

182

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"FACTORES QUE INCIDEN EN EL RENDIMIENTO
ACADÉMICO DE LOS NIÑOS DE PRIMARIA: DRPP,
UNA PROPUESTA DE DETECCIÓN"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :

YOLANDA SANTIAGO HUERTA
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

DIRECTORA DE TESIS: M^{TE} ESTEFANÍA ESQUIVEL ANCONA

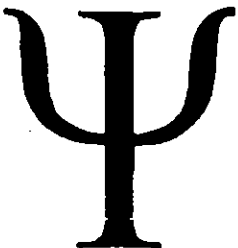
REVISORA: DRA. SERGIO MANNO ORTIZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SECRETARÍA ESCOLAR

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2000



285193



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

por darme la vida y
dejarme concluir cada
uno de mis sueños

A mis padres

por toda su paciencia, sus enseñanzas y
principalmente por su confianza y su amor.

A mis hermanos

por apoyarme incondicionalmente en todo momento.

A la Mtra. Fayne Esquivel Ancona

por ser más que mi directora, por
ser una gran amiga que ha apoyado mi
trayectoria académica y profesional.

A los sinodales

por los comentarios y las aportaciones hechas a
esta investigación.

A Martha Cruz, Gloria Fierros y

María Luisa Pacheco

por ser mis mejores amigas y estar a mi lado en
los momentos que más las he necesitado.

A Violeta Huerta

por ser mi confidente, por apoyarme y aconsejarme en los momentos más difíciles de mi vida.

*A los niños, padres de familia, profesores y directivos
de la escuela primaria "Juan B. Molina"*

por permitirme hacer esta investigación en el plantel y
apoyarme al iniciar mi práctica profesional.

A todas aquellas personas que han estado a mi lado y tienen gran relevancia en mi vida.

RESUMEN

Debido a que el fracaso escolar y los altos índices de deserción a nivel primaria en México son temas de suma importancia por su rápido incremento, se realizó un estudio de tipo no experimental - descriptivo, con el objetivo de indagar cuáles son los factores físicos y psicológicos que influyen en el rendimiento académico de los niños que estudian a nivel primaria. Para ello, se seleccionaron a 46 alumnos de una escuela primaria pública: 23 tenían un alto desempeño escolar, mientras que 23 mostraron un bajo desempeño escolar.

El propósito de la investigación fue comparar los perfiles psicodiagnósticos, generados por el "Sistema para la Detección y Referencia de los niños con Problemas en la Primaria: DRPP" (Sánchez, 1994), de los alumnos con alto y bajo desempeño escolar.

Los resultados muestran claras diferencias entre los perfiles de los niños de acuerdo a su desempeño escolar en lo que se refiere a los problemas de sueño, el desarrollo de habilidades intelectuales, problemas de comunicación con pares o adultos y déficit en las habilidades académicas (lectura, escritura y expresión verbal). Se encontró también que los niños con bajo rendimiento escolar presentan síntomas del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y del Trastorno negativista desafiante. Asimismo se encontró que el bajo nivel de educación alcanzado por los padres (ambiente cultural) se asocia a los problemas de rendimiento escolar.

Por otra parte se mostró la utilidad del DRPP como una herramienta útil de detección temprana de aquellos alumnos con alto riesgo de fracaso escolar.

INDICE

ANTECEDENTES.....	7
CAPÍTULO 1 EL RENDIMIENTO ESCOLAR.....	11
TRASTORNOS DE LA INFANCIA	23
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	23
ORGANICIDAD.....	25
TRASTORNO AFECTIVO.....	26
PROBLEMA ALIMENTARIO.....	27
TRASTORNO DE ANSIEDAD.....	31
PROBLEMA DE CONDUCTA.....	33
PROBLEMA EMOCIONAL.....	34
PROBLEMA DE LENGUAJE.....	37
PROBLEMA PSICOMOTOR.....	38
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.....	39
PROBLEMA DE SALUD.....	40
RETRASO MENTAL.....	41
PROBLEMA DE SOCIALIZACIÓN.....	43
PROBLEMA ESCOLAR.....	43
AUTOESTIMA POBRE.....	43
PROBLEMA DE APRENDIZAJE.....	44
EPILEPSIA.....	45
SONAMBULISMO.....	46
ENURESIS.....	46
CAPÍTULO 2 MÉTODO.....	48
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
JUSTIFICACIÓN.....	48
HIPÓTESIS.....	48
<i>Hipótesis General</i>	48
<i>Hipótesis de Trabajo</i>	49
VARIABLES.....	49
<i>Variables atributivas y sociodemográficas</i>	49
<i>Variables independientes o Controladas</i>	49
<i>Variables dependientes (definición operacional)</i>	50
TÉCNICA DE MUESTREO.....	51
SUJETOS.....	51
TIPO DE ESTUDIO.....	52
DISEÑO.....	53
INSTRUMENTOS Y MATERIALES.....	53
PROCEDIMIENTO.....	55
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	56
CAPÍTULO 3 RESULTADOS.....	57
<i>Información de alumnos</i>	57
<i>Información de los padres</i>	57
<i>Perfiles psicodiagnósticos</i>	59

CAPÍTULO 4 DISCUSIÓN	66
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXO 1	83
ANEXO 2	92

ANTECEDENTES

Uno de los mayores problemas en el ámbito educativo mexicano, se refiere a el fracaso escolar a nivel primaria. Al respecto, investigaciones recientes realizadas a nivel nacional por la Secretaría de Educación Pública (1996) y la ANUIES (1996), han reportado que de cada 100 alumnos que ingresan a la primaria, sólo 57 continúan sus estudios a nivel secundaria; en otras palabras, cerca del 50% de los alumnos dejan de estudiar. Otro estudio realizado por la Secretaría del Gobierno del Estado de Yucatán reportó que durante el ciclo escolar 93-94, la matrícula en la primaria fue de 243,000 alumnos, de los cuales 12.2% reprobaron el año escolar y un 3.3% desertó de la escuela (Méndez, 1994). Es decir, que alrededor de 38,382 alumnos presentaron fracaso escolar.

Cotidianamente escuchamos una serie de calificativos para referirse a esos niños “desaplicados” o de bajo rendimiento escolar, se les dice “flojos”, “perezosos”, “distruidos”, “torpes”, “de lento desarrollo” y algunos otros calificativos que lastiman profundamente su autoestima (Esquivel, 1997).

Los problemas por los que un niño abandona sus estudios pueden ser múltiples y muy variados y van desde los intelectuales, sensoriales, neuromotores, impedimentos físicos, de comunicación, perturbaciones emotivas o desventajas ambientales.

Es ampliamente conocido que el bajo rendimiento escolar acarrea a los niños una serie de problemas en casi todos los aspectos de su vida, que repercuten en el ámbito familiar, en sus relaciones con sus compañeros y maestros, y también afecta su seguridad personal, su autoconcepto y autoestima.

En un intento por conocer cuáles son los factores que afectan con mayor frecuencia a los niños en edad escolar, Bricklin y Bricklin (1971) realizaron un amplio estudio sobre

las causas psicológicas del bajo rendimiento y concluyeron que el 90% de los casos de rendimiento insuficiente son el resultado de conflictos emocionales.

Por su parte, en un estudio epidemiológico sobre el bajo rendimiento escolar y/o problemas de conducta, realizado en el hospital psiquiátrico infantil "Juan N. Navarro", la psicóloga Silvia Becerril (1989) encontró que en los 105 casos estudiados se presentaban de manera significativa ocho indicadores: sentimientos de minusvalía, tristeza y soledad, inseguridad, ansiedad, agresividad, temor al rechazo y una gran necesidad de aceptación.

En el ciclo escolar 1992-1993, la Dirección General de Educación Especial atendió a 213,067 casos diagnosticados con necesidades de instrucción especial. En esta muestra se encontró que el 55.4% presentaron problemas de aprendizaje, 14% retraso mental, 3% problemas de audición y de lenguaje y con cifras de alrededor del 1%, impedimentos motores, discapacidad visual y problemas de conducta (Sánchez y Pinto, 1995).

En resumen, los estudios anteriores confirman que existen factores físicos y psicológicos que ejercen una gran influencia sobre el desempeño académico de los alumnos. También se puede deducir que muchos de estos casos se pueden prevenir a través de una detección y una atención adecuada y temprana de los niños con problemas de aprendizaje.

Ante la necesidad de reducir las cifras de fracaso escolar en las primarias de la República, resulta indispensable el mejoramiento de los servicios y la implementación de estrategias para la identificación y manejo preventivo de los alumnos de alto riesgo hacia la reprobación y deserción escolar

Preocupados por estos aspectos del aprendizaje, actualmente en la Facultad de Psicología de la UNAM y la Universidad de Yucatán, se está trabajando conjuntamente con una prueba computarizada llamada "Detección y Referencia de los niños con Problemas en

la Primaria: DRPP” (Sánchez, 1994). Este es un sistema desarrollado por el Dr. Pedro Sánchez Escobedo, jefe de la Unidad de Posgrado en Investigación de la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Yucatán. El DRPP tiene como meta facilitar la detección temprana y la referencia de los problemas más comunes que presentan los niños en edad escolar y que limitan de algún modo su capacidad de aprender o su desempeño en la escuela. Dicho programa pretende que el usuario, sea éste un maestro, psicólogo escolar o profesional de la salud, a través de una entrevista con los padres, colecte de forma sistemática, la información necesaria para describir un perfil de 25 factores de las áreas más comúnmente afectadas en los niños con problemas en la escuela, permitiendo la posibilidad de establecer una gran variedad de sospechas diagnósticas, así como de instancias de referencia cuando el caso lo requiera.

El DRPP fue ideado considerando las limitaciones de los servicios de apoyo a la escuela primaria regular y pretende compensar la falta de psicólogos y orientadores en muchas escuelas, urbanas y rurales, mediante la explotación de las computadoras personales cada vez más disponibles en las escuelas.

A la fecha el DRPP ha sido utilizado para evaluar a más de 2000 alumnos de primaria en diversos escenarios: escuelas regulares, centros de diagnóstico, hospitales y centros de educación especial, en los cuales se ha reforzado la validez, confiabilidad, aceptación y uso del instrumento en diversos estados de la República Mexicana.

En una investigación hecha en la ciudad de Yucatán (Sánchez y Pinto 1995), usando el “Sistema para la Detección y Referencia de los niños con Problemas en la Primaria: DRPP”, y en la que se estudió la incidencia de los problemas de los niños y sus efectos en el desempeño escolar, se encontró que los cinco problemas principales que presentaban estos niños fueron pobre autoestima y problemas de conducta (indicadores de problemas

emocionales), enuresis y trastorno de atención (indicadores de problemas órgano-funcionales), y ansiedad (multicausal).

En este mismo sentido Esquivel, Cruz y Santiago (1998) encontraron que los factores que se asocian con mayor frecuencia al bajo desempeño académico de un grupo de alumnos que estudian la primaria son: la condición socioeconómica en la que vive el niño (factor ante el cual el psicólogo no puede incidir y que es una realidad que está viviendo nuestro país), la pobre autoestima, los trastornos generalizados del desarrollo, los problemas emocionales y las deficiencias intelectuales.

Por todo lo que hasta aquí se ha expuesto, en este trabajo se propuso el uso del sistema computarizado "Detección y Referencia de los niños con Problemas en la Primaria: DRPP" (Sánchez, 1994), como una herramienta útil en la detección temprana de los factores que inciden en el desempeño escolar de los niños, principalmente de aquellos con calificaciones bajas, y de esta forma colaborar en la disminución de las altas tasas de fracaso escolar reportadas en este nivel educativo. Además, este estudio permitió comprobar la eficacia y validez de este instrumento de detección, al confirmar que los resultados en una muestra de niños del Distrito Federal, son similares a los obtenidos en niños del Estado de Yucatán.

CAPÍTULO I

EL RENDIMIENTO ESCOLAR

Es importante mencionar que actualmente el problema del fracaso escolar es considerado mundialmente como un punto de gran preocupación, debido a su rápido incremento y al gran número de niños que conforman las filas de reprobados escolares y a su relación con la educación obligatoria (Mannoni, 1988).

El fracaso escolar es un problema que merma y corroe las posibilidades de desarrollo de nuestra sociedad, ya que, debido a este fenómeno el nivel educativo que se alcanza hoy en día en México es en promedio de 5° año de primaria (IPN, 1984, en Hernández, F. I. 1992).

Es más, estadísticas recientes (Guevara Niebla, 1991; Méndez, 1994; SEP, 1996; ANUIES, 1996) señalan que alrededor del 12% de los niños de primaria reprueba cada año y que de cada 100 alumnos que ingresan a la escuela primaria, sólo 57 la concluyen continuando sus estudios a nivel secundaria. Es decir, más del 50% de los alumnos deja de estudiar por problemas tales como desventajas socioculturales, problemas de desarrollo cognitivo o físico y enfermedades físicas o mentales (Sánchez, 1999).

El problema del abandono o fracaso escolar no es privativo de México, sin embargo tiene grandes proporciones aquí no sólo por su magnitud, sino por su trascendencia. Por ello es conveniente establecer estrategias para identificar a los estudiantes en riesgo y, acto seguido, poner en práctica las intervenciones pertinentes para ayudar a aquellos que lo requieran. Esta es una labor conjunta de autoridades escolares, profesores y padres de familia (Instituto de Evaluación en Gran Escala, 1998). En este sentido el instrumento que se usa en esta investigación pretende precisamente eso: identificar aquellos niños en edad

escolar que presentan problemas (de origen físico, psicológico o ambiental) que limitan de alguna forma su capacidad para aprender. Pero no sólo se queda ahí, sino que también proporciona referencias de profesionales que deben atender la condición detectada. De esta manera, el DRPP contribuye al incremento de las posibilidades de éxito escolar, pues como ya se dijo, detecta oportunamente los problemas que presenta el alumno y la referencia temprana al profesional correspondiente para que se diseñen las estrategias de intervención apropiadas.

A lo largo de la historia el rendimiento escolar o académico ha sido definido de diversas formas. Algunas de estas definiciones sólo consideran el juicio de valor (bueno, malo, satisfactorio, insatisfactorio, alto, bajo, etc.) que se emite al final del proceso de aprendizaje (Alvarez, M. 1998, pp. 25). Mientras que otras, abarcan los cambios que se generan en el sujeto durante el aprendizaje e incluyen aspectos cualitativos tales como la motivación hacia el aprendizaje, la personalidad del alumno, etc.

Aguario (1984) se refiere al rendimiento escolar como el resultado (acopio y análisis) obtenido por los alumnos en pruebas de conocimientos. Explica que dicho resultado se obtiene al aplicar unidades precisas y normas objetivas de calificación expresadas en términos numéricos.

Guillermo Sacristán (citado por Aranda y García, 1987) ofrece una definición similar al decir que el rendimiento académico está dado por las calificaciones escolares obtenidas durante algún tiempo en una determinada situación escolar.

El Diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1985, pp. 1770) señala que “el rendimiento escolar se encuentra fijado por la calificación que se alcanza en las pruebas de evaluación; o bien, en el grado de dominio que muestra el alumno en las materias que componen el plan de estudios”. Menciona que “al hablar de rendimiento,

cabereferirse también a la eficacia del sistema escolar en general, o al subsistema de educación especial en particular, ya que el rendimiento del sistema escolar viene dado por la relación existente entre los resultados que se obtienen y los recursos que se ponen a disposición del sistema educativo (presupuestos, material pedagógico, profesorado, etc.)”.

Aranda y García (1987) mencionan que el rendimiento académico es una medida que intenta describir el grado de acierto y el grado de eficacia que logra un sistema educativo en el empleo de determinados recursos para cumplir con los objetivos de enseñanza previamente establecidos. Para los autores, este “rendimiento escolar se evalúa de acuerdo a las calificaciones que obtiene el alumno en cada uno de los objetivos del programa de estudios”, tomando en cuenta que dicho rendimiento puede verse afectado por los materiales utilizados para cumplir con los objetivos de enseñanza.

