.4	¿Tiene escritura al espejo (al revés)? (p x q; b x d)	3
22.6	Cuando se le dicta, ¿omite palabras?	3
23.1	¿Tiene problemas para pronunciar algunas palabras?	2
23.2	¿Tiene dificultades para pronunciar algunas letras o sonidos?	1
23.3	¿Su vocabulario es escaso o pobre para su edad?	1
23.4	Cuando habla, ¿se “come” letras o palabras?	1
23.5	¿Contesta con monosílabos (sí, no, ajá) la mayor parte del tiempo?	1
24.1	¿Tiene dificultad para entender instrucciones?	1
24.2	¿Tarda mucho en contestar las preguntas en clase?	1
24.4	¿Tiene dificultad para resolver problemas de sentido común?	2
24.5	¿Dice cosas que son ilógicas o tontas?	1
24.6	¿Tiene dificultades para entender lo que se le explica?	2
24.9	¿Puede sumar el valor de al menos tres monedas?	1
25.1	¿Tiene interés por aprender?	2
25.2	¿Hace su tarea regularmente?	1
25.3	¿Parece que va obligado a clases?	1
25.4	Sus calificaciones, con relación a su grupo, ¿son bajas?	2
25.5	¿Tiene dificultades para aprender aunque se esfuerce?	2
25.6	¿Hace los ejercicios de clase más lentamente que sus compañeros?	2
	TOTAL	59
	Umbral de probabilidad	21
	Umbral de sospecha	28
37	← Total de reactivos en este diagnóstico	

**XVII. ENURESIS**

Es la emisión de orina de manera repetitiva, inapropiada e involuntaria, por lo general en la cama. En términos operacionales, la enuresis se define como el humedecimiento de la cama o la ropa en personas mayores de tres años que dejan de inhibir el reflejo de descarga de orina cuando sienten el impulso.

**Tabla 6-17. Enuresis**

Número de factor	Reactivos	Puntuación
19.1	¿Se orina por las noches?	3

**XVIII. EPILEPSIA**

Esta categoría intenta identificar a niños con un complejo de síntomas que se caracteriza por episodios periódicos y transitorios de alteración en el estado de la consciencia, los cuales pueden asociarse a movimientos convulsivos y transitorios en el sentimiento, en la conducta o también en ambos.

Epilepsia proviene del griego "epilepsia" que significa tomar posesión de, ya que en el pasado se atribuía a posesiones demoníacas. Indica a los diversos tipos de ataques recurrentes, producidos por descargas neuronales paroxísticas excesivas en diferentes partes del cerebro, que pueden depender de diversos trastornos cerebrales y corporales. La epilepsia es un complejo sintomático que afecta a 0.5% de la población general. Algunas regiones del cerebro son en particular sensibles para la crisis epiléptica, pues tienen un umbral bajo y alta susceptibilidad, es-

**Tabla 6-18. Epilepsia**

Número de factor	Reactivos	Puntuación
18.8	¿Padece de ataques?	3

pecialmente la corteza motora y las estructuras del sistema límbico, así como el lóbulo temporal, la amígdala y el hipocampo.

La epilepsia tiene dos orígenes: el ideopático o el adquirido. El primero es cuando no hay un causa específica. El diagnóstico de epilepsia afecta mucho la vida del paciente y la de su familia, pues requiere de tratamiento farmacológico y de manejos especiales para evitar accidentes durante las crisis convulsivas. (Cecil-Loeb, 1994).

**XIX. SONAMBULISMO**

Trata de detectar niños que sufren alteración en el transcurrir del sueño. Quien la padece ejecuta de modo espontáneo durante el estado de sueño movimientos automáticos, llegando a deambular unos minutos por la habitación que ocupa o, incluso, por toda la casa; después se acuesta y, al despertarse más tarde, no recuerda nada de lo ocurrido.

**Tabla 6-19. Sonambulismo**

Número de factor	Reactivos	Puntuación
15.6	¿Camina dormido(a)?	2

**XX. PICA**

El DSM-IV considera el diagnóstico si el niño come o ingiere cosas inusuales y, por lo general, no comestibles, como papel, desperdicios, madera y otros.

**Tabla 6-20. Pica**

Número de factor	Reactivos	Puntuación
17.7	¿Come cosas inusuales (como papel, madera, yeso, etc.)	3



## 7 INVESTIGACIÓN Y VALIDACIÓN DE ¡DETECTOR!

¡Detector! es un sistema computarizado para la detección y referencia de los problemas de los niños de primaria, el cual ha sido desarrollado desde 1994 en la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), y cuyo uso en dicho Estado, Veracruz y la zona Metropolitana del Distrito Federal ha sido aprobado en los dos últimos años para la investigación y atención a escolares (Sánchez, 1994; Sánchez y Pinto, 1995).

A la fecha, el instrumento ha sido utilizado para evaluar alumnos referidos por los maestros de escuela; por tal razón, se ha estudiado su impacto y aceptación social (Sánchez, 1995). Existe una primera descripción de los principales problemas detectados y referidos (Sánchez y Pinto, 1995), así como estudios de la validez de diagnósticos específicos (González y Molina, 1995); los datos obtenidos de estos estudios se especifican a continuación.