El Diccionario de Ciencias de la Educación (1983) menciona que el rendimiento escolar es el resultado de un proceso de aprendizaje, en el cual intervienen tanto el nivel intelectual, como las variables de personalidad (extroversión - introversión, ansiedad, autoestima) y las variables motivacionales (intereses, hábitos de estudio, relación profesor - alumno). Argumenta que para hacer una evaluación del rendimiento, se debe tomar en cuenta si lo que el alumno ha aprendido es solamente objeto de reproducción, o si reorganiza la información con autonomía y creatividad propia. Además se debe considerar si esta información se aplica a situaciones similares; o bien, si el alumno tiende a aplicar este nuevo conocimiento a situaciones nuevas.

Alvés (1985) da la siguiente definición: “el rendimiento escolar es el resultado de la enseñanza, que consiste en transformaciones esperadas en el pensamiento, en el lenguaje técnico, en la manera de conducirse y en las actitudes del alumno en relación con las situaciones y problemas que la materia le plantea”. También establece que se debe hacer

una evaluación cuantitativa a tales transformaciones.

Silvia Baum (1998, pp. 18) considera que el aprovechamiento o rendimiento escolar es “el grado de conocimientos y habilidades que reconoce la sociedad posee un individuo de un determinado nivel educativo. La expresión institucional de ese grado cognoscitivo está en la calificación escolar, asignada al alumno por el profesor”.

De estas definiciones se puede observar que, como lo plantea Furck (1961), “el concepto de rendimiento escolar se emplea de manera imprecisa”, debido a que con este mismo concepto podemos referirnos a: 1) la exigencia al alumno por parte de la escuela; 2) la actividad del alumno; 3) el resultado de dicha actividad y 4) la aportación de la escuela a la sociedad, al estado, a la economía y a la ciencia (en el Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983).

A pesar de esta dificultad, se puede concluir que el rendimiento escolar se refiere a un grado de aprendizaje, el cual se expresa en términos numéricos de acuerdo a los cambios que presenta un alumno a nivel de pensamiento, lenguaje, actitud y dominio en cierta materia; y en la cual intervienen variables de personalidad, fisiológicas, motivacionales y medio ambientales.

Para establecer un juicio de valor sobre el rendimiento de un alumno, es necesario que se comparen las calificaciones que éste obtiene, con un criterio o patrón preestablecido. En el caso de que el alumno consiga o supere los objetivos educativos que se han fijado para su edad, se habla de un estudiante con rendimiento escolar alto, bueno, satisfactorio, exitoso o aceptable (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985). Además se considera que estos alumnos logran la permanencia en la institución y obtienen promedios elevados (de 8 o mayor) en el tiempo mínimo reglamentario (Baum, 1998). En cambio si existe una discrepancia por debajo del criterio se puede hablar de un rendimiento

insatisfactorio, malo o bajo; en el que pueden haber intervenido diversos factores (nivel intelectual, motivación, hábitos, intereses, autoestima, etc.) o bien, aspectos relacionados con los métodos de enseñanza o modelos didácticos (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983). Se consideran casos de rendimiento insatisfactorio la deserción, la reprobación, el bajo rendimiento escolar, la repetición de cursos, etc. (Bravo, 1988; en Nava y cols. 1993)

Varios autores (Frick, Kamphaus, Lahey, Lozber, Christ y Tannenbaum 1991; Ford y Thomas, 1997) mencionan que el bajo rendimiento escolar está básicamente definido por la discrepancia entre el nivel de aprovechamiento predecido para la edad, habilidad e inteligencia del niño y su actual nivel de ejecución o desempeño de sus tareas.

Tovar (1997) establece que el bajo rendimiento escolar es el resultado de la enseñanza que no llega a cumplir con los objetivos educacionales y en algunos casos estos resultados distan mucho de ser los esperados para el curso o nivel escolar. En este caso el alumno tendrá un nivel deficiente de conocimientos, que se reflejarán en sus notas o calificaciones escolares, en su conducta, en su manera de conducirse y comprender las situaciones que están vinculadas con sus distintas materias en los distintos grados escolares.

Para diferenciar a los niños con rendimiento normal de los niños con rendimiento insuficiente o bajo, Bricklin y Bricklin (1971) propusieron que un niño que no trabaja de acuerdo a su capacidad potencial (medida a través de escalas de inteligencia), puede considerarse de rendimiento insuficiente, debido a que su eficiencia diaria en la escuela (y otros campos) es muy inferior a lo que podría esperarse de su inteligencia. En cambio, si se examina a un niño que obtiene como promedio una calificación de cinco y que tiene una capacidad intelectual baja, entonces no se le puede considerar de bajo rendimiento, ya que está dando un rendimiento de acuerdo a su capacidad.

Ambos autores (Bricklin y Bricklin, 1971) mencionan que se deben considerar los siguientes puntos para afirmar la existencia de un bajo rendimiento escolar: a) la capacidad potencial del niño a través de pruebas de rendimiento intelectual; b) el cómo trabaja, ya que el bajo rendimiento es la diferencia entre el trabajo y la potencialidad; c) los factores psicológicos; d) los factores fisiológicos; e) el ambiente socioeconómicos; y f) el ambiente pedagógico; pues consideran que éstos tienen una influencia determinante sobre el rendimiento.

Un aspecto muy importante en el rendimiento escolar de un niño, es que durante mucho tiempo se ha pensado que la escuela es un instrumento mediante el cual todos los niños podrán adquirir los conocimientos suficientes para enfrentarse a la vida, superándose social y económicamente. Aunque se considere que la escuela brinda las mismas oportunidades a sus miembros y que el éxito escolar que obtengan sólo depende del mérito individual (Baum, 1998), lo cierto es que existen muchas condiciones (biológicas, psicológicas, sociales, políticas, económicas, etc.) que pueden influir o determinar su aprovechamiento o rendimiento escolar (Hernández, 1992; Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997).

Para tener un panorama general y así comprender adecuadamente los factores que impiden o limitan el desempeño académico, el Centro de Salud Mental para las escuelas en Estados Unidos (Center Mental Health in Schools, 1998) divide las causas de los problemas de aprendizaje en tres tipos.

El primero se refiere a los *problemas causados por factores en el medio ambiente*, ejemplos de ellos son: la estimulación insuficiente (tales como periodos prolongados en ambientes empobrecidos, privación o limitación de oportunidades de aprendizaje en la casa o escuela, instrucción pobre, dietas inadecuadas, etc.); la estimulación excesiva (por

ejemplo sobredemandas en la casa y escuela, presiones para mejorar su rendimiento escolar, contradicción en las expectativas que se generan sobre ellos, entre otros); y una estimulación hostil o intrusiva (como pueden ser las prácticas médicas especialmente en el nacimiento, los conflictos en la casa o escuela, las practicas de crianza defectuosas, pertenecer a una familia disfuncional, la migración de la familia, así como los prejuicios sociales relacionados con la raza, sexo, edad, características psicológicas y conducta).

Los problemas de tipo II abarcan aquellos que son causados por *el medio ambiente y por la persona en similar proporción*. Entre los problemas que podemos mencionar se encuentran la vulnerabilidad moderada o severa de la persona aunada a los defectos y diferencias medio ambientales (personas con un desarrollo extremadamente lento en un ambiente altamente demandante); una vulnerabilidad personal mínima que no corresponde a la situación por ejemplo, gran actividad de la persona en ambientes que no toleran este nivel de actividad; y defectos o diferencias medio ambientales mínimas que no se acoplan al individuo (personas pertenecientes a minorías raciales y culturales que no pueden participar en algunas actividades sociales porque no son bien recibidos).

Finalmente, los problemas de tipo III son el resultado de *factores que se ubican dentro de la persona*. Entre ellos encontramos las limitaciones genéticas y el desarrollo lento y atípico (indicadores de anomalías genéticas); la carencia de conocimientos o habilidades como el caso de las estrategias cognoscitivas básicas, la falta de habilidades para enfrentarse efectivamente con emociones como la baja autoestima (indicadores de una actividad cognitiva y estados emocionales experimentados como desviados); los defectos visuales, los problemas auditivos, los déficits motores, la reducida o excesiva sensibilidad a la estimulación, la fatiga frecuente y la apariencia inusual (indicadores de características físicas que se producen al contacto con ambientes o experiencias vividas como extrañas o

inaceptables); la solución errónea de problemas ya sea con niveles altos o bajos de actividad; y traumas cerebrales, disfunciones endocrinas, desvalances químicos así como enfermedades que afectan al cerebro o a las funciones sensoriales.

Por su parte, Álvarez M. (1998) a través de sus múltiples estudios sobre el abandono y reprobación escolar a nivel bachillerato, considera que existe una multicausalidad del fenómeno. Aunque esta multicausalidad ha sido encontrada a nivel medio superior, bien podríamos aplicarlo a la educación primaria pues, como veremos, estos factores, esencialmente extraescolares, pueden determinar el éxito o fracaso escolar en cualquier grado. Para Álvarez M. (1998, pp.16) "los factores que están atrás del éxito escolar son: los antecedentes familiares, los antecedentes personales, los antecedentes escolares, las expectativas familiares, las expectativas personales, los intereses escolares del estudiante, la aptitud académica y las características de la escuela".

Entre los antecedentes familiares se ha encontrado que la extracción y el ambiente cultural de la familia son factores de peso en el éxito escolar, principalmente en lo que se refiere a los códigos verbales que maneja la familia, los hábitos intelectuales, la disponibilidad de bienes culturales y el nivel de escolaridad de los integrantes de la familia. Dependiendo de estos factores, el estudiante lleva al ambiente escolar características que le dan ventaja o desventaja para el aprovechamiento escolar y que condicionan una parte significativa de la varianza en la retención, la regularidad y el aprovechamiento escolar. Respecto a los antecedentes personales están los factores de salud, comenzando por nutrición y discapacidades, relaciones con compañeros, profesores y círculo de amigos. Los antecedentes escolares se refieren a factores tales como historia académica - promedio y áreas de fortaleza o debilidad en las materias cursadas -, antecedentes de abandono, reprobación, prolongación de estudios, adaptación al ambiente escolar y expulsiones o

sanciones. Las expectativas familiares incluyen sobre todo el apoyo real, monetario y moral que se da al estudiante. Las expectativas personales incluyen la autovaloración con su influencia sobre la motivación, la necesidad de satisfactores a corto plazo y las preferencias por cierto tipo de actividades. Los intereses escolares reflejan la atracción por las actividades que están comprendidas en la acción de estudiar y no meramente en el hecho de estar inscrito en la escuela. La aptitud académica se refiere a la disponibilidad que tiene el alumno de recursos intelectuales - principalmente los razonamientos numérico y verbal - para fundamentar las actividades de estudio. Las características de la escuela influyen a través de la flexibilidad o rigidez curricular, la disponibilidad, intereses y asistencia del profesorado, la orientación educativa que proporciona, su situación urbana o rural, el ambiente escolar, etc.

De acuerdo con Sánchez y cols. (1997) son muchas las condiciones que se encuentran asociadas al bajo rendimiento escolar: desde problemas leves que incluyen trastornos emocionales transitorios debidos a acontecimientos familiares (nacimiento de un hermano), hasta los problemas graves (pobreza extrema o alteraciones de base orgánica). A esto, Hernández (1992) agrega los factores psíquicos, sociales y políticos como determinantes de un alto o bajo rendimiento escolar.

Los factores físicos y biológicos determinan en gran medida la capacidad para aprender. Una persona puede o no aprender, con todo su organismo. Cualquier dificultad, cualquier disfunción puede condicionar dificultades o imposibilidad. De aquí que la condición básica sea la que genéricamente se denomina "estado de salud".

Uno de los problemas más frecuentes en la salud de los escolares es la desnutrición. En un estudio realizado en Guatemala (Barret, Rodke-Yarrow y Klein, 1982) se identificaron los efectos a largo plazo de la desnutrición temprana en 138 niños entre seis y

ocho años. Esta muestra se dividió en dos grupos; a uno de ellos se les dio una mezcla de proteínas, principalmente vitaminas y fuentes de calorías. Mientras que los demás recibieron fuentes de calorías extras y vitaminas pero no proteínas. Se encontró que los niños que no recibieron suplementos proteínicos tendían a ser pasivos o dependientes de los adultos y más ansiosos; en cambio los que recibieron suplemento proteínico eran felices, se llevaban mejor con otros niños y mostraban mayor interés por su medio ambiente.

En otro estudio (Cravioto, 1992) se encontró que la desnutrición influye en el desarrollo mental y en el aprendizaje del niño. En este estudio también se encontró que los niños desnutridos tienen niveles de competencia significativamente inferiores que los niños mejor nutridos.

Para conocer la incidencia de niños que asisten a escuelas regulares con alguna discapacidad física, en el Estado de Yucatán se realizó un estudio en el que estimaron el número y tipo de alumnos con diferencias físicas notables (Sánchez y Cantón, 1993). Los maestros que participaron informaron una incidencia de alumnos con discapacidad física de alrededor de 1.3% con respecto al total de alumnos de primaria. Los principales tipos de discapacidad física encontrados en la muestra fueron: problemas visuales (22.4%), estrabismo (9.1%), problemas del habla (15.2%), problemas de audición (8.8%), problemas en las extremidades inferiores (13.1%), problemas en las extremidades superiores (7.2%), labio leporino (3.9%), problemas motores (2.6%) problemas en la espina/tronco (5.1%), problemas múltiples (5.1%) y otros de origen desconocido por los profesores (4.4%).

Hay que tomar en cuenta que cualquier enfermedad grave que pueda padecer el niño durante la etapa escolar, provoca un severo malestar y en consecuencia una alto nivel de ausentismo, por lo que existe un atraso en sus conocimientos y en su aprovechamiento.

Otros factores que determinan la capacidad de aprender son aquellos de índole

psicológica. De hecho, se ha encontrado (Bricklin y Bricklin, 1971; Flores V. y Martínez, A. 1994) que cerca del 90% de los niños con un bajo rendimiento y una inteligencia normal deben sus problemas a los conflictos emocionales, y no a déficits físicos (Esquivel, 1997), pues estos intervienen en los procesos de memoria, inteligencia y percepción.

En su estudio Bricklin y Bricklin (1971) encontraron que los niños y niñas con bajo rendimiento escolar presentan necesidades de seguridad, afecto y aceptación, la imagen que tienen de sí mismos es de inseguridad, debilidad, dependencia y temor, además presentan actitudes de derrota frente a tareas difíciles. Agregan que, por lo regular, las madres de estos niños son más afectuosas y gratificantes que los padres quienes son más frustrantes, castigadores y rechazantes; situación que propicia un medio ambiente inseguro, frustrante, hostil, amenazante, rechazante y privativo. Así estos tres sucesos (imagen pobre de sí mismos, la hostilidad dentro de la familia y la percepción de un medio ambiente amenazante), son las principales causas de los problemas en el aprendizaje.

Estos niños generalmente se encuentran inmiscuidos en un "círculo vicioso", pues entre más se les presione para mejorar su desempeño escolar, éstos se sentirán cada vez más inadecuados y con menos interés en la escuela (Esquivel, 1997). Para estos pequeños es deprimente su constante desventaja, desigual competencia con los que sí pueden realizar las tareas, lo que hace que actúen en forma extrema, no se comunican, se aíslan, se vuelve huraños, se apartan, y dejan de intentar hacer las cosas, se sienten derrotados y vencidos. En pocas palabras, la frustración puede llevarles a problemas mayores o conductas psicopáticas.

Si se toma en cuenta que todos los niños quieren triunfar, si por determinadas causas fracasan se genera angustia, sin sabores; así como, emociones negativas hacia sí mismos. Dicho fracaso puede deberse a estrés psicológico que se observa a través de síntomas de

tristeza, depresión, cólera inmensa, berrinches y fatiga. Así, al proyectar sus sentimientos de frustración y debilidad, el niño tiene limitaciones para juzgar, no entiende a los demás, sólo ve sus sentimientos, refleja su hostilidad, por lo que reacciona con violencia, exterioriza su traumática decepción, es obstinado, rígido, inflexible y malicioso; estas situaciones a veces lo lleva a experimentar tensiones, arrebatos de mal genio y manifestaciones de violencia (Mayagoitia, 1998)

Para Esquivel (1997) los niños con bajo aprovechamiento escolar, son alumnos que muchas veces terminan la educación básica sin las habilidades requeridas para continuar su preparación escolar y marcados por una experiencia traumática; con una serie de secuelas emocionales que limitan sus intereses y su adaptación escolar por el resto de su vida y que se reflejaron en todas sus actitudes.

La existencia de niños que por múltiples problemas repiten cursos o abandonan la escuela es una situación conocida por todos los profesores de nivel básico. Debido a la gran cantidad de niños que se encuentran en esta situación, el problema se considera como un grave freno del progreso escolar con serias repercusiones en el hogar y graves pérdidas para el gobierno (Mayagoitia, 1998).

En estas circunstancias, los padres suelen culpar a los profesores o a la institución a la que asiste el niño; mientras que la escuela, a su vez, culpa a los padres de la poca atención hacia sus hijos. El conflicto entre padres y educadores presiona a los niños haciéndolos sentir culpables por no cumplir con las expectativas generadas sobre ellos, manifestando sentimientos de inferioridad y percibiéndose como incapaces de competir con los demás.

TRASTORNOS DE LA INFANCIA

A continuación se describen los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en la infancia y que se relacionan con el bajo rendimiento escolar.

DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Una de las alteraciones que inciden comúnmente en los alumnos que cursan la primaria es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Este trastorno se caracteriza principalmente por una marcada falta de atención y por impulsividad. Existen dos tipos: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (DSM-IV, 1995; CIE-10, 1993).

La falta de atención se relaciona con las dificultades que presenta un niño al intentar concentrarse y prestar atención a los aspectos relevantes de una tarea. Los niños con estas características son muy distraídos en la escuela, por lo que no atienden a las órdenes o explicaciones del profesor, dando como resultado que realicen las tareas de manera inadecuada, o bien que no terminen las tareas que se les encomiendan. Además, existe una disminución en su capacidad para planear y llevar a cabo sus actividades. Suelen presentarse dificultades aritméticas que se manifiestan en la poca exactitud al realizar operaciones básicas de suma, resta, multiplicación y división (Vallet, 1980).

La impulsividad es la tendencia a actuar de manera precipitada, sin pensar en las posibles consecuencias. De hecho, el niño no tiene control sobre lo que hace, pues actúa y se mueve de acuerdo al estímulo que está presente en ese momento. Esto hace que el niño cambie constantemente de una actividad a otra. Con tales rasgos, los pequeños tienen dificultades para esperar su turno en juegos o situaciones de grupo; con frecuencia

contestan antes de que se les terminen de plantear las preguntas; hablan en exceso e interrumpen o se entrometen en los asuntos de otros.

En la escuela, los niños con este trastorno pueden interrumpir al maestro o al compañero bruscamente y pueden presentar una lectura deficiente (Vallet, 1980).

Para que se agregue el diagnóstico de hiperactividad, debe existir una tasa de actividad motora excesiva que se presenta en el momento menos oportuno y en un lugar inadecuado. Debido a esto, se observa que el niño corre, sube y baja por todos lados de manera constante; que tiene dificultades para quedarse sentado o quieto por varios minutos y, principalmente, que con frecuencia se mueve "como si estuviera impulsado por un motor".

Un aspecto que no debe ser ignorado es que para establecer el diagnóstico de Déficit de atención con o sin hiperactividad, es necesario que los síntomas no se deban a una reacción breve y transitoria tras un estrés, sino que se hayan presentado durante toda la vida o en su defecto durante un período mínimo de seis meses.

Vallet (1980) menciona que otras manifestaciones que pueden existir son: una coordinación visomotora deficiente, memoria escasa y baja tolerancia a la frustración. Mardomingo (1994) agrega que el niño hiperactivo tiene dificultades para comportarse de acuerdo a las normas sociales establecidas, surgiendo así, importantes conflictos con los compañeros y con los adultos; lleva a cabo actividades peligrosas como subirse a los árboles, escalar muros o suspenderse de las ventanas, sin manifestar el menor temor; y tienen un rendimiento escolar deficiente, con dificultades específicas para el aprendizaje de la lectura.

Sánchez (1999) explica que la actividad motora puede ser abundante y generalizada, o bien, puede ser limitada al nerviosismo y a la inquietud. Refiere que este

trastorno puede tener un carácter general no excesivo y advertirse por el hecho de que el niño no es capaz de responder a la exigencia de inhibir su actividad cuando es el momento oportuno de hacerlo.

Hadley (1984) establece que la causa de este tipo de conducta es una combinación de factores genéticos, neurológicos, bioquímicos y ambientales como el clima psicológico del hogar, el maltrato infantil y la inadecuada estructuración del medio que le impiden el conocimiento apropiado de los límites.

ORGANICIDAD

Se refiere a un daño en el sistema nervioso que puede deberse a una enfermedad primaria del cerebro o bien, a una enfermedad general que afecte secundariamente al cerebro. El daño también puede ser ocasionado por el consumo de sustancias psicoactivas o a su abstinencia, así como a un agente tóxico (Sánchez, 1999).

Entre los trastornos mentales orgánicos más representativos se encuentra el delirium, que se refiere a un estado pasajero en el que existe un notable deterioro de la atención, que se manifiesta en la reducción de la capacidad para mantener la atención en los estímulos externos y en un pensamiento incoherente. Incluye además, una reducción del nivel de consciencia, percepciones sensoriales falsas, alteraciones en el ciclo sueño - vigilia y en el nivel de actividad psicomotora, desorientación en el espacio, respecto a las personas y deterioro de la memoria. Este trastorno se presenta frecuentemente en los niños y puede deberse a trastornos metabólicos, endócrinos, enfermedad hepática y renal, estados postopetatorios y deficiencia de vitamina B12 (Enciclopedia de la Psicología, 2000).

Este daño o disfunción del sistema nervioso central limita la capacidad de aprender o de desempeñarse adecuadamente en la escuela, en los juegos o en situaciones que exigen

competencia social (Sánchez, 1999).

TRASTORNO AFECTIVO

De acuerdo con Sánchez (1999, pp. 35), en esta categoría se incluyen los trastornos que afectan el estado de ánimo del niño, generalmente hacia la depresión y anhedonia. Esta categoría debe hacer sospechar de depresión infantil, distimia y otro trastorno del afecto. Los síntomas de esta alteración consisten en perplejidad o incapacidad para decidir, la ansiedad, la inestabilidad emocional, el sentimiento de vacío afectivo, la irritabilidad, la intranquilidad y la rigidez afectiva.

El trastorno se estructura principalmente en dos grupos: trastorno depresivo y trastorno bipolar.

El grupo depresivo se caracteriza por una disminución del interés o de la capacidad para el placer en las actividades, pérdida del apetito, insomnio o hipersomnio, agitación o entecimiento de movimientos motores, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inferioridad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, llanto, pensamientos recurrentes de muerte y gran temor a la separación. Algunos síntomas como las quejas somáticas, la baja autoestima, la irritabilidad y el aislamiento social, son específicamente habituales en los niños deprimidos (DSM-IV, 1995).

Nadie está seguro de la causa exacta de la depresión en niños y adultos. Algunos (Rosenzweig, y Leiman 1992; Blechman, McEnroe, Carella, Audette, 1986 en Papalia y Wendkos, 1992) autores mencionan que existe evidencia neuroquímica de una disminución en la actividad sináptica de las conexiones que emplean noradrenalina, serotonina y dopamina en circuitos hipotalámicos y en el sistema límbico. O bien, puede haber un incremento en la actividad GABA (ácido gamma aminobutírico) y descenso de la MAO

(monoamino oxidasa). También se ha encontrado que los padres de niños deprimidos también tienen tendencias a deprimirse, lo cual indica un factor genético y hereditario (Weissman, Gammon, *et. al.* 1987).

Los aspectos psicosociales que se relacionan con el trastorno depresivo son las pérdidas y/o importantes estresores crónicos, pobre o nulo soporte social, relación deficiente con los miembros de la familia, baja autoestima, un estilo educacional y/o actitudes de los padres que generan culpa y angustia, o rasgos de personalidad tales como hiperresponsabilidad, inseguridad, dependencia pesimismo, escrupulosidad y poca tolerancia.

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de uno o más episodios maníacos o hipermaníacos, acompañados de uno o más episodios de depresión. Los síntomas esenciales del episodio maníaco son exaltación del estado de ánimo, con intensa euforia, autoestima exagerada, expansividad e irritabilidad que repercute directamente en las actividades del niño en las relaciones familiares y sociales; grandiosidad, insomnio, dificultades de concentración, hiperactividad, verborrea, fuga de ideas, distractibilidad y agitación motora (DSM-IV, 1995).

Estos síntomas pueden estar asociados a un mal comportamiento escolar, comportamiento antisocial o en una desorganización del pensamiento o del comportamiento lo que hará que el alumno fracase en la escuela.

PROBLEMA ALIMENTARIO

Este problema se caracteriza por la presencia de alteraciones graves y persistentes en la conducta alimentaria. La categoría incluye los trastornos específicos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, pica y rumiación.

La anorexia nerviosa consiste en un rechazo rotundo a ingerir alimentos que puedan incrementar el peso corporal de la persona que la padece. Esta actitud se encuentra relacionada con un deseo de adelgazar y con un temor patológico a estar obeso(a), y aunque exista una disminución evidente de peso corporal (que llega hasta un 15% por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla), el miedo no desaparece (DSM-IV, 1995; CIE-10, 1993).

A pesar de que puede existir un estado de desnutrición extrema, hay una distorsión significativa en la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, que hace que la persona continúe viéndose y sintiéndose obeso(a). Por ello es muy frecuente que, además de no consumir alimentos, se ingieran laxantes y diuréticos, que se realice una rutina excesiva de ejercicios y que se induzca el vómito para evitar la digestión.

Debido a que la pérdida de peso y la poca ingestión de comida causan un trastorno endocrino, la mujer que padece este problema presenta amenorrea y el hombre anoréxico pierde el interés y la potencia sexual.

Hasta ahora no existe un consenso general sobre el origen de la anorexia. Algunos (Silverstein, Perdue, Peterson, *et.al.* 1986) la consideran como una reacción a la presión extrema de la sociedad, a través de la televisión, el cine y las revistas, para ser una persona delgada y atractiva. Otros (Toner, Garfinkel y Garner, 1986) piensan que este trastorno es una alteración psicológica que se relaciona con el miedo a crecer y al miedo de la sexualidad. También encontraron que las familias de jóvenes anoréxicas a menudo son demasiado dependientes y sus miembros se entrometen uno en la vida del otro. Una hipótesis más (Papalia y Wendkos, 1992) señala que la anorexia nerviosa puede ser un desorden físico causado por deficiencia de un químico de suprema importancia en el cerebro o por una alteración del hipotálamo. Lo que sí es seguro es que la anorexia se debe

a una combinación de varios de estos factores.

La anorexia es un desorden que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque estas últimas lo presentan con mayor frecuencia.

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes y compulsivos de voracidad, los cuales se siguen por conductas compensatorias que contrarrestan los efectos de los "atracones" (DSM-IV, 1995) en el peso, tales como el vómito, uso de laxantes o diuréticos, el ejercicio extremo o bien, consumiendo fármacos supresores del apetito.

La autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentran excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Al igual que los anoréxicos, los bulímicos tienen miedo a ganar peso, desean adelgazar y se sienten insatisfechos respecto a su cuerpo: ellos también se autoperciben como personas obesas a pesar de que exista un déficit en el peso corporal.

Aunque no llegan a ser anormalmente delgadas, las personas bulímicas están obsesionadas con su peso y por tener su cuerpo en forma, se sienten abrumadas de vergüenza, autodesdén y depresión por sus hábitos anormales de comida (Papalia y Wendkos, 1992).

Hay tres teorías que intentan explicar la causa de la bulimia. La primera plantea que la bulimia se debe a un desorden electrofisiológico en el cerebro (McDaniel, 1986). La segunda señala que es el resultado de desórdenes depresivos. La última teoría, basada en el psicoanálisis, explica que los sujetos bulímicos usan la comida para satisfacer el hambre de amor y de atención que no reciben de sus padres (Humphrey, 1986).

En ambos casos, anorexia y bulimia, la angustia por controlar la ingesta de alimento repercute en su estado de ánimo. Además esta angustia le impide concentrarse en la realización adecuada de actividades escolares que se requieran.

En el caso de la Pica, el síntoma que más destaca es la ingestión persistente, por lo menos durante un mes, de sustancias no nutritivas que varían con la edad. Algunas sustancias que se ingieren son: papel, yeso, pintura, insectos, cuerdas, cabellos, arena, hojas, etc.

Se ha encontrado que este trastorno puede ser causado por un déficit de vitaminas y minerales, sin embargo no se han hallado anomalías biológicas específicas (DSM-IV, 1995). La pobreza, el abandono, la ausencia de supervisión por parte de los padres y el retraso del desarrollo aumentan el riesgo de adquirir este trastorno (Sánchez, 1999)

La rumiación es un trastorno en el que aparecen en la boca alimentos parcialmente digeridos (regurgitación) sin que aparentemente se asocien a ello náuseas, arcadas, disgusto o alguna enfermedad gastrointestinal. Posteriormente, el alimento es arrojado de la boca, o más frecuentemente, masticado y vuelto a deglutir. En este caso no debe existir un diagnóstico anexo de trastorno psiquiátrico (excepto retraso mental), ni tampoco un trastorno orgánico que explique la conducta alimentaria (como puede ser el reflujo esofágico).

Los niños que padecen este trastorno suelen ser irritables y poco controlados durante las comidas. Pueden parecer apáticos, retraídos y también pueden experimentar retrasos en el desarrollo. Estos síntomas pueden producir un rechazo por parte de sus compañeros de clase.

Ciertos problemas psicosociales, como falta de estimulación, el aislamiento, abandono, situaciones vitales estresantes, madres inmaduras y dependientes (Solloa, 1998) y problemas en las relaciones padre - hijo, pueden constituir factores predisponentes.

Todos estos trastornos son motivo de suma importancia en niños y adolescentes. A pesar de que no son muy frecuentes, son importantes en la clínica, por su evolución rápida

y las dificultades que plantea su tratamiento. Además, puede causar graves complicaciones somáticas e interferir en el desempeño físico y psíquico del sujeto. Los trastornos de la alimentación representan auténticas entidades psicofisiológicas, ya que la conducta alimentaria tiene como finalidad satisfacer una necesidad biológica básica en la que están implicadas dimensiones interpersonales, culturales y sociales muy importantes (Sánchez, 1999).

De hecho cuando un niño tiene problemas de alimentación, en la escuela se muestra indiferente, apático, con una capacidad limitada para comprender y retener hechos, y con frecuencia se ausenta de la escuela.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

En este trastorno pueden aparecer crisis de angustia o de agorafobia (DSM-IV, 1994). La primera se caracteriza por la aparición repentina y temprana de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror que suele acompañarse de sensación de muerte, falta de aliento, palpitaciones, temblores, mareo, malestar torácico, asfixia y miedo a perder el control. La agorafobia se refiere a una conducta de evitación en lugares o situaciones en donde escapar es difícil, o bien donde es imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia.

Entre los trastornos específicos de ansiedad (DSM-IV, 1995) se encuentran el trastorno de angustia, la fobia social, la fobia específica, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada.

El CIE-10 (1993) identifica dos trastornos específicos que se presentan principalmente en la infancia: la ansiedad fóbica que se refiere a un miedo persistente, adecuado para la etapa del desarrollo, pero de una intensidad mayor que le impide al niño tener un desempeño social adecuado; y la hipersensibilidad social que se caracteriza por un

estado de ansiedad persistente que se manifiesta como sentimientos de vergüenza y gran preocupación por la propia forma de comportarse ante los desconocidos. Si se obliga al niño a permanecer en tal situación, se produce un estado de intenso malestar, llanto, mutismo y huida.