La realización de diversos estudios en torno de ¡Detector! ha permitido analizar diversos aspectos relacionados con su utilización.

La aceptación social del programa Detección de riesgo en la escuela primaria (¡Detector!) por parte de padres, maestros y administradores con quienes se utiliza y las ventajas y limitaciones de su uso, se discuten en función del impacto social potencial de esta tecnología en la labor del psicólogo en la escuela. Para tal efecto, Sánchez (1995) entrevistó a padres de familia, maestros, directores de escuelas y psicólogos infantiles; descubrió que pese a que usuarios y clientes coinciden en identificar las ventajas del procedimiento computacional en la

identificación y referencia de los niños con problemas, su uso está supeditado a factores de índole psicológica, sociológica y organizacional.

Los padres afirmaron que este tipo de procedimientos es útil para la escuela y lo percibieron como un servicio adicional de ésta; aunque no todos estaban dispuestos a seguir las recomendaciones de referencia del instrumento. Los maestros expresan sentimientos mixtos respecto al programa: por un lado, la mayoría considera que estos procedimientos son útiles para persuadir a los padres de la necesidad de apoyar a su hijo con servicios médicos, psicológicos o de educación especial, ya que —en muchos casos— los padres están más dispuestos a llevar a su hijo a un psicólogo si esta sugerencia es dada en el reporte de forma “impersonal” (emitido por una máquina), que si el maestro mismo lo sugiere, y comentaron que en muchos casos los padres se sentían ofendidos por tal sugerencia. Por otra parte, muchos maestros se mostraron reacios a utilizar el programa, pese a haber recibido el entrenamiento apropiado, en virtud de su excesiva carga de trabajo, dificultades para acceder a la computadora de la escuela, temor a las computadoras y por considerar que no era parte de sus requerimientos en el trabajo. Por lo general, sugerían que se les supliera en sus clases, que se asignara a un maestro exclusivamente para este efecto o que lo hiciera el director. En tanto, los directores se mostraron entusiastas con la participación de los investigadores en la utilización del instrumento en las escuelas, ellos señalaron que un aspecto en particular importante es el reporte impreso que

genera el programa, ya que éste sirve como criterio de apoyo para referir a los alumnos a otros servicios de los cuales son, con frecuencia, rechazados por no existir ninguna evidencia o documentación del problema.

En general, tanto el médico como los psicólogos opinaron que el programa era muy útil como un procedimiento inicial para el diagnóstico de los niños, aunque expresaron las limitaciones del instrumento para este efecto, acordando su uso para fines fundamentalmente de detección. Los psicólogos se mostraron más dispuestos a utilizar el instrumento en virtud de la calificación y reporte automáticos relacionados de manera directa a la optimización de su tiempo en el trabajo.

A partir de la utilización de ¡Detector!, Sánchez y Pinto (1995) describieron la incidencia de los problemas que se detectan en los niños de primaria y sus efectos en el desempeño escolar. Los resultados indican que los problemas orgánicos, de salud y psicológicos que presentan estos niños pueden ser remediados a través de la detección temprana y su referencia oportuna al profesional correspondiente, medidas que pueden disminuir significativamente las altas tasas de fracaso escolar informadas en este nivel educativo. Además, fue posible corroborar que muchos de los problemas que exhiben los escolares del nivel básico son de tipo psicológico, somático o ambos, susceptibles de intervención en el marco de la escuela o a través de los servicios de apoyo. En general, concluyen que la utilización de un instrumento que

permite detectar de manera sistemática y bastante objetiva la problemática del niño, hace resaltar la necesidad de formalizar los métodos actuales de identificación y referencia de los niños con problemas escolares.

Por otra parte, es importante considerar también qué tan objetivo es el criterio que contempla ¡Detector! para evaluar los aspectos, ya que, desde el punto de vista de evaluación clínica, en la detección de los problemas de los niños los reactivos de carácter conductual son esenciales. Sin embargo, algunos factores (p. ej., temperamento, afectividad y autoestima) y el diagnóstico de autoestima pobre son esencialmente evaluados de manera más o menos subjetiva a través de reactivos de referencia. Para tal efecto, Gómez, Vázquez y Sánchez (1997) realizaron un análisis de la contribución de los reactivos conductuales y no-conductuales para la descripción del problema y la generación de hipótesis diagnósticas. Del análisis de los datos expuestos es posible concluir que la mayoría de los reactivos, factores y diagnósticos puede considerarse son de índole conductual. No obstante, en algunas instancias, la información de referencia es esencial para la descripción del fenómeno.