Para Sánchez (1999), los niños que tienen un cuadro de ansiedad excesivo, no debido a un estrés agudo, presentan síntomas tales como preocupación, angustia, incomodidad, dificultades para dormir, sueños inquietantes, cefaléas, malestares gastrointestinales y respiratorios. También menciona que existe una sensación de temor que no está centrada hacia una situación u objeto específico.

Una consecuencia frecuente de estos trastornos es la presencia de la desmoralización, es decir, sentirse desmotivados, avergonzados o infelices por las dificultades que tienen para realizar sus actividades diarias. Los estudiantes que presentan los síntomas ya descritos, suelen obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase.

La etiología de la ansiedad se explica a partir de cuatro modelos (Mardomingo, 1994). El modelo conductual plantea que la ansiedad se aprende a partir de un condicionamiento ambiental de tipo clásico que tiende a ser generalizado. El modelo psicoanalítico menciona que las experiencias traumáticas precoces juegan un papel determinante en la aparición de ansiedad, ya que se invocan en etapas posteriores del desarrollo a partir de la simbolización y el desplazamiento. El tercer modelo, el cognitivo, explica que la ansiedad es el resultado de una percepción distorsionada (negativa y amenazante) de la realidad, la cual genera ideas y creencias erróneas que a su vez producen un estado de alerta permanente. Finalmente el modelo genético menciona que existe un componente hereditario en los trastornos de ansiedad, aunque en estudios con gemelos se

observa la influencia del medio ambiente.

Acosta (1988) considera que los altos niveles de ansiedad producen fracaso escolar, que a su vez produce tensiones en el hogar de tal forma que el niño se ve envuelto en una situación que va disminuyendo día con día su autoestima.

PROBLEMA DE CONDUCTA

La característica principal de este trastorno es un patrón de conducta repetitivo y persistente en el que el niño viola los derechos básicos de los demás, las normas sociales básicas apropiadas para la edad del niño, o bien se presentan comportamientos negativistas, hostiles y desafiantes que perturban la armonía familiar, el ambiente de clase y las normas o convencionalismos (DSM-IV, 1995; CIE-10, 1993 y Sánchez, 1999).

Por lo general, estos niños tienen una baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, son imprudentes e irritables, inician a temprana edad su actividad sexual, así como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, cigarrillos, etc.). Sánchez (1999) agrega que este repertorio de conductas hacen difícil la educación, la disciplina y/o control de los niños.

Los síntomas específicos que se observan en el trastorno disocial son la agresión a personas y animales; destrucción de la propiedad, transgresiones graves a las normas y fraude o robo, sin presentar la menor preocupación por los sentimientos o el bienestar de los demás. Estos comportamientos pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares. En el trastorno negativista desafiante se presentan frecuentes discusiones y desafíos con figuras de autoridad, fastidio intencional hacia otras personas; los niños culpan a los demás por errores cometidos, miente constantemente y no cumple con sus promesas; y también suelen presentar sentimientos de molestia, rencor y venganza. Este trastorno se

evidencia en la escuela cuando los niños retan o agreden verbalmente a sus profesores o compañeros y no obedecen las ordenes que se les dan (DSM-IV, 1995).

Ambos trastornos (disocial y negativista) son los que se diagnostican con mayor frecuencia en los centros de salud mental para niños, siendo los varones los más afectados.

En cuanto a las causas de estos trastornos, se ha encontrado que los niños que padecen estos problemas son hijos biológicos de padres con dependencia al alcohol, o que tienen antecedentes de trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, déficit de atención, trastorno disocial y negativista (DSM-IV, 1995) También se menciona que las actitudes paternas deficientes y las prácticas de crianza inadecuadas son un elemento contribuyente de gran importancia para el desarrollo de las alteraciones conductuales (Sánchez, 1999). Algunos otros factores que propician el desarrollo de estos trastornos son el temperamento difícil de los niños; la poca capacidad intelectual con la que cuenta el niño; las prácticas disciplinarias inconscientes; el maltrato infantil; el aprendizaje social, es decir, que el niño actúe los deseos y conductas del padre; lesiones en las áreas de control de los impulsos; el desplazamiento de los deseos agresivos hacia otras figuras; deprivación emocional; disminución de neuroquímicos; desventaja social y pobreza (Mardomingo, 1994).

PROBLEMA EMOCIONAL

El estado de ánimo suele hacer referencia a los estados emocionales sostenidos que colorean toda la personalidad y la vida psíquica.

Para Sánchez (1999) 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.

Los trastornos emocionales son entidades generalmente poco específicas y se identifican al descartar otras alteraciones (Sánchez y cols. 1997). Roos (1974) menciona que se admite la presencia de un desorden emocional cuando un niño exhibe conductas desviadas para determinada y relativa norma social, con una frecuencia o intensidad inusual y consistente.

Para identificar un trastorno emocional en un estudiante, Bower (1969) menciona que se deben considerar las siguientes conductas:

- Inhabilidad para la instrucción académica, no por falta de capacidad intelectual o por problemas de visión y audición.
- Inhabilidad para desarrollar relaciones interpersonales adecuadas con sus compañeros y adultos.
- Conducta social inapropiada.
- Amplia variedad del estado de ánimo.
- Quejas físicas frecuentes o periodos de aburrimiento o cansancio sin una explicación médica.

La característica fundamental de este trastorno es una emoción generalizada, bien hacia la tristeza o bien hacia la euforia y la exaltación. Este problema tiene un carácter recurrente, y la aparición de un episodio concreto suele relacionarse con acontecimientos vitales estresantes (Mardomingo, 1994).

El afecto se refiere a un patrón de comportamientos observables que son la expresión de sentimientos experimentados subjetivamente. La tristeza, la alegría y el enojo son ejemplos usuales del afecto. A diferencia del humor que concierne a un "clima emocional" más generalizado y persistente, el término afecto se refiere a cambios más

fluctuantes en el tiempo emocional. Varía considerablemente lo que se considera gama normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes como en cada uno de ellas (DSM-IV, 1995). Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades (DSM-IV, 1995; SAPTEL Cruz Roja, 1997):

- Afecto aplanado. Se refiere a una ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.
- Afecto embotado. Es una reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional. Las personas con este problema tienen una sensibilidad insuficiente respecto a las experiencias que en estado normal dan placer o dolor emocional.
- Afecto inapropiado. Se caracteriza por una discordancia entre la exposición afectiva y el contenido del habla o ideación; es decir, que no existe una concordancia entre el afecto y el estímulo.
- Afecto lábil. Se refiere a una variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva, y aunque el afecto concuerda con el estímulo, su efecto aparece magnificado y fuera de control, dando como resultado un individuo "frágil" emocionalmente hablando.
- Afecto restringido o constreñido. Es una reducción de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

Symond (1972) explica que las emociones tienen efectos nocivos en el aprendizaje ya que el niño emotivamente trastornado no progresa en la escuela como debiera, ya que su estado emocional le impide concentrarse en las tareas que debe aprender (en Aguario y Suárez, 1984).

PROBLEMA DE LENGUAJE

Este trastorno se encuentra ubicado dentro de los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje en el CIE-10 (1993), o bien, dentro de los trastornos de la comunicación en el DSM-IV (1995). En ambos manuales se menciona que pueden existir dificultades que no se esperan para la edad o para la capacidad intelectual del niño, tanto en la articulación de la expresión (oral o escrita), así como en la comprensión del lenguaje.

Las dificultades que se presentan en el lenguaje expresivo son habla limitada, vocabulario reducido, problemas para aprender nuevas palabras, evocación errónea de palabras, uso de frases cortas, gramática simplificada y limitaciones en el tipo de frases. Los pequeños que padecen este trastorno presentan problemas escolares y de aprendizaje tales como escribir el dictado, copiar frases y escribir con ortografía.

En el trastorno mixto, que incluye dificultades en el lenguaje receptivo y en el expresivo, se observan respuestas inadecuadas a preguntas formuladas; una habilidad de comunicación deficiente e incorrecto; un déficit en el procesamiento auditivo; dificultades para producir secuencias motoras fluidas y rápidas; un seguimiento erróneo de las instrucciones, dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras; además de síntomas similares al trastorno del lenguaje expresivo. El trastorno fonológico o de la articulación se refiere a una incapacidad para usar los sonidos del habla apropiados para la edad y cultura del sujeto, de tal forma que se presentan errores en la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, lo que puede hacer difícil que los profesores o compañeros entiendan lo que estos niños quieren decir.

Sánchez (1999) explica que las anomalías, alteraciones, perturbaciones o trastornos del lenguaje son todas aquellas características que difieren de la "norma" en cuanto a forma, grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificulta las posibilidades de

comunicación lingüística, oral o escrita, que implican una deficiencia más o menos duradera y que afecta a los aspectos intelectuales, lingüísticos y de personalidad. Estas dificultades también interfieren en las relaciones entre los individuos que forman una comunidad y en el comportamiento escolar, social y familiar de cada uno de los individuos que lo padezca.

Las causas de estos trastornos varían si son adquiridos o evolutivos. En el primer caso se deben a consecuencias de alguna enfermedad neurológica o médica. En cambio si el trastorno es evolutivo, los deterioros se presentan desde etapas muy tempranas del desarrollo como puede ser desordenes a nivel cerebral, daños sufridos antes o durante el nacimiento y por déficits cognitivos o perceptuales en áreas auditivas (Solloa, 1998).

PROBLEMA PSICOMOTOR

De acuerdo al DSM-IV (1995) y al CIE-10 (1993) un problema psicomotor se refiere a un déficit significativo en las actividades cotidianas que requieren de coordinación motora (gatear, caminar, rendimiento en los deportes, hacer rompecabezas, construir modelos, escribir, entre otras), y que no se deben a una enfermedad médica o a un trastorno generalizado del desarrollo.

Para el Dr. Sánchez (1999) este problema engloba todas aquellas alteraciones que se manifiestan en la realización de movimientos. Para él, dichas dificultades 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 movimiento, o bien, de un problema físico de tipo neurofisiológico o esquelético. Sánchez explica que los pequeños que sufren este trastorno tienen una movilidad limitada o una destreza manual pobre para coger, agarrar, tirar o sostener objetos (lapices, gomas, etc.).

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

Este trastorno se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo, incluyendo alteraciones en la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos y actividades estereotipados (DSM-IV, 1995).

También se incluyen anormalidades en el desarrollo de habilidades cognitivas, pues ignoran los estímulos ambientales, como la voz de los padres o del profesor, juguetes nuevos, etc.; presentan trastornos del sueño, de la comida o hábitos extraños para beber; tienen un temperamento lábil, mostrando constantes berrinches, miedos excesivos y tensión, así como conductas autoagresivas ocasionales, por ejemplo pegarse en la cabeza o morderse las manos.

Trastornos específicos que se incluyen son Autismo, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno de Asperger (DSM-IV, 1995).

El autismo se refiere a la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social. Se afecta la práctica de comportamiento no verbal, tal como contacto visual, expresiones faciales, posturas y gestos corporales. Los niños autistas no desarrollan relaciones interpersonales adecuadas, y presentan una alteración en la comunicación; además tienen intereses, comportamientos y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

El trastorno de Rett se caracteriza por el desarrollo de déficit específicos tras un periodo de funcionamiento normal después del nacimiento. Tales déficits son: desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de las habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, disminución del interés por conocer su ambiente social y alteraciones en la coordinación de la marcha, así como del desarrollo del lenguaje expresivo

y receptivo.

En el trastorno desintegrativo infantil existe una marcada regresión en múltiples áreas de actividad (lenguaje expresivo y/o receptivo, habilidades sociales, comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras) tras un periodo de dos años de desarrollo normal.

En el trastorno de Asperger se presenta una alteración grave y persistente de la interacción social y el desarrollo de patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivos. A diferencia del autismo en este trastorno no existen retrasos significativos en el lenguaje, en el desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades adaptativas y de autoayuda.

Los niños que sufren estos trastornos presentan irregularidades en las habilidades cognoscitivas, de hecho pueden estar asociados al retraso mental grave o profundo (principalmente en el trastorno de Rett y desintegrativo infantil); además de presentarse simultáneamente síntomas de hiperactividad, falta de atención, impulsividad y agresividad. Tales síntomas, como ya lo explicamos, afectan significativamente el adecuado desempeño escolar.

PROBLEMA DE SALUD

Esta categoría intenta identificar a los niños que presentan esencialmente una condición médica, biológica o física que rompe la armonía y el equilibrio funcional adecuado del organismo.

Los pequeños que presentan este tipo de dificultades (denominadas discapacidades físicas) lucen diferentes a los demás por alguna malfomación, porque se desvían de la norma, o porque simplemente su apariencia es distinta o de forma peculiar.

Existen varios tipos de discapacidad física (Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997): a) estudiantes con padecimientos médicos que disminuyen sus capacidades físicas (asma, leucemia, hemofilia, etc.), b) estudiantes con secuelas de accidentes o enfermedades que presentan diferencias físicas notables (parálisis cerebral, prótesis, silla de ruedas, etc.), c) personas con malformaciones físicas sin significación funcional pero con impacto estético (cicatrices, manchas, labio leporino, etc.), d) estudiantes sin limitaciones físicas pero con características fenotípicas alejadas de la norma (muy altos, de otra raza, de otra nacionalidad, etc.).

Los estudiantes que afrontan problemas físicos, a consecuencia de una enfermedad, a menudo se ausentan de la escuela porque presentan complicaciones físicas y médicas. Estas ausencias pueden causar una brecha de conocimientos o acumulación de deficiencias en la adquisición de éstos.

La discapacidad física se ha subestimado en la escuela, porque existe la creencia generalizada de que los niños con discapacidades físicas pueden y deben desempeñarse dentro de la escuela como los demás. Sin embargo, comúnmente se pasan por alto los efectos adversos del estigma, prejuicio o discriminación para el bienestar psicológico de ellos; se olvidan de que este bienestar es determinante para el desempeño escolar, o peor aún, se tiende a asociar el déficit intelectual inexistente con defectos físicos existentes (Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997).

RETRASO MENTAL

De acuerdo al DSM-IV (1995), el Retraso mental se refiere a una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio y que se acompaña de limitaciones en la adaptación a las siguientes áreas: habilidades sociales/interpersonales,

utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud, y seguridad.

El retraso mental se clasifica en cuatro categorías basadas en el nivel de funcionamiento intelectual.

Retraso mental Leve	CI entre 50-55 a 70
Retraso mental Moderado	CI entre 35-40 a 50-55
Retraso mental Grave	CI entre 20-25 a 35-40
Retraso mental Profundo	CI inferior a 20 o 25

Sánchez y cols. (1997) proponen las siguientes conductas para sospechar de la presencia de retraso mental.

- Aprendizaje y desarrollo de habilidades mucho más lento que en otros niños de la misma edad.
- Vocabulario y habilidades de lenguaje deficientes.
- Necesidad de objetos concretos y de experiencias para formar un patrón de conceptos y habilidades
- Requerimiento de repeticiones numerosas para entender y recordar conceptos y habilidades.
- Dificultad de comprensión del lenguaje complejo y de conceptos como instrucciones simples.

Los factores que pueden ocasionar retraso mental pueden ser hereditarios (errores en el metabolismo, aberraciones cromosómicas); alteraciones tempranas del desarrollo embrionario (alteraciones cromosómicas o afectación por toxinas); problemas durante el embarazo y problemas perinatales (malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones

víricas y traumatismos); enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez (infecciones, traumatismos y envenenamiento); y por otros trastornos mentales (privación de crianza y estimulación social, lingüística y trastornos mentales graves) ((DSM-IV, 1995; Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997).