Cuando se utiliza un instrumento de medición es importante determinar qué tan eficaz es para medir de manera demostrable y objetiva lo que pretende, a fin de asegurar el grado de generalización de los criterios emitidos para que éstos sean aceptados como una medida de los fenómenos o elementos que se estudian. De este modo,

Contribución por factores		
Factores	Tipo	Criterio
Oposición, Conducta interpersonal, Sueño, Psicomotor, Conducta adaptativa, Lectoescritura, Lenguaje y Desempeño escolar	Conductual: la mayoría de los reactivos son observables de forma más o menos objetiva	70% del total de reactivos
Temperamento, Autoestima, Depresión	De referencia: la mayoría de los reactivos que componen estos factores aluden a juicios más o menos subjetivos de los padres	70% del total de reactivos
Oposición, Atención y Organicidad	Mixtos: un número igual de reactivos de referencia y conductuales componen estos factores	50% aproximadamente de cada tipo

Clasificación de Hipótesis diagnósticas		
Conductuales	De referencia	Indiferenciados
Disfunción cerebral	Autoestima pobre	TDAH
P. Alimento		
P. de Ansiedad		
P. Emocional		
P. Psicomotor		
Psicosis		
P. de Salud		
Discapacidad intelectual		
P. de Socialización		
P. Escolar		

González y Molina (1995) desarrollaron un estudio para establecer la validez concurrente del ¡Detector! con respecto al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y encontraron que la sospecha de TDAH se confirmó clínicamente en 70% de los casos en los que el programa generó sospecha de esta condición, por lo que se concluye que el instrumento es válido como elemento de detección, aunque no es útil como criterio único para el diagnóstico.

Por último, cabe resaltar que ¡Detector!, como cualquier otro instrumento que utiliza normas y parámetros basados en poblaciones cambiantes, requiere de continua actualización, por lo que se prevee una supervisión constante de su confiabilidad. El autor agradecerá que el usuario ayude en esta tarea, comunicando sus dudas, comentarios y sugerencias sobre ¡Detector!, al correo electrónico [psanchez@cablered.net.mx](mailto:psanchez@cablered.net.mx)



## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., McCaughy, S. H. & Howell, C. T.** [1987]. Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Acle, G. & Olmos, A.** [1995, 1998]. *Problemas de aprendizaje. Enfoques Teóricos*. México: UNAM. FES Zaragoza.
- Aguiar, R.** [2002]. *Desarrollo de una escala para evaluar el desarrollo social de los niños de cuatro años*. Tesis doctoral, Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Aiken, L.** [1996]. *Tests psicológicos y evaluación*. México: Prentice Hall.
- Ainsworth, M. D. S.** [1979]. Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- American Educational Research Association.** [1999]. *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- American Psychiatric Association.** [1988]. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association.** [1998]. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Anastasi, A.** [1966]. *Tests psicológicos*. Madrid, España: Ediciones Aguilar.
- Anastasi, A. & Urbina, S.** [1998]. *Tests Psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Arellano, A.** [1994]. *El lenguaje integral y la lecto-escritura en la escuela primaria latinoamericana*. México: Trillas.
- Arés, P.** [1990]. *Los intereses cognoscitivos de los escolares*. La Habana, Cuba: Ciencias Sociales.
- Asher, S. R. & Dodge, K. A.** [1986]. Identifying children who are rejected by their peers. *Developmental Psychology*, 4, 444-449.
- Azmitia, M.** [1988]. Peer interactions and problem solving: when are two heads better than one? *Child Development*, 59, 87-96.
- Azmitia, M. & Hesser, J.** [1993]. Why siblings are important agents of cognitive development: A comparison of siblings and peers. *Child Development*, 64, 430-444.
- Bandura, A. & Walters, R.** [1978]. *Aprendizaje social y desarrollo en la personalidad*. Madrid, España: Alianza.
- Bandura, A.** [1969]. *Principles of behavior modification*. Nueva York, NY, EE. UU.: Holt Rinehart & Winston.
- Barocio-Quijano, R.** [2001]. México. En R. Neugebauer, *Early Childhood Trends Worldwide*. [Versión electrónica]. Disponible en: <http://www.ccie.com/featured/trends.html>
- Bastin, G.** [1985]. *Por qué fracasan nuestros escolares*. México: Edipsesa.

- Bateman, B.** [1984]. Learning Disabilities. Yesterday, Today and Tomorrow. *Exceptional Children*, 31, 167-168.
- Baumrind, D.** [1971]. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, [1-2].
- Berk, L.** [1996]. *Infants, children and adolescents*. Boston, MA, EE. UU.: Allyn and Bacon.
- Bischof, L. S.** [1979]. *Interpreting personality theories*. Mexico: Trillas.
- Bowlby, J.** [1969]. *Attachment and loss*. Londres, Inglaterra: Hogarth.
- Braslavsky, B.** [1981]. *Trastornos de aprendizaje y conducta escolar*. Buenos Aires, Argentina: UNESCO.
- Bricklin, B. & Bricklin, P.** [1988]. *Causas psicológicas de bajo rendimiento escolar*. México: Pax México.
- Brofenbrenner, U.** [1989]. Ecological systems theory. En R. Vasta [Ed.], *Annals of Child Development: Vol. 6. Six Theories of child development: Revised. Formulations and current issues*. Greenwich, Conn, Inglaterra: Jai Press.
- Cantón, B.** [1996]. *Detección del escolar de primaria con problemas de lectura*. Proyecto de tesis de maestría, Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Cantón, B.** [1997]. *Detección del lector deficiente: procedimientos, instrumentos e implicaciones para la escuela primaria*. Tesis de Maestría, Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Carr, M.** [1991]. Motivational components of underachievement. *Developmental Psychology*, 27 [1], 8-18.
- Carvajal, A. L., Spitzer, T. C. & Zorrilla, J. F.** [1993]. *Alumnos. Estados del conocimiento, Cuaderno 1*. Segundo Congreso Nacional de Investigación Educativa. México.
- Castañeda, S. & López, M.** [1992]. La psicología instruccional mexicana. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 5[1].
- Castellanos-Martínez, G.** [1995]. *Relación entre la autoestima y el rol sexual en alumnos de tercer año de secundaria*. Tesis de licenciatura, Escuela de Psicología, Universidad del Mayab, Yucatán, México.
- Cecil-Loeb, G. D.** [1994]. *Sinopsis de medicina interna*. México: Interamericana.
- Charmeux, E.** [1992]. *Cómo fomentar los hábitos de lectura. Lectura eficaz. Objetivos. Aprendizaje. El fracaso escolar*. Barcelona, España: Ediciones CEAC.
- Coakley, B. F.** [1993]. *Improving the academic achievement of third and fourth grade underachievers as a result of improved self-esteem*. Florida, EE. UU.: Precticum, Nova University.
- Cohn, D.** [1990]. A child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development*, 61, 152-162.
- Coie, J. D. & Kupersmidt, J. B.** [1983]. A behavioral analysis of emerging social status in boys groups. *Child Development*, 54, 1400-1416.
- Coie, J. D., Dodge, K. A. & Coppotelli, H.** [1982]. Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology*, 18, 557-570.
- Coie, J. D. & Dodge, K. A.** [1988]. Multiple sources of data on social behavior and social status in the school. A cross-age comparison. *Child Development*, 59, 815-829.
- Collins, N.** [1994]. *Metacognition and reading to learn*. ERIC Digest [Base de datos]. <http://www.eric.edu.com>
- Connell, P. H. & Evans, J.** [1992]. *The effects of an extra year after kindergarden on students school achievement and self esteem*. Documento presentado en la reunión anual de la Mid-South Educational Research Association. Knoxville, TN, EE. UU.

- Cooper, D.** [1986]. *Cómo mejorar la comprensión de la lectura*. Nueva York, NY, EE. UU.: Houghton Mifflin.
- Corkille-Briggs, D.** [1992]. *Cómo lograr una vida feliz*. México: Gedisa.
- Corkille-Briggs, D.** [1994]. *El niño feliz. Su clave psicológica*. Barcelona, España: Gedisa.
- De Vega, M., Carreiras, M., Gutiérrez-Calvo, M. & Alonso-Quecuty, M.** [1990]. *Lectura y comprensión. Una perspectiva cognitiva*. Madrid, España: Alianza.
- Delgado, A. & Piastro, E.** [1993]. Modelo de educación integral. Desarrollo de habilidades de razonamiento y formación valoral. *Didac. Universidad Iberoamericana*, 22, 11-14.
- DeRosier, M. E., Kupersmidt, J. B. & Patterson C. J.** [1994]. Children's academic and behavioral adjustment as a function of the chronicity and proximity of peer rejection. *Child development*, 65, 1799-1813.
- Deval, J.** [1991]. *Los fines de la educación* [2a. ed.]. España, Madrid: Siglo XXI.
- Dishion, T. J.** [1990]. The family ecology of boy's peer relations in middle childhood. *Child Development*, 61, 874-892.
- Doll, F.** [1997]. *La prueba PAR de Doll*. Batería de pruebas del programa UNI, Mérida, Yucatán, México.
- Dunn, J. & Kendrick, C.** [1982]. *Siblings: Love, envy and understanding*. Cambridge, MA, EE. UU.: Harvard University Press.
- Elliott, J. & Hewison, J.** [1994, junio]. Comprehension and interest in home reading. *British Journal of Educational Psychology*, 64 [2].
- Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E.** [1994]. *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: El Manual Moderno.
- Esquivel, L.** [1989]. Atribución causal de la reprobación en estudiantes de bachillerato. *Educación y ciencia*, 7, 22-26.
- Fein, G. G.** [1978]. Play revisited. En M. E. Lamb [Ed.], *Social and personality development*. Nueva York, NY, EE. UU.: Holt Rinehart & Winston.
- Fend, L.** [1986]. Factores determinantes de los rendimientos escolares: ¿Cuál es la importancia de los maestros? *Educación*, 33.
- Fierro, C. & Rosas, L.** [1988]. Hacia la construcción de un programa de maestros en ejercicio. Una experiencia de investigación-acción. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 18.
- Finn, J. D.** [1988]. School performance of adolescents in juvenile court. *Urban-Education*, 23 [2], 150-161.
- Formet, E.** [1989]. El ser personal, fundamento de la educación. En *El concepto de persona. Tratado de educación personalizada*, [2]. Víctor García Hoz [director]. Madrid, España: Rialp.
- French, D. C.** [1990]. Heterogeneity of peer rejected girls. *Child Development*, 61, 2028-2031.
- Freund, J. & Smith, R.** [1989]. *Estadística* [4a. ed.]. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Galindo, E., et al.** [1981]. *Modificación de conducta en la Escuela Especial. Diagnóstico y programas*. México: Trillas.
- García-Coll, C. & Magnuson, K.** [1988]. Cultural influences on child development: are we ready for a paradigm shift? *Child Development*, 59, 99-104.
- Gargallo, B.** [1991]. *Hijos Hiperactivos*. Madrid, España: Cúpula respuesta.
- Genovard, C., Gotzens, C. & Montané, J.** [1981]. *Psicología de la Educación*. Barcelona, España: Ediciones CEAC.
- Ginsburg, H. & Opper, S.** [1992]. *Piaget y la teoría del desarrollo intelectual*. México: Calypso.