PROBLEMA DE SOCIALIZACIÓN

La socialización se refiere a un sistema de adaptación que realiza una persona mediante el aprendizaje y la interiorización de las normas sociales apropiadas para la cultura de un individuo (Papalia y Wendkos, 1992; Enciclopedia de la Psicología, 200).

Esta categoría intenta identificar a los niños con relaciones interpersonales deficientes, problemas para hacer amigos, tímidos, inseguros o de cultura diferente y que no han adquirido patrones conductuales que le permitan acceder e integrarse a la sociedad en la que desarrolla su vida (Sánchez, 1999).

PROBLEMA ESCOLAR

Este problema lo presentan los niños que no han adquirido o se les ha dificultado desarrollar sus habilidades lingüísticas y motoras complejas, o las actitudes e intereses necesarios para desempeñarse en la escuela, tanto en sus tareas escolares como en otras conductas relacionadas con la escuela (Sánchez, 1999).

AUTOESTIMA POBRE

La autoestima consiste en una valoración que se hace sobre uno mismo como personas en todas y cada una de nuestras dimensiones: pensamientos, sentimientos, comportamientos y actitudes (Vallés, 1996)

De acuerdo a Papalia y Wendkos (1992), los niños suelen comparar sus yo verdaderos con sus yo ideales y se juzgan a sí mismos en la medida en que son capaces de alcanzar los estándares y expectativas sociales. De esta valoración sobre cada una de nuestras dimensiones, surge una autoestima baja o alta.

Algunas características que presentan los niños con autoestima pobre son: poco o nulo reconocimiento de sus capacidades, infravalora sus propias capacidades, sienten que los demás no los valoran ni los aprecian, muestran inseguridad, dejan que otros influyan en ellos, no les es fácil aceptar y expresar sus sentimientos y emociones con claridad, manifiestan dificultades para enfrentar situaciones que le producen ansiedad, miedo o coraje y es muy difícil que acepten críticas, fracasos y errores (Álvarez Salas, 1994).

Sánchez (1999) menciona que las personas con baja autoestima presentan una actitud pobre de valoración personal o hacia uno mismo, presentan un alto grado de ansiedad, niveles excesivos de aspiración y un yo ideal que exige rendimientos desproporcionados. Además, dichos sujetos requieren más de la aprobación social, debido que son susceptibles al rechazo social y responden a éste con hostilidad.

Díaz Marroquín (1988) menciona que debido a la pobre autoestima, los niños tienen la creencia de que sus bajas calificaciones hablan de su poco valor como personas o individuos (en Acosta, 1988).

PROBLEMA DE APRENDIZAJE

Hammill (1990) propone la existencia de dos grupos no excluyentes de estudiantes con problemas de aprendizaje. Por una parte, aquellos con bajo rendimiento escolar debido a limitaciones esencialmente internas o fisiológicas como lo pueden ser dificultades en las habilidades para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar o resolver problemas matemáticos;

y por otra, aquellos estudiantes con pobre rendimiento a consecuencia de influencias medioambientales tales como la pobre motivación, la ausencia de modelos en el seno familiar, o un ambiente escolar inadecuado (en Sánchez y cols. , 1997).

Las características que pueden asociarse a los problemas de aprendizaje internos son distractibilidad, deficiencias en los procesos de la memoria, alteraciones en el desarrollo del lenguaje, déficit cognoscitivo y organizacional, hiperactividad, problemas perceptomotores e ineficiencia del procesamiento de la información.

Las características que se asocian a los problemas externos son dificultades en la socialización, conducta inapropiada, labilidad afectiva, impulsividad y autocontrol deficiente; deficiencias para realizar las tareas, dificultad específica en la lectura, escritura y matemáticas, uso inadecuado de estrategias para procesar la información y dificultades para automatizar las rutinas de aprendizaje; baja motivación al logro, baja motivación económico y movilidad social, baja tolerancia a la frustración y pasividad general para aprender.

EPILEPSIA

La Organización Mundial de la Salud (en Enciclopedia de la Psicología, 2000) define la epilepsia como una afectación crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas. El síntoma más destacado consiste en las repetidas y repentinas pérdidas de conciencia o disfunciones psíquicas, que se acompañan con frecuencia de movimientos convulsivos.

Para Sánchez (1999), este problema abarca a aquellas personas que presentan episodios periódicos y transitorios de alteraciones en el estado de la conciencia, los cuales

pueden asociarse a movimientos convulsivos y transitorios en el sentimiento, en la conducta o en ambos.

SONAMBULISMO

Se refiere a la existencia de episodios reiterados de comportamientos motores complejos que se inician durante el sueño y que implican que el individuo se levante de la cama y empiece a caminar. Durante estos episodios la persona mantiene la mirada fija y perdida, no hace caso a los demás y al despertar no recuerda lo sucedido (CIE-10, 1993; DSM-IV, 1995).

ENURESIS

Se refiere a la falta de control de la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, es decir, a la edad de tres años.

La enuresis puede ser primaria (es el retraso en manifestarse el control esfinteriano) o secundaria (al aparecer o reaparecer la enuresis tras un intervalo más o menos largo de limpieza (CIE-10, 1993; DSM-IV, 1995).

Algunos autores (Toro, 1992; Tizón, J. L. Y Torres, E. 1994; Doleys, D. M. 1993) mencionan que la enuresis constituye una manifestación de un retraso generalizado del desarrollo, que podría incluir una "disfunción senso perceptiva" en el reflejo inhibitorio de la micción, con fallos en la transmisión, recepción, integración o regulación de dicho reflejo. Otros (Giles, D. E., Dahl, R. E. Y Coble, P. A., 1994; Martínez, Ll. A., 1993) mencionan que los niveles séricos de hormona antidiurética durante el sueño no se eleven como ocurre fisiológicamente, dando lugar a una sobreproducción urinaria que exceda la

capacidad funcional de la vejiga. También se ha encontrado que la enuresis puede ser el resultado de infecciones en las vías urinarias.

Sin embargo, casi todos los autores aceptan que los traumatismos psíquicos y las discordancias en el medio, pueden tener una importancia como factores agravantes o desencadenantes de la enuresis. Con frecuencia aparece tras una decepción, una separación, por el despertar de los intereses sexuales, por experiencias sexuales inviables y por dificultades en el ámbito familiar (DSM-IV, 1995; CIE-10, 1993, Papalia y Wendkos, 1992).

En este estudio se investigó en qué medida los padecimientos arriba mencionados, y explorados a través del sistema "Diagnóstico y Referencia de los niños con Problemas en la Primaria: DRPP", se asocian al bajo rendimiento escolar.

CAPÍTULO 2

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los problemas que se presentan con mayor frecuencia en un grupo de niños que cursan la primaria y que tienen un bajo rendimiento escolar?

JUSTIFICACIÓN

Se sabe que uno de los mayores problemas de la educación mexicana es el alto índice de fracaso escolar a nivel primaria. En general, la investigación sobre este tema atribuye a los factores socio-culturales y estructurales la causalidad del fracaso escolar y poco se ha hecho por evaluar el papel de factores psicológicos y físicos mediatos asociados al desempeño escolar.

Es por ello que en esta investigación se estudiaron los posibles factores psicológicos, sociales y biológicos que influyen en el desempeño escolar de los alumnos. Este estudio se basa en el supuesto de que detectar oportunamente los factores que se relacionan con el bajo desempeño escolar puede ser una vía eficiente para evitar el fracaso académico a nivel básico, pues de esta forma es posible incidir de manera temprana en la problemática a nivel familiar y escolar.

HIPÓTESIS

Hipótesis General

“Existen diferencias en el perfil psicodiagnóstico de los niños que tienen bajo rendimiento escolar y aquellos que muestra un logro escolar aceptable”.

Hipótesis de Trabajo

H1: “El grupo de bajo rendimiento escolar presenta un mayor número de problemas psicológicos, sociales y biológicos que el grupo de alto rendimiento escolar”

H0: “El grupo de bajo rendimiento escolar presenta un menor número de problemas psicológicos, sociales y biológicos que el grupo de alto rendimiento escolar”

VARIABLES*Variables atributivas y sociodemográficas*

Género: masculino y femenino.

Escolaridad: del primero al sexto grado de educación primaria

Datos de los padres: edad, ocupación y estado civil (información, obtenida a través del sistema computarizado “Diagnóstico y Referencia de los Problemas de niños de Primaria: DRPP”).

*Variables Independientes o Controladas***Rendimiento escolar**

Definición conceptual:

Grado de conocimientos y habilidades que reconoce la sociedad posee un individuo de un determinado nivel educativo. La expresión institucional de ese grado cognoscitivo está en la calificación escolar, asignada al alumno por el profesor (Baum, S., 1998).

Definición operacional:

Bajo rendimiento escolar: calificaciones escolares menores a 8.0.

Alto rendimiento escolar: calificaciones escolares iguales o mayores a 8.0.

Variables dependientes (definición operacional)

Factor

Definición conceptual:

Se refiere a una variable hipotética observable que diferencia y mide rasgos de personalidad (Enciclopedia de la Psicología, 2000. Tomo IV pag. 61-62)

Definición operacional:

Se considera el número de preguntas contestadas positivamente en cada uno de los 25 factores evaluados en el DRPP.

Diagnóstico

Definición conceptual:

Fase final de una serie de procedimientos evaluadores que permite fundamentar un juicio acerca de la existencia de un trastorno. En psicología se habla de un psicodiagnóstico para distinguirlo del diagnóstico médico (Enciclopedia de la Psicología, 2000. Tomo IV, pp. 61).

En el caso de esta investigación se consideran los diagnósticos explorados por el sistema computarizado "Diagnóstico y Referencia de los niños con Problemas en la Primaria: DRPP" (Sánchez 1998) (Tabla 3.1).

Definición operacional:

Las puntuaciones mínimas requeridas para considerar la existencia de un trastorno, se expresan como umbrales en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1 Umbral de Probabilidad de las sospechas diagnósticas evaluadas por el DRPP¹.

Sospecha Diagnóstica	Umbral de Probabilidad Puntuación igual o mayor a
Trastorno por Déficit de Atención	46
Organicidad	37
Trastorno Afectivo	30
Trastorno Alimentario	6
Trastorno de Ansiedad	35
Problema de Conducta	45
Problema Emocional	44
Problema de Lenguaje	39
Discapacidad Motora	16
Trastorno Extendido del Desarrollo	22
Problema de Salud	8
Retraso Mental	40
Problemas de Socialización	24
Problema Escolar	31
Pobre Autoestima	20
Trastorno de Aprendizaje	28

TÉCNICA DE MUESTREO

La selección de los sujetos para este estudio se basa en una muestra no probabilística de sujetos-tipo, donde el criterio de inclusión para ambos grupos fue que los alumnos tuvieran un bajo o un alto rendimiento escolar según lo establecido en esta investigación. Los grupos de estudio se igualaron en número de estudiantes.

SUJETOS

La muestra se seleccionó de la escuela primaria "Juan B. Molina" (ubicada en la delegación Iztacalco al oriente de la ciudad de México), con una matrícula de 648 estudiantes.

La muestra se constituyó de 46 niños (7.09% del total del alumnado), referidos al

¹ Tabla obtenida del Manual del usuario del Sistema para la Detección y Referencia de los niños con

investigador principalmente por los maestros quienes seleccionaron a los niños de acuerdo a los criterios establecidos para esta investigación (promedios escolares). Los grupos finales estuvieron constituidos por 23 alumnos con desempeño escolar aceptable y 23 con bajo rendimiento escolar (la Tablas 3.2 ilustra las características socio-demográficas de la muestra).

Es importante mencionar que la información al respecto de los alumnos fue proporcionada en el 95% de los casos por las madres de los menores.

Tabla 3.2 Características de la muestra

Grupo	Promedio de edad	Género		Promedio escolar	Alumnos repetidores de un año escolar
		F	M		
Bajo rendimiento (n= 23)	9.54 (1.77)*	8 (34.78%)	16 (69.6%)	7.13 (.358)*	6 (26.1%)
Rendimiento aceptable (n= 23)	9.31 (1.76)*	15 (65.2%)	7 (30.4%)	9.65 (.213)*	1 (4.3%)
	X= 9.4 (1.75)*	Σ total = 3 (50%)	Σ total = 23 (50%)	X= 8.39 (1.30)*	Σ total=7 (15.21%)

() * Desviación estándar

Tabla 3.2 Características de la muestra (continuación)

Grupo	Grado escolar						
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Total
Bajo rendimiento	1 (4.3%)	4 (17.4%)	6 (26.1%)	4 (17.4%)	6 (26.1%)	2 (8.9%)	23 (50%)
Rendimiento aceptable	2 (8.7%)	5 (21.7%)	2 (8.7%)	4 (17.4%)	3 (13%)	7 (30.4%)	23 (50%)
Totales	3 (5%)	9 (19.5%)	8 (17.3%)	8 (17.3%)	9 (19.5%)	9 (19.5%)	46 (100%)

TIPO DE ESTUDIO

Fue una investigación no experimental o de tipo ex post facto ya que no hubo una manipulación intencional de la variable independiente (rendimiento escolar), ni una asignación al azar de los sujetos a cada grupo (Kerlinger, 1975; Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Fue descriptivo porque está dirigido a determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que deberán estudiarse en la población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quiénes se está presentando determinado fenómeno.

DISEÑO

El diseño de investigación es no experimental de dos muestras independientes, en la que se hizo una sola medición.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Se utilizó una computadora personal con un procesador de 386 MHz con el programa *Sistema de “Detección y Referencia de los Problemas de los niños de Primaria: DRPP”* (Sánchez, 1999). Este es un instrumento computarizado diseñado para la evaluación y la detección de diversos problemas que aquejan a los niños mexicanos en edad escolar (entre 6 y 12 años) y que afectan negativamente su desempeño académico. Debe ser contestado por los padres del niño en una situación en donde la confidencialidad y la atención de los padres sea mantenida.

El DRPP contiene 189 reactivos que se contestan con SI, NO o NO SÉ. Los reactivos permiten establecer un perfil de 25 factores (Tabla 3.3) que describen al niño e identifican las áreas problemas que le impiden un adecuado desempeño escolar, sugiriendo

hasta 20 hipótesis diagnósticas (Tabla 3.3) y, cuando el caso lo requiere, referencias aconsejables para la condición detectada. Consta de cinco secciones diferentes: 1) una sección de instrucciones; 2) una sección que permite recopilar información sociodemográfica; 3) una sección de preguntas; 4) una sección de comentarios generales; y 5) una sección de reporte, en donde se incluye el perfil que presenta las posibles áreas de sospecha (ver anexo 2).

Tabla 3.3 Factores y diagnósticos del DRPP

Factores		Diagnósticos	
I.	Oposición	I.	TDAH
II.	Agresión	II.	Organicidad
III.	Temperamento	III.	Problema afectivo
IV.	Atención	IV.	Problema alimentario
V.	Impulsividad	V.	Problema de ansiedad
VI.	Hiperactividad	VI.	Problema de conducta
VII.	Ansiedad	VII.	Problema emocional
VIII.	Autoestima	VIII.	Problema de lenguaje
IX.	Depresión	IX.	Problema motor
X.	Socialización	X.	Psicosis infantil
XI.	Competencia social	XI.	Problemas de salud
XII.	Obsesión	XII.	Retraso mental
XIII.	Labilidad afectiva	XIII.	Problemas de socialización
XIV.	Psicosis	XIV.	Problema escolar
XV.	Sueño	XV.	Pobre autoestima
XVI.	Psicomotor	XVI.	Problema de aprendizaje
XVII.	Comida	XVII.	Enuresis
XVIII.	Organicidad	XVIII.	Epilepsia
XIX.	Salud física	XIX.	Sonambulismo
XX.	Conducta adaptativa	XX.	Pica
XXI.	Lectura		
XXII.	Escritura		
XXIII.	Lenguaje		
XXIV.	Inteligencia		
XXV.	Desempeño escolar		

Esta prueba fue creada, estandarizada y validada con 161 niños de escuelas primarias particulares y oficiales de la Cd. de Mérida, Yucatán, con los cuales se establecieron los umbrales de sospecha diagnóstica con base en la frecuencia de las respuestas al instrumento (Sánchez 1994). Es necesario mencionar que en las

voluntario para participar.