- Giral, G. M. & Marín, M. D.** [1985]. Marco teórico para el estudio del rendimiento escolar. Evaluación del currículum. *Perfiles Educativos*, 46.
- Gómez, D., Vázquez, M. & Sánchez, P.** [1997, enero - junio]. Evaluación de la contribución relativa de reactivos conductuales y de referencia en una escala computarizada para evaluar los problemas de los escolares de primaria. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 2(1), 191 - 207.
- Gómez, M.** [1986]. *Cómo hacer a un niño lector* [2a. ed.]. Madrid, España: Narcea.
- Gómez-Palacio, M.** [1987]. *Estrategias para superar las dificultades en el dominio del sistema de escritura*. México: Secretaría de Educación Pública.
- González, G. A. M.** [1996]. Enfoque humanista transpersonal. Un nuevo reto a la educación. *Didac. Universidad Iberoamericana*, 27, 45-48.
- González, A & Molina, V.** [1995]. *Validez concurrente del DRPP para evaluar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad*. Escuela de Psicología, Universidad del Mayab, Yucatán, México.
- González, F.** [1995]. *Comunicación, personalidad y desarrollo*. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- González, F. & Mitjans, A.** [1989]. *La personalidad. Su educación y desarrollo*. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Goodman, K.** [1976]. Behind the eye: What happens in reading? En *Theoretical models and processes of reading*. Delaware, EE. UU.: Scotch Press IRA.
- Green, K. D., Forehand, R. Beck, S. & Vosk, B.** [1980]. An assessment of the relationship among measures of children's social competence and children's academic achievement. *Child Development*, 51, 1149-1156.
- Guadiana, E. L.** [1992]. El papel de las habilidades de razonamiento y la comunidad de cuestionamiento en la promoción de la autoestima. *Didac. Universidad Iberoamericana*, 27, 45-48.
- Guimaraes, M.** [2001]. Uruguay. En R. Neugebauer, *Early Childhood Trends Worldwide* [Versión electrónica]. Disponible en: <http://www.ccie.com/featured/trends.html>
- Hammill, D. D.** [1990]. *Behavior Rating Profile*. Boston, MA: The Riverside Publishing.
- Harkness, S. & Super, C. M.** [1995]. Culture and parenting. En M. Bornstein [Ed.], *Handbook of Parenting: Vol. 2. Biology and ecology of parenting*. Hillsdale, NJ, EE. UU.: Erlbaum.
- Harper, L. & Huie, K.** [1987]. Relations among preschool children's, adult and peer contacts and later academic achievement. *Child Development*, 58, 1051-1065.
- Harris, M. B. & Goss, D.** [1988]. Children's understanding of real and apparent emotion. En J. W. Astington, P. L. Harris & D. R. Olson [Eds.], *Developing theories of mind*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Hartup, W. W.** [1991]. Social development and social psychology: perspectives on interpersonal relationships. En J. H. Cantor, C. C. Spiker & L. Lipsit [Eds.], *Child behavior and development: training for diversity*, 1-33. Nowood, NJ, EE. UU.: Ablex.
- Hartup, W. W.** [2001]. Cooperation, close relationships and cognitive development. En W. M. Bukowski, A. F. Newcombe & W. W. Hartup [Eds.], *The company they keep: friendship in childhood and adolescence*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Hartup, W. W. & Willard, K.** [1988]. Conflict and the friendship relationship of young children. *Child Development*, 50, 1590-1600.

- Hartup, W. W.** [1992]. Having friends, making friends and keeping friends: relationships as educational contexts. Urbana, K.: *Clearinghouse on Elementary and early Childhood Education*. [No. de servicio de reproducción de documentos ERIC ED 345 854]
- Haviland, J. M. & Lelwica, M.** [1987]. The induced affect response: 10 week-old infant's responses to their emotional responses. *Developmental Psychology*, 23, 97-104.
- Hernández, R.** [1991]. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill
- Hinde, R. A., Stevenson-Hinde, J. & Tamplin, A.** [1985]. Characteristics of 3- to 4-year-olds assessed at home and their interactions in preschool. *Developmental Psychology*, 21, 130-140.
- Howes, C. & Phillipsen, L.** [1998]. Continuity in children's relations with peers. *Social Development*, 7, 340-349.
- Hurlock, D.** [1998] *Human Development*. Nueva York, NY, EE. UU.: Prentice Hall
- Johnson, D. W.** [1972]. *Psicología social de la educación*. Argentina: Kapelusz.
- Kaplan, P. & Kinsbourne, M.** [1990]. *Problemas de atención y aprendizaje en los niños*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Kerlinger, F. N.** [1985]. *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- Klausmeier, C.** [1982]. *Psicología Educativa*. Argentina: Kapelusz.
- Kojima, H. & Mayakawa, J.** [1993]. *Social support and school adjustment in Japanese elementary school children*. Documento presentado en la reunion bienal de la Society for Research in Child Development. Nueva Orleans, LU, EE. UU.
- Lamb, M. E.** [1978]. *Social and personality development*. Nueva York, NY, EE. UU.: Holt Rinehart & Winston.
- Lamszus, H.** [1984]. La evaluación de los rendimientos escolares. *Educación*, 29.
- Latapí, P.** [1991]. Educación y escuela. Tomo I: La educación formal. México: SEP, Nueva Imagen.
- Lieberman M., Doyle A. B. & Markiewics, D.** [1999]. Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: associations with peer relations. *Child Development*, 70, 202-213.
- Lieberman, A. F.** [1977]. Preschoolers competence with peers. Relationships with attachment and peer experience. *Child Development*, 48, 1281-1287.
- Lindgren, H. C.** [1985]. *Introducción a la psicología social*. México: Trillas.
- Macías-Valadez, T. G.** [1996]. *Desarrollo infantil 1. Estructura de la realidad en el niño* [1a. ed.]. México: Trillas
- Mantzicopoulos, P.** [1990]. Coping with school failure: Characteristics of students employing unsuccessful coping strategies. *Psychology in the schools*, 2(27), 138-143.
- Matas L., Arend R. A. & Sroufe, L.A.** [1978]. Continuity of adaptation in the second year: the relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547-556.
- Mattos, L.** [1984]. *Compendio de didáctica*. Argentina: Kapelusz.
- McClellan, D. & Katz, L.** [1993]. Young children's social development: a checklist. *Journal of Developmental Psychology*, 189, 39-43.
- McCoy, J. K., Brody, G. H. & Stoneman, Z.** [1994]. A longitudinal analysis of siblings relationships as mediators of the link between family process and youth's best friends. *Family Relations*, 43, 400-408.

- McLuhan, M. & Fiore, Q.** [1969]. *El medio es el mensaje. Un inventario de efectos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Medina-Rubio, R.** [1989]. La educación como un proceso de personalización en una situación social. En el concepto de persona. *Tratado de educación personalizada, [2]*. Víctor García Hoz [director]. Madrid, España: Rialp.
- Medina, L.** [1984]. *La validez del contenido de las pruebas de fin de curso de Matemáticas I en las Escuelas Preparatorias en la Universidad de Yucatán*. Tesis de maestría, Universidad de Yucatán, México.
- Mendenhall, W.** [1982]. *Introducción a la probabilidad y la estadística*. Estados Unidos: Wadsworth Internacional/Iberoamericana.
- Menéndez, C.** [1994, 28 de agosto]. Diario de Yucatán, sección local, p. 1.
- Mercer, D.C.** [1991]. *Dificultades de aprendizaje, origen y diagnóstico*. España: Ediciones CEAC.
- Michaca, P. & Chardón de Arrúe, M. C.** [1984]. Problemas de aprendizaje y relaciones objetales. *Revista Mexicana de Psicología, 1* [1]. México: Sociedad Mexicana de Psicología.
- Molina, A.** [1985]. *Diálogo e Interacción en el proceso pedagógico*. México: El Caballito.
- Molina, V. & González, A.** [1996]. *Validez concurrente del programa computacional sistema para el diagnóstico y referencia de los problemas de los niños de primaria [¡Detector!] con respecto al trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad del Mayab, Yucatán, México.
- Moncayo, G.** [1986]. *No sólo con gis y buenos deseos*. México: Hexagón. Osman B. Trillas.
- Monedero, C.** [1984]. *Dificultades de aprendizaje escolar, Una perspectiva neuropsicológica*. España: Pirámide.
- Moreno, J. L.** [1934]. *Who shall survive?* Washington, DC, EE. UU.: Nervous and Mental Disease Publishing.
- Mussen, P. H, Conger, J. J. & Kagan, J.** [1991]. *Desarrollo de la personalidad en el niño* [3a. ed.]. México: Trillas.
- Naglieri, LeBuffe & Pfeiffer,** [1993]. *Las escalas Devereux*. Englewood, CA, EE. UU.: Psychological Testing.
- Newcombe, J. & Bukouski, W. M.** [1993]. Popular Children. En W. Damon & N. Eisenberg [Eds.], *Handbook of child psychology: Vol. 3*. Nueva York, NY, EE. UU.: John Wiley & Sons.
- Nieto, M.** [1988]. *El niño disléxico*. México: Prensa Médica.
- Okagaki, L. & Sternberg, R. L.** [1993]. Parental beliefs and children's school performance. *Child Development, 64*, 36-56.
- Orozco, F.** [1988]. *Investigación de lectura y comprensión* [reporte]. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
- Ortega-Pacheco, L.** [1995]. El autoconcepto y el cambio. *Umbral XXI. Publicación de los programas de investigación y posgrado de la Universidad Iberoamericana, 22*, 37-41.
- Osman, B.** [1984]. *Problemas de aprendizaje*. México: Trillas.
- Palacio, G. & Farha, G.** [1987]. *Estrategias pedagógicas para superar las dificultades en el dominio del sistema de escritura*. México: Secretaría de Educación Pública.
- Palacios, L. E.** [1989]. La persona humana. En el concepto de persona. *Tratado de educación personalizada [2]*. Víctor García Hoz [director]. Madrid, España: Rialp.
- Papalia, D. E. & Wendkos, S. O.** [1994]. *Desarrollo humano* [4a. ed.]. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Papalia, D. E. & Wendkos, S. W.** [1998]. *Psicología del desarrollo*. México: McGraw Hill.