Posteriormente se capturaron los datos en la versión computarizada del DRPP y se imprimió un reporte de los resultados para entregarlo a los padres, explicándoles los resultados proporcionados por el instrumento, y en caso su caso se canalizaron a instituciones que pudieran proporcionar servicios especializados es relación a la problemática detectada.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos capturados en un archivo creado por el DRPP bajo el nombre de DRPPDEMO.DBF (que contiene la información sociodemográfica, el número de preguntas contestadas positivamente en cada uno de los factores, así como las calificaciones obtenidas en cada una de las sospechas diagnósticas), fueron trasladados a un archivo de SPSS (1997) y analizados. Los factores y sospechas diagnósticas, los datos sociodemográficos y la información complementaria fueron comparados en función de los dos grupos pre-establecidos para el estudio (bajo rendimiento y aceptable). Se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann – Whitney para la comparación del total de preguntas contestadas positivamente en cada uno de los factores y Chi cuadrada para encontrar la relación entre el desempeño escolar (alto y bajo) y los factores y/o diagnósticos evaluados por el DRPP (Sánchez, 1999). Se elaboraron tablas y gráficos para ilustrar los resultados.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos para cada uno de los grupos.

Información de alumnos

En la tabla 3.2 se muestra el promedio obtenido por cada uno de los grupos. El grupo de bajo rendimiento obtuvo un promedio de calificación de 7.13, con una desviación estándar de 0.358, mientras que el grupo de alumnos con rendimiento escolar aceptable obtuvo un promedio escolar de 9.65, con una desviación estándar de 0.213. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para determinar si estas calificaciones tenían una diferencia significativa se encontró un valor de $U < .000$ con una probabilidad menor de .001.

En cuanto a los estudiantes que han repetido algún ciclo escolar, tenemos que existe un mayor porcentaje de alumnos de bajo rendimiento académico que han presentado fracaso escolar de este tipo (26.1%), en comparación con los alumnos que presentaron un rendimiento escolar aceptable (4.3%).

Con relación al sexo, encontramos que el número de hombres y mujeres que participaron en el estudio es similar (23 hombre y 23 mujeres). El grupo de alumnos con bajo rendimiento, el porcentaje de hombres fue superior (69.6%) en comparación con el grupo alto rendimiento (30.4%).

Información de los padres

En la tabla 4.1 se presenta el estado civil de los padres participantes en el estudio. El estado civil que predomina en ambos grupos es "casado(a)" (80.4% de la muestra total). En el grupo de bajo rendimiento el porcentaje de matrimonios fue de 78.3% y en el grupo de

rendimiento escolar aceptable fue de 82.60%.

Tabla 4.1 Estado civil de los padres

Estado civil	Bajo rendimiento	Rendimiento aceptable	Total
Casado	18 (78.3)	19 (82.6)	37 (80.4)
Separado	3 (13.3)	2 (8.6)	5 (10.8)
Unión libre	2 (8.7)	2 (8.6)	4 (8.6)
Total	23	23	63 (100)

() Porcentaje

El promedio de edad de los padres para el grupo de bajo rendimiento es de 33 años, mientras que la edad promedio de los padres de alumnos con rendimiento aceptable fue de 37 años.

Con respecto a la ocupación de los padres que participaron (Tabla 4.2), nos damos cuenta que existe una diferencia notable en las actividades que desempeñan, debido a que un alto porcentaje de los padres de alumnos con bajo rendimiento escolar (34.8) son obreros o choferes y otro 30.4% se dedican al comercio o bien desempeñan actividades relacionadas con carreras técnicas (plomero, electricista, etc.). En cambio, un 43.5% de los padres de alumnos con un rendimiento escolar aceptable se dedican principalmente a ejercer una carrera profesional o son funcionarios públicos de mediano nivel, y únicamente el 17.4% son obreros o choferes.

Tabla 4.2 Ocupación de los padres de alumnos con alto y bajo rendimiento escolar.

Ocupación	Bajo rendimiento escolar	Rendimiento escolar aceptable
*Obrero, chofer, campesino, albañil	34.8	17.4
*Burocrata, empleado de mostrador, ayudante de ventas	17.4	17.4
*Comerciante en pequeño, Técnico calificado	30.4	17.4
*Profesional, funcionario público de mediano nivel	8.7	43.5
* No saben	8.7	4.3

Al analizar los datos que se obtuvieron de las madres de los alumnos participantes, encontramos que la edad promedio de éstas fue de 34 años.

En lo que respecta a la ocupación (Tabla 4.3), observamos que la principal actividad que realizan son las labores del hogar. En el caso de las madres de alumnos con problemas de rendimiento, tenemos que cerca del 52.2% se dedica al cuidado de su hogar, 17.4% son comerciantes, costureras, etc.; y el 13% son profesionales o funcionarias públicas de mediano nivel. En cambio de las madres de alumnos con rendimiento escolar aceptable, el 56.5% se dedican al hogar, 17.4% se dedican al comercio o a empleos relacionados con estudios técnicos, y el 21.7% ejerce una carrera profesional o presta un servicio público de mediano nivel. No se encontraron casos dentro de este grupo que reportaran ser obreras; burócratas, empleadas de mostrador o ayudantes de ventas.

Tabla 4.3 Ocupación de las madres de alumnos con alto y bajo rendimiento escolar.

Ocupación	Bajo rendimiento escolar	Rendimiento escolar aceptable
*Ama de casa	52.2	56.5
*Obrera, labores de campo	8.7	-
*Burócrata, empleada de mostrador, ayudante de ventas	8.7	-
*Comerciante en pequeño, Técnica calificada	17.4	17.4
*Profesional, funcionaria pública de mediano nivel	13.0	21.7
* Estudiante, otros		4.3

Perfiles psicodiagnósticos

La Tabla 4.4 muestra el promedio y la desviación estándar del número de preguntas contestadas de forma afirmativa en cada uno de los factores. Se puede observar que los factores reportados con mayor frecuencia son la falta de atención, la impulsividad y la

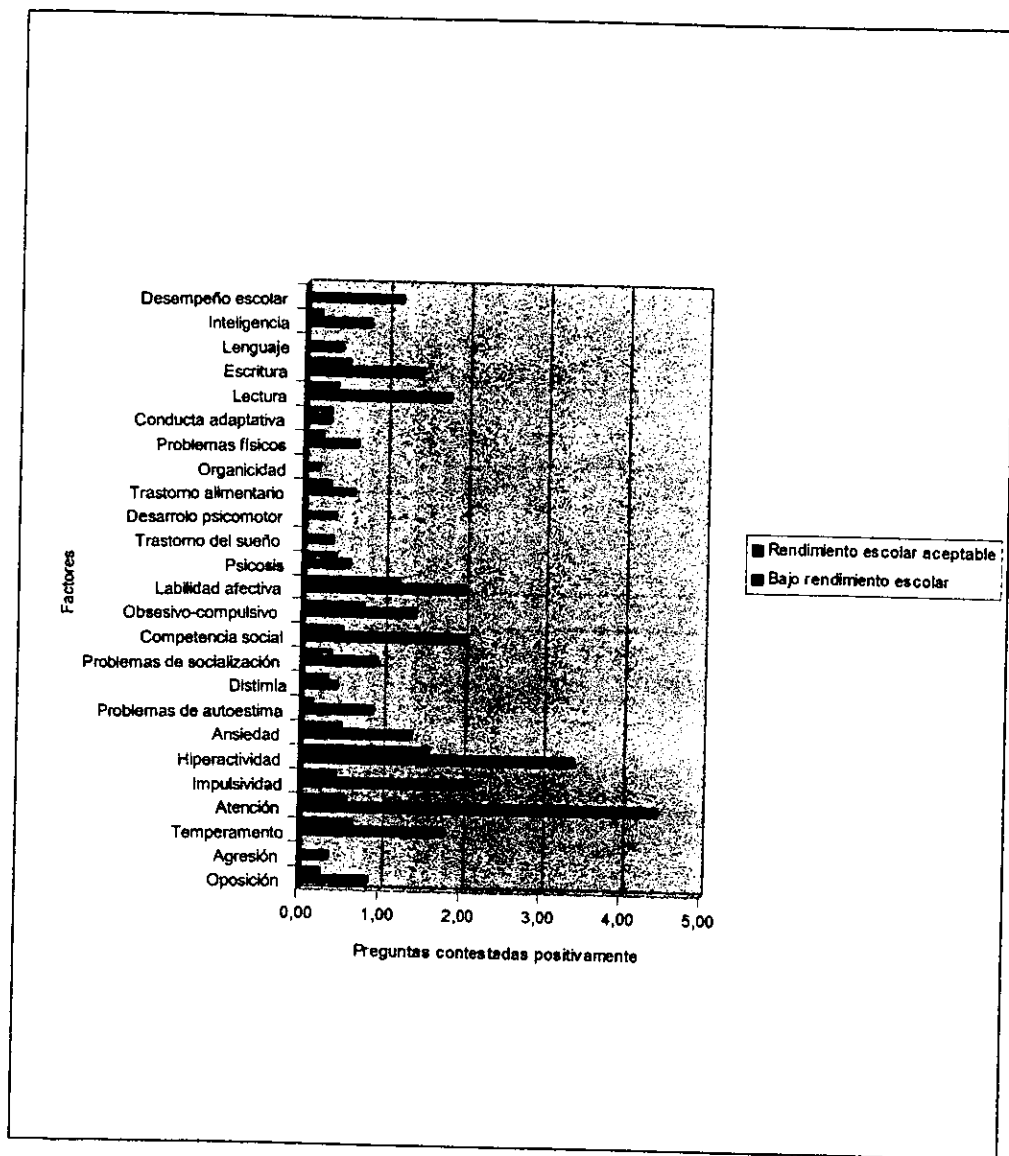
hiperactividad.

Tabla 4.4 Media y desviación estándar del número de respuestas para cada uno de los factores evaluados por el DRPP.

Factor	Bajo rendimiento escolar		Rendimiento escolar aceptable	
	\bar{X}	Desviación Estándar	\bar{X}	Desviación Estándar
Oposición	.83	.98	.26	1.05
Agresión	.35	.57	0	.21
Temperamento	1.78	1.48	.65	1.23
Atención	4.43	2.94	.57	.95
Impulsividad	2.09	1.62	.43	1.62
Hiperactividad	3.39	2.50	1.57	1.58
Ansiedad	1.35	1.53	.48	.59
Problemas de autoestima	.87	1.18	.13	.46
Distimia	.43	.84	.30	.56
Problemas de socialización	.91	1.56	.35	.57
Competencia social	2.00	2.35	.48	.67
Obsesivo-compulsivo	1.39	1.83	.74	1.21
Labilidad afectiva	2.00	1.43	1.17	1.30
Psicosis	.57	.79	.39	.66
Trastorno del sueño	.35	.71	.00	.00
Desarrollo psicomotor	.39	.66	0	.29
Trastorno alimentario	.61	.84	.30	.88
Organicidad	.17	.39	.00	.00
Problemas físicos	.65	1.03	.22	.52
Conducta adaptativa	.30	.63	.30	.88
Lectura	1.78	1.48	.39	.78
Escritura	1.43	1.53	.52	1.12
Lenguaje	.43	1.08	0	.21
Inteligencia	.78	1.13	.17	.49
Desempeño escolar	1.17	1.53	.00	.00

La Figura 4.1 muestra de manera gráfica las medias encontradas para cada factor evaluado por el DRPP.

Figura 4.1 Promedio de respuestas dadas en cada uno de los factores evaluados por el DRPP.



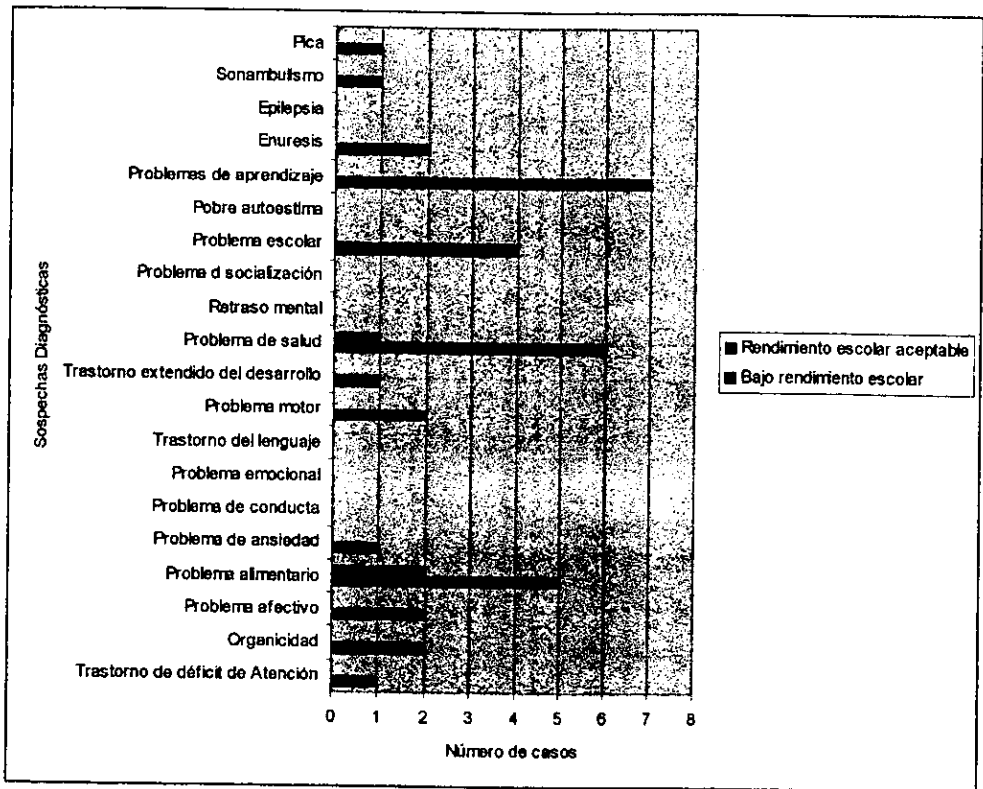
Se aplicó la prueba estadística U de Mann – Whitney para determinar en qué factor(es) existen diferencias significativas entre los grupos. Como se muestra en la Tabla 4.5, los factores significativos fueron: oposición, agresión, temperamento, falta de atención, impulsividad, hiperactividad, ansiedad, problemas de autoestima, competencia social, labilidad afectiva, trastorno del sueño, organicidad, lectura, escritura, lenguaje, inteligencia y desempeño escolar.

Tabla 4.5 Valor de “U” para cada factor evaluado a través del DRPP

Factor	Valor U	Probabilidad
Oposición	142.5	.001
Agresión	185.0	.020
Temperamento	140.5	.003
Atención	64.0	.000
Impulsividad	100.50	.000
Hiperactividad	154.5	.014
Ansiedad	176.0	.033
Problemas de autoestima	150.0	.002
Distimia	258.0	.853
Problemas de socialización	227.0	.329
Competencia social	158.5	.013
Obsesivo-compulsivo	195.5	.102
Labilidad afectiva	177.0	.047
Psicosis	232	.402
Trastorno del sueño	207.0	.019
Desarrollo psicomotor	205.0	.058
Trastorno alimentario	202.0	.075
Organicidad	218.5	.038
Problemas físicos	203.0	.087
Conducta adaptativa	252.5	.703
Lectura	114.0	.000
Escritura	162.5	.012
Lenguaje	206.5	.041
Inteligencia	180.5	.020
Desempeño escolar	115.0	.000

La Figura 4.2 muestra el número de alumnos que obtuvieron alguna(as) de las sospechas diagnósticas que se establecen en el DRPP

Figura 4.2 Número de alumnos que presentaron alguna sospecha diagnóstica.



Al aplicar la prueba X^2 , considerando aquellos casos que alcanzaron o superaron los umbrales que se establecen en el DRPP para las sospechas diagnósticas, se obtuvo una diferencia significativa en los diagnósticos de salud, problema escolar y problemas de aprendizaje (ver Tabla 4.6).

Tabla 4.6 Valor de " X^2 " para cada sospecha diagnóstica evaluada a través del DRPP

Sospecha diagnóstica	Valor X^2	Probabilidad
Trastorno de déficit de Atención	1.02	.312
Organicidad	2.09	.148
Problema afectivo	2.09	.148
Problema alimentario	1.51	.218
Problema de ansiedad	1.02	.312
Problema de conducta	-	-
Problema emocional	-	-
Trastorno del lenguaje	-	-
Problema motor	2.09	.148
Trastorno extendido del desarrollo	1.02	.312
Problema de salud	4.21	.040
Retraso mental	-	-
Problema de socialización	-	-
Problema escolar	4.38	.036
Pobre autoestima	-	-
Problemas de aprendizaje	8.25	.004
Enuresis	2.09	.148
Epilepsia	-	-
Sonambulismo	1.02	.312
Pica	1.02	.312

En la Tabla 4.7 se presentan la relación entre factores y diagnósticos que obtuvieron un nivel de significancia estadística menor de .05.

Tabla 4.7 Relación entre factores y diagnósticos

Diagnóstico	Problemas de salud	Problema escolar	Problema de aprendizaje
Factores	Trastorno del sueño Desempeño escolar	Atención Impulsividad Hiperactividad Competencia social Organicidad Lectura Escritura Lenguaje Inteligencia Desempeño escolar	Atención Impulsividad Hiperactividad Competencia social Organicidad Lectura Escritura Lenguaje Inteligencia Desempeño escolar

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

El fracaso escolar (la deserción, la reprobación y en el caso de esta investigación el bajo rendimiento escolar) es un problema que tiene una gran trascendencia en México, debido a que cerca de un 50% de los alumnos que inician sus estudios a nivel primaria no logran terminarla (ANUIES, 1996; SEP, 1996) porque se enfrentan a diferentes situaciones que impiden su estancia en la escuela, incluyendo la situación económica que vive el país. De aquí la importancia de conocer cuáles son las principales causas del bajo rendimiento escolar en un grupo de alumnos que cursan la primaria.

Tal y como lo afirma Newman (1983) las escuelas oficiales son un mundo lleno de contradicciones sociales, políticas, económicas y culturales a los que tendrá que enfrentarse el niño, éstas se encuentran colmadas de alumnos que presentan bajo rendimiento escolar, y que provienen de bajo status sociocultural (aunque hay de clase media y alta), estos niños en un principio son capaces de dominar las habilidades básicas de tipo mecánico, pero al ir avanzando en grados y tareas escolares y al ir aumentando las que requieren un mayor grado de complejidad, empiezan a presentarse deficiencias en el rendimiento en clase (en Ruiz, L. G. y Ruiz, L. M., 1997).

Lo encontrado en este estudio nos da una idea general acerca de cuáles son las características físicas, psicológicas, sociales o económicas que influyen negativamente en el rendimiento académico de los alumnos que cursan la primaria.

En lo que respecta a la información sociodemográfica encontramos que, dentro de

la muestra estudiada, existe un mayor porcentaje de hombres que presentan problemas de rendimiento escolar. De acuerdo con la literatura (DSM-IV, 1994; CIE-10, 1992; Sánchez, 1998; Mardomingo, 1994; Fejerman y Fernández, 1987) son los varones quienes regularmente padecen trastornos que disminuyen sus capacidades motoras, cognitivas y afectivas, que a su vez determinan su nivel de rendimiento escolar.

Una característica que pudo generar un pobre rendimiento escolar en el grupo de bajo desempeño es el ambiente familiar, que resulta del nivel educativo alcanzado por los padres de familia. Se encontró que un alto porcentaje de padres de este grupo tenía trabajos que requieren de una menor preparación académica (obreros, choferes, comerciantes, plomeros, costureras, etc.), en cambio los padres de los alumnos con un rendimiento aceptable tenían empleos que necesitaban de un mayor nivel académico (funcionarios públicos de mediano nivel, profesionistas, etc.). Cuando el nivel educativo de los padres es bajo, se crea un ambiente cultural de desventaja (Alvarez Manilla, 1998), por lo cual los niños no aprenden adecuadamente las habilidades escolares y se les dificulta el aprendizaje escolar por no contar con los códigos verbales y los hábitos intelectuales necesarios. Este nivel educativo también genera un ambiente de estimulación pobre, es decir que estos niños disponen de un menor número de bienes culturales, menor apoyo monetario y moral, e incluso poca motivación para superar dificultades (Center Mental Health in Schools, 1998).

Con respecto a los perfiles psicodiagnósticos (Sánchez, 1999) que obtuvieron los niños con desempeño escolar aceptable y los alumnos con un bajo rendimiento escolar, se encontró que existe una diferencia significativa en las sospechas diagnósticas de *problemas de salud, problemas escolares y problemas de aprendizaje*.

Los factores (Sánchez, 1999) que presentaron diferencias significativas y que forman parte de estos diagnósticos son: falta de atención, impulsividad, hiperactividad,

ansiedad, problemas de autoestima, competencia social, labilidad afectiva, trastorno del sueño, organicidad, lectura, escritura, lenguaje, inteligencia y desempeño escolar. Otros factores que obtuvieron diferencias significativas y que no contribuyen directamente a los diagnósticos ya mencionados, pero que afectan su rendimiento escolar son oposición, agresión y temperamento.

Se ha mencionado (Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997; Sánchez, 1999) que la salud es un estado de armonía que permite el adecuado funcionamiento del organismo. Cuando esta salud se ve alterada por cierto evento (enfermedad física o mental), se presenta un desequilibrio que afecta el área física, mental y social de los niños, que a su vez altera su rendimiento escolar. La salud de los niños con bajo rendimiento que participaron en la investigación está alterada principalmente por dos eventos: a) los trastornos del sueño (principalmente el insomnio y las pesadillas) que generan un estado de excitación, angustia y confusión (Sánchez, 1999) y, b) los problemas en el rendimiento escolar que se refieren a las dificultades que tienen los alumnos para enfrentar las exigencias de la escuela, el bajo nivel de motivación hacia la escuela, hacia la instrucción y su ajuste inadecuado al ámbito escolar. De acuerdo a Swason y Willis (1997) los problemas de salud implican limitaciones y obstáculos tales como su actitud negativa hacia la escuela, las bajas expectativas de los demás y los problemas intrapersonales que deben superar para que no afecten su desempeño escolar.

Los problemas escolares (Sánchez, 1999) incluyen las dificultades que tienen los alumnos para desarrollar habilidades lingüísticas y motoras complejas, también considera el tipo de actitudes e intereses que son indispensables para desempeñar correctamente tareas escolares y otras conductas relacionadas con la escuela.

Los factores que determinan los problemas escolares son la incapacidad para atender o concentrarse en una tarea específica (falta de atención), el reaccionar sin prever las consecuencias (impulsividad), la dificultad de permanecer quieto (hiperactividad), la poca habilidad para iniciar o mantener relaciones adecuadas y estables con los adultos o iguales, el desajuste y poca convivencia con el grupos social (competencia social); algunas alteraciones funcionales o estructurales en el sistema nervioso (organicidad), dificultades para reconocer las letras que integran una palabra, lo que implica problemas para descodificar las unidades gráficas en unidades sonoras (problemas de lectura), dificultades para comunicarse a través de los signos (problemas de escritura), alteraciones en la forma de comunicar los sentimientos e ideas (problemas de lenguaje), poca capacidad para entender, comprender, crear y adaptarse (inteligencia), así como las dificultades para afrontar con éxito las exigencias que se presentan en la escuela (desempeño escolar).

Por último los problemas de aprendizaje (Sánchez, 1999) se refieren a una pobre actitud de valoración personal, alto grado de ansiedad, niveles excesivos de aspiraciones y metas que exigen rendimientos desproporcionados. Los niños que tienen problemas de aprendizaje requieren de más aprobación social, son susceptibles al rechazo social y responden a éste fundamentalmente con hostilidad. Al igual que en los problemas escolares, los factores que contribuyen a la aparición de los problemas en el aprendizaje son: la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, síntomas que se presentan en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Vallet, 1980; CIE-10, 1992; DSM-IV, 1994; Mardomingo, 1994); las dificultades en la lectura, la escritura y el lenguaje, básicos en la comunicación (Sánchez 1999); limitaciones en la capacidad para entender, comprender e inventar, que en conjunto se conocen con el término de inteligencia y por la capacidad de los niños de ajustarse a su ambiente escolar.

Otros factores que tienen relevancia por su influencia sobre el rendimiento académico de los estudiantes son la oposición, la agresión y el temperamento, que están muy relacionados con la conducta y las emociones de los alumnos (Sánchez, 1999). La oposición se refiere a una actitud de reto y desobediencia hacia las personas que representan autoridad; la agresión incluye un comportamiento que tiene como objetivo dañar o destruir (ya sea a otros o a uno mismo), son niños que no respetan los derechos de otros y las reglas sociales. Finalmente el temperamento (Sánchez, 1999) es un estado de ánimo cambiante e inestable. Estos tres factores son síntomas característicos del Trastorno negativista desafiante (CIE-10, 1992; DSM-IV, 1994).

Como podemos darnos cuenta y de acuerdo a lo encontrado en otros estudios (Bricklin y Bricklin, 1971; Esquivel, Cruz y Santiago, 1998) los problemas de índole emocional están estrechamente asociadas con el bajo rendimiento escolar.

Todos los aspectos mencionados hasta el momento nos muestran de manera clara las características de los niños que presentan problemas en su rendimiento escolar. Por ello, el profesor o profesional que está en contacto frecuente con los niños en edad escolar, debe intervenir lo antes posible cuando se dé cuenta que un alumno tiene dificultades para prestar atención, se le dificulta concentrarse, planear o llevar a cabo sus actividades, si actúa precipitadamente, no espera su turno en juegos; si habla en exceso, si tiene una actividad motora excesiva, o presenta una baja tolerancia a la frustración, si no lleva a cabo las normas sociales, si discute y desafía a otros, si tiene problemas con sus compañeros y adultos, carita de sueño, si no confían en sus capacidades, si no expresan sus sentimientos, si no aceptan críticas, fracasos y errores, si notan un lento desarrollo de sus capacidades, o bien, si se dan cuenta que el niño tiene desventajas en sus habilidades

aritméticas (suma, resta, multiplicación y división), si tiene una lectura deficiente y si presentan problemas de escritura (dictado, copia y ortografía).

Los alcances de este estudio no permiten establecer cuál de estos factores incide con mayor fuerza en el desempeño de los niños en edad escolar, pero lo que sí podemos suponer es que todos ellos interactúan para dar como resultado un déficit en el rendimiento escolar, que a su vez también influye en cada uno de estos factores, creando así un "círculo vicioso" (Esquivel, 1997), pues al no tener un rendimiento escolar adecuado se sienten culpables por no cumplir con las expectativas de sus padres y profesores, pierden el interés por la escuela, se esfuerzan menos y mantienen su bajo rendimiento escolar.

Los niños con problemas de rendimiento escolar tienden a aislarse, debido a que se sienten derrotados y frustrados ante cualquier dificultad por mínima que sea y, de acuerdo a Mayagoitia (1998) presentan limitaciones al momento de hacer juicios sobre una situación, son rígidos, inflexibles e incapaces de tomar en cuenta el punto de vista de los demás, aumentando la probabilidad de que un alumno deserte de la escuela o si continúa sus estudios, es posible que termine la educación básica sin las habilidades necesarias requeridas para seguir su preparación académica y con secuelas emocionales que pueden limitar por el resto de su vida sus intereses y su adaptación escolar (Esquivel, 1997).

Finalmente, un aspecto que debemos tomar en cuenta al hablar de bajo rendimiento escolar, son las características del sistema educativo en el que se encuentra inmerso el alumno (Bricklin y Bricklin, 1971; Diccionario enciclopédico de educación especial, 1985; Tovar, 1997), puesto que en muchas ocasiones las escuelas no cuentan con el presupuesto, material pedagógico, programa educativo y profesorado adecuado que permita a los niños un óptimo aprovechamiento.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Las características de los niños con bajo rendimiento escolar difieren significativamente de los alumnos con un buen desempeño escolar en lo que respecta a los problemas de sueño, el desarrollo de sus habilidades intelectuales, la forma en la que interactúan con sus pares o los adultos y las habilidades académicas (lectura, escritura y expresión verbal). Además, los niños con bajo rendimiento escolar presentan síntomas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad y del trastorno negativista desafiante.

Un aspecto más que debe considerarse como negativo sobre el desempeño escolar es el ambiente cultural generado por el nivel educativo de los padres, pues a través de éste los niños aprenden hábitos y habilidades escolares que facilitan o dificultan su aprendizaje, es más, en este ambiente se determina la ayuda económica y moral, las formas de interacción con los demás y la motivación para superar obstáculos.

De hecho, la familia es una fuente de desarrollo o de desequilibrio psicosocial para el niño ya que todos los acontecimientos familiares influyen directa o indirectamente en él, debido a que a esta edad el niño tiende a adoptar las normas de conducta de sus padres.

Aunque consideremos que un buen ambiente familiar es importante para el óptimo desarrollo de los niños, lo cierto es que muchos padres envían a sus hijos a la escuela con la esperanza de que ésta influya en su desarrollo intelectual, moral y psicosocial; sin

embargo es en el seno familiar en donde se moldean las capacidades del niño, así como sus sentimientos. De tal manera que si un niño vive en un medio demasiado estricto o protector, llegará a la escuela mal preparado para afrontar las exigencias escolares.

Por último, al hablar del fracaso escolar, no debemos dejar de lado las características del sistema educativo ya que un gran número de escuelas primarias no cuentan con los recursos económicos, materiales y humanos necesarios para proporcionar un buen servicio. También hay que tomar en cuenta que el rendimiento del niño en la escuela depende en gran medida de las facilidades físicas existentes y de la capacidad pedagógica e interés que muestren los maestros por desarrollar en sus alumnos todo su potencial intelectual.

Todas las características encontradas en esta investigación deben considerarse en conjunto sin darle mayor o menor importancia a alguna de ellas, ya que no sabemos cuál incide con mayor fuerza en el rendimiento escolar de los alumnos.

Sin embargo, lo que sí podemos mencionar es que un buen ambiente escolar, unido a condiciones mínimas de bienestar económico y psicosocial en la familia, así como una adecuada salud mental y física en los niños son elementos indispensables para el éxito escolar.

A través de este estudio se puede mostrar el valor del sistema computarizado "Diagnóstico y Referencia de los niños con Problemas en la Primaria: DRPP" para detectar de manera rápida y oportuna los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales

y económicos que pueden impedir el éxito académico de los niños en edad escolar, incluso es una herramienta útil que proporciona referencias para que los niños sean atendidos lo antes posible.

El DRPP es un instrumento que puede contribuir en la detección de alumnos en riesgo de fracaso escolar y que permite alternativas preventivas. Es más, la aplicación de este instrumento puede ayudar al profesor a conocer a cada uno de sus alumnos para que, a partir de esta información, pueda planear sus actividades académicas y no trate de adecuar al alumno al programa educativo.

Una limitante que se encontró en este estudio fue la baja participación de los padres de los alumnos. Esta actitud dificulta la detección y el tratamiento de los problemas que se presentan en los niños.