- Papalia, D. E. & Olds, S. W.** [1994]. *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Park, K. A. & Waters, E.** [1989]. Security of attachment and preschool friendships. *Child Development*, 60, 1076-1081.
- Passow, A. H.** [1984]. *Institutional content for depressed urban centers: Problems and approaches*. Trabajo presentado por el seminario Post Doctoral del College of Education, University of Education, OH, EE. UU.
- Pearce, J.** [1995]. *Berrinches, Enfados y Pataletas. Soluciones comprobadas para ayudar a tu hijo a enfrentarse a emociones fuertes* (1a. ed.). España: Paidós.
- Pelligri, A. D. & Glikman, C. D.** [1991]. *Measuring kindergartens social competence*. ERIC Digest [No. de servicio de reproducción de documentos ERIC ED 327314]
- Pelligri, A. D.** [1985]. The relations between symbolic play and literate behavior: a review and critique of the empirical literature. *Review of Educational Research*, 55, 207-221.
- Perry, J. C.** [1979]. Popular, amiable, isolated, rejected: a reconceptualization of sociometric status in preschool children. *Child Development*, 52, 1231-1234.
- Petit, G. S., Dodge, K. A. & Brown, M. M.** [1988]. Early family experience, social problem solving patterns, and children's social competence. *Child Development*, 59, 107-120.
- Piaget, J.** [1952]. *The origins of intelligence in children*. Nueva York, NY, EE. UU.: International Universities Press.
- Pope, A., McHale, S. & Craighead, E.** [1988]. *Self esteem enhancement with children and adolescents*. Gran Bretaña: Pergamon.
- Reca, Y., Álvarez, M., Caño, M., Castilla, G., García, M., García, O., et al.** [1990]. *Análisis de las investigaciones de la familia cubana*. La Habana, Cuba: Ciencias Sociales.
- Reina, T.** [1997]. *Efectos del entrenamiento metacognitivo en la comprensión de lectura de escolares de primaria*. Tesis de Maestría, Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Reinoso, L. & Serrat, M.** [1990]. En D. E. Papalia & S. W. Olds (Eds.), *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.
- Renshaw, D.** [1991]. *El niño hiperactivo*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Ridao, G. I.** [1990]. El desarrollo del autoconcepto en la vida familiar. En *La educación personalizada en la familia. Tratado de educación personalizada [7]*. Víctor García Hoz [director]. Madrid, España: Rialp.
- Rodríguez, A.** [1993]. *Psicología social*. México: Trillas.
- Rogoff, B.** [1990]. *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. Nueva York, NY, EE. UU.: Oxford University Press.
- Rubin, K., Bukowski, W. & Parker, J.** [1998]. Peer interactions, relationships and groups. En W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3*. Nueva York, NY, EE. UU.: John Wiley & Sons.
- Ruiz, R.** [1997]. *Correlatos familiares asociados a la lectura eficaz*. Tesis de Maestría, Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Salvia, J. & Ysseldyke, J. E.** [1997]. *Evaluación en la educación especial*. México: El Manual Moderno
- Sánchez, P. & Cantón, B.** [1996]. Desarrollo de un modelo de atención para niños con discapacidades de aprendizaje en el estado de Yucatán. *Cuadernos Tamaulipecos: Segundo Congreso de Investigación Educativa*, 117-130.
- Sánchez, P.** [1986]. *Developmental psychopathology: the approach to the borderline case*. Disertación doctoral no publicada, University of Iowa, EE. UU.