Finalmente, se sugiere que en estudios posteriores se incremente el tamaño de la muestra, que se haga una entrevista con los padres de familia para obtener y corroborar las sospechas diagnósticas que se obtuvieron en la aplicación del DRPP, así como para conocer la dinámica familiar. Del mismo modo, se aconseja hacer un seguimiento más detallado de los alumnos con algún problema y que sean detectados con el DRPP, para saber si los padres tomaron en cuenta las sugerencias para atender las diversas problemáticas que presentan sus hijos y para conocer los avances o retrocesos de los alumnos en el caso de que sean atendidos por el especialista. Con todos estos datos se podrá hacer una generalización más confiable y una interpretación más amplia del problema del bajo rendimiento.

Para mejorar el contenido del instrumento se sugiere que se incluya como sospecha diagnóstica el trastorno negativista desafiante, pues se encontró que éste juega un papel muy importante en el rendimiento escolar.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, H. A. (1988) Los problemas emocionales de los niños con dificultades en el aprendizaje. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México.
 - Aguario A. M. y Suárez V. L. (1984) Rendimiento escolar y su relación con la percepción del niño de sus relaciones familiares. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México.
 - Alvarez B. A. (1989). Estudio comparativo de bajo rendimiento, analizando dos factores predictivos: ansiedad y dinámica familiar en dos grupos de escolares de nivel primaria. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
 - Álvarez, M. J. M. (1998) ¿Cultura de la evaluación?. Primera parte. Alrededor de la evaluación del aprendizaje. Instituto de Evaluación en Gran Escala (IEGE). México. pp. 25-28.
 - Álvarez, M. J. M. (1998) Elecciones del 97 y educación. Alrededor de la evaluación del aprendizaje. Instituto de Evaluación en Gran Escala (IEGE). México. pp. 15-18.
 - Álvarez, S. O. (1995) Escuela para padres, una forma de trabajo para mejorar el rendimiento escolar de alumnos de nivel primaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
 - Alves, M. L. (1985). Compendio de didáctica general. 2ª Edición. México: Kapeluz.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). (1996). Anuario ANUIES, México D.F.

- Aranda, A. A. y Garcia, C. F. (1987) Estudio correlacional entre autoconcepto y rendimiento escolar en alumnos de nivel licenciatura de la UPHCSA. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
 - Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
 - Barrett, D. E., Rodke-Yarrow, M. y Klein, R. E. (1982) Chronic malnutrition and child behavior: Effects of early caloric, supplementation on social and emotional functioning at school age. Developmental psychology. 18, 541 - 556.
 - Baum, W. S. (1998). Algunas variables que intervienen en el éxito escolar de los alumnos de la carrera de médico cirujano de la facultad de medicina de la UNAM. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM. México.
 - Becerril, S. (1989). Estudio epidemiológico descriptivo de las características y síntomas de la depresión en una población infantil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México
 - Bower, C. (1969). Early identification of emotionally handicapped children in the school. Springfield: Charles C. Thomas.
 - Bricklin, B. y Bricklin, P (1971). Causas psicológicas del rendimiento escolar. México: Pax.
 - Center Mental Health in Schools (1998). Causes of academic underachievement. Curso-Taller. E.U.
- Cravioto, J., Arriete, R. (1992 Diciembre). Efecto de la desnutrición sobre el desarrollo neuro integrativo del niño (2ª parte). Boletín médico del Hospital infantil de México. 39 (12) 784 - 797.

- Cruz Roja Mexicana (Ed.). Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL). (1995) Manual. 77 - 78.
- Dianol - Santillana (Ed.). (1985). Diccionario enciclopédico de educación especial. México. 4.
- Doleys, D. M. (1993) Psicopatología infantil. Barcelona: Martínez Roca.
- Esquivel, A. F. (1997) Trastornos emocionales vinculados con los problemas de aprendizaje. I Congreso de Psicomotricidad. Universidad Intercontinental, México.
- Esquivel, A. F.; Cruz, D. M. y Santiago, H. Y. (1998, Octubre). Sistema computarizado para la detección oportuna de los problemas asociados al bajo rendimiento académico. VII Congreso Mexicano de Psicología. México. D.F.
- Flores, V. A. y Martínez, A. G. (1994) El rendimiento escolar como un factor contribuyente al autoconcepto en niños de ambos sexos de 3° a 6° año de educación primaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México.
- Ford, D. y., Thomas, A. (1997). Underachievement among gifted minority students: problems and promises. He ERIC clearinhouse on disabilities and gifted education (ERIC EC). Microsoft Internet Explorer.
- Frick, P. J., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Lozber, R., Christ, M. Hart, E. y Tannenbaum, L. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. Jornal of consulting and clinical psychology. Vol. 59, Num. 2, 289 -294.
- Gargallo, B. (1991). Hijos hiperactivos. Madrid, España: Cúpula.
- Giles, D. E.; Dahl, R. E. y Coble, P. A. (1994) Childbearing, developmental and familiar aspects of sleep. Review of psychiatry. (13)

- Guevara, N. G. (1992, Febrero). El malestar educativo. Revista Nexos, México. (170).
- Hadley, J. (1984, Julio - Agosto). Facts about childhood hiperactivity. Children today. 8 - 13.
- Hernández, F. I. (1992). Análisis de las causas del bajo rendimiento escolar en los educandos. Tesis de licenciatura en pedagogía. ENEP Aragón, México.
- Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent - child relationships in eating disorders. Journal of abnormal psychology. 95 (4), 345 - 407.
- Jonhson, U. y Connors, M. (1987). The etiology and treatment af bulimia nervosa. New York, Basis books.
- Kerlinger, F. (1975). Investigación del comportamiento. México: .Interamericana.
- Macotella. F. S. (1996) Desarrollo y perspectivas en el área de problemas de aprendizaje. Folleto de la Facultad de Psicología.
- Mannoni, M. (1988). La educación imposible. México: Siglo XXI.
- Mardomingo. S. M. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamento y síndromes. Primera edición. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Martínez, Ll. A. (1993) Enuresis: micción involuntaria nocturna infantil. JANO. 44 (1021), 42-48.
- McDaniel, K. D. (1986). Pharmacological treatment of psychiatric and meuro-developmental disorders in children and adolescents. Clinical pediatric. 25 (23), 65 - 71.
- Méndez, C. (1994, Agosto). Fracaso escolar en Yucatán. Diario de Yucatán.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Nava, B. I., Ramírez R. R., y Vences, V. H. (1993). El diagnóstico como herramienta de la planeación en educación superior: Los hábitos de estudio y su relación con el rendimiento escolar de los estudiantes de primer ingreso en 1992 de la FCA. Tesis de Licenciatura. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM, México.
- Océano (Ed.). (2000). Enciclopedia de la psicología. 3, 625 - 628.
- Organización Mundial para la Salud (OMS) (Ed) (1993) Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid.
- Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (1992) Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: McGraw-Hill.
- Rioduero (Ed.). (1993). Diccionario de ciencias de la educación. Madrid. 3 160 - 164.
- Roos, S. (1974). Psychological aspects of learning disable and reading disorders. New York: McGraw - Hill.
- Rosenzweig, M. R. y Leiman, A. Y. (1992). Psicología fisiológica. México: McGraw-Hill.
- Ruiz, I. G. y Ruiz, I. M. (1997) La adaptación como posible causa del bajo y alto rendimiento escolar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México.
- Sánchez, F. P. (1994) Desarrollo de un sistema computarizado para la detección y referencia de los problemas de niños de primaria: DRPP. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida Yucatán.
- Sánchez, E. P. (1999) Detección y referencia de los problemas de los niños de primaria: DRPP. (versión revisada). Manual del usuario. Universidad Autónoma de Yucatán.

- Sánchez, E. P. y Cantón, M. N. (1993). Características de niños con discapacidad física en el sistema educativo de educación primaria del estado de Yucatán. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. 186, 18 - 29.
- Sánchez, E. P. y Pinto, J. E. (1995). Incidencia de los problemas que afectan a los niños de primaria en Yucatán, México. Educación y Ciencia. 4 (2), 31-42.
- Sánchez, E. P.; Cantón, M. N. y Sevilla S. (1997). Compendio de educación especial. Manual Moderno. 1ª edición. México.
- SEP, Secretaria de Educación pública. (1996). Programa de Desarrollo educativo 1995 - 2000. México D.F.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., *et.al* (1986). He role of the massmedia in promoting a thin standard of bodily attractiveness for woman. Sex roles. 14 (9-10), 519 - 532.
- Solloa, L. M. (1998) Psicopatología de la Época del Crecimiento y Desarrollo del Hombre. De la Infancia a la Adolescencia. Apuntes de clase. Facultad de psicología, UNAM. México.
- Swanson, B y Willis, D. (1997) Understanding exceptional children and youth. An introduction to special education. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Tizón, J. L. y Torreos, E. (1994) La enuresis funcional: apuntes para la comprensión de un tema debatido. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1 (19). 524-539.
- Toner, B. B., Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1986). Long-term follow of anorexia nervosa. Psychosomatic medicinc. 48 (7), 520 - 529.
- Toro, J. L. (1992) Enuresis: causas y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.

- Tovar, V. G. (1997). Bajo rendimiento escolar. Causas y propuestas de solución. Tesis de Licenciatura en pedagogía. Escuela de pedagogía, Universidad de Don Vasco. Uruapan, Michoacán.
- Vallés A. (1996). Guía de actividades de recuperación y apoyo educativo: Dificultades de aprendizaje. Madrid, España: Escuela española.
- Vallet, R. (1980). Niños hiperactivos. Colombia: Cincel.
- Velasco, R. (1992) El niño hiperquinético. 2ª reimpresión. México: Trillas.
- Weissman, M. M. Gammon, D. J., *et.al.* (1987) Children of deressed parents: Increased psychopathology and early onset of mayor depression. Archives of general psychiatry. (44), 847 - 853.

ANEXO 1

FACTORES EVALUADOS²

Oposición

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

Agresión

Es una conducta hostil con intención de daño o destrucción. En la agresividad, violan tanto 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 frustraciones de un deseo o necesidad y cuyo objetivo es una descarga emocional. En la agresión, la acción violenta puede ser dirigida hacia uno mismo o hacia otros (personas, animales o cosas).

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 de 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.

² Información obtenida del Manual del usuario del Sistema para la Detección y Referencia de los niños con Problemas en la Primaria: DRPP (Sánchez, 1999)

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 atender o concentrarse en una tarea específica. El déficit de atención es un rasgo esencial para el diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad. Como rasgo la atención es una condición para el aprendizaje.

Impulsividad

Es la tendencia a reaccionar, actuar, tomar decisiones, etc.; 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.

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 acompaña con frecuencia de déficits en la capacidad de atención del niño. Es un signo cardinal en el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (THDA). Como factor la hiperactividad es considerada un signo y no el trastorno mismo.

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). La ansiedad se describe como un sentimiento de temor, aprensión, malestar o temor de que va a ocurrir en el futuro algún suceso perjudicial o terrible. Es la reacción completa del individuo frente a situaciones y estímulos malos o potencialmente peligrosos, o que son subjetivamente percibidos como cargados de peligro. La ansiedad se describe en términos de excitación fisiológica, cambios psicológicos como la preocupación y la anticipación.

Problemas de autoestima

Dimensión estimativa del autoconcepto. Es la valía que uno mismo se da. Se asocia a la seguridad personal y autoconfianza. La pobre autoestima se asocia a una serie de problemas emocionales y escolares.

Distimia

Trastorno afectivo hacia el polo de la tristeza y de los sentimientos y pensamientos negativos y pesimistas. Los pensamientos de culpa y de reproche son prácticamente constantes y relacionados con deficiencias e insuficiencias del ego. En los niños, la distimia y el desinterés social son formas leves de depresión y se manifiestan de forma diferente al adulto, en la infancia la distimia se acompaña de somatización, hipodesarrollo físico y pobre motivación a la escuela.

Problemas de socialización

La socialización, es el desarrollo de patrones conductuales que le permiten al niño integrarse en la sociedad en la que la persona desarrolla su vida. El proceso inicia genéticamente 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.

Competencia social

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

Rasgos obsesivo – compulsivos

Patrones de conducta (compulsión) y pensamiento (obsesión) que tienden a ser repetitivos y generar mala adaptación al medio. Por lo general, las obsesiones se acompañan 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.

Labilidad afectiva

Inestabilidad de ánimo, tendencia al cambio frecuente de humor, presentado una docilidad excesiva ante los estímulos y condiciones ambientales.

Psicosis

Trastorno psiquiátrico severo, caracterizado por profundas alteraciones orgánicas que conducen estructuralmente 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 de contacto con los demás. En los niños se refiere a conductas motivadas internamente y a una incapacidad de comunicarse afectiva y cognitivamente con el entorno.

Trastornos del sueño

El sueño es un estado fisiológico de relativa "inconsciencia" e inacción de los músculos voluntarios, que se hace necesario periódicamente, 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.

Desarrollo psicomotor

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 medio ambiente y jugar. Este es un factor de valía para estimar tanto el desarrollo físico como el psicológico.

Trastornos alimentarios

Este factor se refiere a las alteraciones de la conducta de comer, como el comer 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 necesidad primaria de hambre y se asocia a problemas emocionales del niño y a formas de reaccionar ante situaciones familiares específicas.

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 hipereflexia; o simplemente puede inferirse por resultados de pruebas psicológicas como la prueba de Bender. La presencia de organicidad se considera como un factor de riesgo para el desarrollo humano.

Problemas físicos

Se refiere a los problemas de salud. El término salud física se refiere a 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 y no meramente la ausencia de enfermedad. Aunque los principales factores causales de la muerte y enfermedad están relacionados con el estilo de vida, este factor se enfoca a los órganos corporales y al funcionamiento biológico.

Conducta adaptativa

Es el comportamiento de un individuo que responde eficazmente a los estímulos y demandas del medio ambiente. Incluye todas aquellas actuaciones que sirviéndose de las experiencias pasadas, se acomodan a las nuevas situaciones. Algunos autores la definen como sinónimo de conducta inteligente. Socialmente 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 medición de conducta adaptativa es esencial para el diagnóstico de retraso mental.

Lectura

La lectura supone un proceso complejo de eventos psicomotrices, lingüísticos y socioafectivos. La lectura 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 para su aprendizaje se requiere del desarrollo de habilidades para el reconocimiento de las grafías que componen una palabra, oración o párrafo. Tradicionalmente la lectura ha sido concebida como un acto mecánico de descodificación de unidades gráficas en unidades sonoras, en el cual el lector para sus ojos sobre el impreso, recibiendo y registrando un flujo de imágenes perceptivo - visuales.

Escritura

La escritura, formas de expresión del lenguaje que supone una comunicación simbólica con la ayuda de signos los cuales varían según las civilizaciones, su aprendizaje es complejo y en él influyen factores psicofísicos y determinadas condiciones ambientales.

Lenguaje

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.

Inteligencia

Término utilizado para designar la capacidad de entender, comprender e inventar y tiene un amplísimo espectro semántico, que reflejan 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, etc. En pocas palabras, concepto difícil de definir, que todo el mundo sabe lo que significa.

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. Este factor explora indirectamente problemas debidos a la motivación hacia la escuela, instrucción y ajuste al ámbito escolar.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE YUCATAN
Sistema para la Detección y Referencia
de los Problemas del Niño de Primaria

Fecha de Entrevista : 01/03/9

Clave : AIVG-910429
Nombre : AVILA VALLEJO, MARIA GUADALUPE
Edad : 9 Años, 5 Meses Sexo : FEMENINO Lateralidad : DIESTRO
Defecto físico : NINGUNO
Medicación : NINGUNA
Escuela : JUAN B. MOLINA Lugar : IZTACALCO, DISTRITO FE
Grado escolar : 20. DE PRIMARIA Promedio : REGULAR Conducta : BUENA
Repetidor : SI Talla (cms) : 126 Peso (Kgs) : 25.0

| IMPRESION DIAGNOSTICA |

Problema emocional..... Muy Probabl
Problema de lenguaje..... Muy Probabl
Transtorno de aprendizaje..... Muy Probabl

| RECOMENDACIONES |

REFERIR A....
 Terapeuta de Lenguaje
 Terapeuta de Aprendizaje
 Psicólogo
 Maestro de Educación Especial