- Sánchez, P.** [1994]. Desarrollo de un sistema computarizado para la detección y referencia de los problemas del niño de primaria: el ¡Detector! *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 191, 84-92.
- Sánchez, P.** [1994]. *Compendio de psicología especial*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, P.** [1995]. ¡Detector! *Manual del usuario*. Ediciones de la Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Sánchez, P.** [1995]. Uso de la computadora en las primarias de Mérida: el impacto de un programa. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 195, 69-75.
- Sánchez, P.** [1996]. Psicoterapia y Depresión. *Gaceta*, 16, 29-32.
- Sánchez, P. & Cantón, B.** [1993]. Características de niños con discapacidad física en el sistema de educación primaria del estado de Yucatán. *Revista de La Universidad Autónoma de Yucatán*, 186, 18-29.
- Sánchez, P. & Cantón, B.** [1994]. Desarrollo de un modelo de atención a los niños con discapacidades de aprendizaje en el estado de Yucatán. *Revista Educación y Ciencia* 10 [3], 63-76.
- Sánchez, P. & Cantón, B.** [1997]. *Detección del lector deficiente: Procesos, instrumentos e implicaciones*. Ponencia presentada al IV Congreso Nacional de Investigación Educativa [en arbitraje].
- Sánchez, P. & Pinto, J.** [1995]. Incidencia de los problemas que afectan a los niños de primaria en Yucatán, México. *Revista Educación y Ciencia*, 12 [3], 31-42
- Sánchez, P., Cantón, B. & Sevilla, D.** [1997]. *Compendio de Educación Especial*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, R.** [1988]. La formación del maestro en una sociedad cambiante. *Revista de Educación Superior*, 2.
- Sarmiento, S.** [1995]. *Leer y comprender. Procesamiento de textos desde la psicología cognitiva*. México: Planeta.
- Sastré, V.** [1993]. *La lectura y la escritura de las últimas décadas*. México: Rompan Filas.
- Sastrías, M.** [1992]. *Cómo motivar a los niños a leer. Lecto-juegos y algo más*. México: Pax México.
- Satir, V.** [1993]. *En contacto íntimo. Cómo relacionarse con uno mismo y con los demás*. México: Concepto.
- Secretaría de Educación Pública** [2001]. *Estadísticas del sistema educativo mexicano*. México: Autor.
- Seifert, N. & Hoffnung, J.** [1997]. *Child and adolescent behavior*. Boston, MA, EE. UU.: Prentice May.
- Sercod, P. F. & Backman, C.** [1979]. *Psicología Social*. México: McGraw Hill.
- Servín, J. L.** [1992]. Las expectativas como explicación del autoconcepto. *La psicología social en México*, 4, 193-228.
- Servín, J. L.** [1995]. Validez de constructo de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris. *La psicología social en México*, 5, 76-82.
- Shiefelbein, E. & Simmons, J.** [1981]. *Los determinantes del rendimiento escolar; reseña de investigación para los países en desarrollo*. Canadá: International Development Research Center.
- Shunk, D. H.** [1992]. Autoconcepto y rendimiento escolar. En C. Rogers & P. Kutnick [Compiladores]. *Psicología social de la escuela primaria. Temas de educación Paidós*. España: Paidós Ibérica.
- Smith, F.** [1983]. *Comprensión de la lectura. Análisis psicolingüísticos de la lectura y su aprendizaje*. Buenos Aires, Argentina: Trillas.
- Spiegel, M.** [1991]. *Estadística*. España: McGraw Hill.

- Stone, H. & Church, F. (1979). *Childhood and adolescence*. Nueva York, NY, EE. UU.: Random House.
- Straye, J. (1986). Children's attributions regarding the situational determinants of emotions in self and others. *Developmental psychology*, 5, 649-654.
- Strommen, E. A., Mckinney, J. P. & Fitzgerald, H. E. (1982). *Psicología del desarrollo: Edad escolar*. México: El Manual Moderno.
- Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York, NY, EE. UU.: Norton; Londres, Inglaterra: Tavistock Publications.
- Tudge, J. (1992). Process and Consequences of Peer Collaboration: A Vigotskian Analysis. *Child Development*, 63, 1364-1379.
- Turecki, S. (1997). *El niño difícil de criar*. Colombia: Norma.
- Turner, P. J. (1991). Relations between attachment, gender, and behavior with peers in preschool. *Child Development*, 62, 1475-1488.
- Uriarte, V. (1989). *Hiperquinesia*. México: Trillas.
- Vallet, R. (1980). *Dislexia* (3a. ed.). Barcelona, España: Ediciones CEAC.
- Viesca, M. (1990). Líneas de reflexión para abordar el problema del bajo aprovechamiento escolar. *Perfiles Educativos*, 26. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind and social development of higher psychological processes*. Cambridge, MA, EE. UU.: Harvard University Press.
- Walker, E. M. (1991). *Changing self-esteem: the impact of self-esteem on at-risk students achievement*. New Jersey: State board of educational office of reevaluation and testing. Nueva Jersey, EE. UU.: Oxford Press.
- Waters, E., Wippman, J. & Sroufe, L. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: two studies in construct validation. *Child Development*, 50, 821-829.
- Waters, E. & Soufre, H. (1983). Attachment and competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.
- Watkins, C. & Wagner, P. (1991). *La disciplina escolar*. (1a. ed.). Barcelona, España: Paidós.
- Weaver, C. (1980). *Psycholinguistics and reading*. Western Michigan University: Boston: Little Brown & Co.
- Wentzel, K. R. (1991). Relations between social competence and academic achievement in early adolescence. *Child Development*, 62, 1066-1078.
- Zigler, E. & Trickett, P. K. (1991, septiembre). IQ, social competence, and the evaluation of early childhood intervention programs. *American Psychologist*, 46, 791-798.