



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2057
Sr. Corva

INCIDENCIA DE PROBLEMA EMOCIONAL
EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN

NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO INTEGRAL

TESIS

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

presenta: JOSEFINA ISABEL FAJARDO ARIAS

MÉXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Z5053.0
UNAM. 172
1984



M. - 20311
Sp. 1252

DEDICO ESTE TRABAJO

al niño con trastornos de comunicación
a sus padres
a sus maestros
al médico
al terapeuta y
a mis colegas psicólogos

T. Ps. 3501

MI AGRADECIMIENTO A

Julio Castellanos

Ma. Isabel Arias

Ma. Isabel Haro

Ma. Eugenia Sordo

Judith Santos

Itziar Lozano y

Gabino Lombana

por lo poco o mucho que hicieron para que saliera a la luz este trabajo.

AGRADEZCO TAMBIÉN

al Centro de Informática de la Facultad de Contaduría y Administración (UNAM), por su colaboración en el manejo estadístico de los datos.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1

PRIMERA PARTE

Marco Teórico

Capítulo I. Proceso de comunicación, desarrollo y trastornos del desarrollo	17
Capítulo II. Desarrollo del lenguaje oral y lecto-escrito ..	27
Desarrollo del lenguaje	27
La función del lenguaje	27
Etapa prelingüística	28
Periodo de balbuceo	30
Periodo locutorio	31
Periodo delocutorio	34
El sentido del lenguaje	36
La articulación del lenguaje	37
Etapa de tartamudeo	37
Desarrollo intelectual y procesos del aprendizaje	37
Adquisición de la lecto-escritura	37
Procesos del aprendizaje	39
Habilidades intelectuales y desarrollo del lenguaje ...	40

Capítulo III. Desarrollo emocional del niño: resumen de aspectos importantes	43
Capítulo IV. Papel de la familia en el desarrollo del niño	47
Estructura familiar	47
Manejo del niño en la familia: su relación con el rendimiento escolar	51
Manejo familiar: su relación con el aprendizaje	54
Manejo familiar: su relación con el desarrollo del lenguaje	56
Dinámica psicosocial familiar y consecuencias de su alteración	58
Capítulo V. Papel de las situaciones traumáticas en el desarrollo emocional	61
Capítulo VI. Otros factores que influyen en el aprendizaje	65
Antecedentes de la concepción, embarazo y parto	65
Número de nacimiento y número de hermanos	68
Procesos de movilización (propios del niño), atención y éxito escolar	69
Factor socio-cultural	71
Capítulo VII. El ideal de desarrollo	73
Capítulo VIII. Resumen de supuestos que sustentan la investigación	77

SEGUNDA PARTE

Método

Capítulo IX. Lugar, sujetos y material empleados	83
Lugar	83
Sujetos	83
Selección de la muestra	84
Características de la muestra	84

Material	84
Pruebas psicológicas empleadas	85
Pruebas pedagógicas empleadas	86
Pruebas psicomotrices empleadas	86
Capítulo X. Procedimiento	87
Procedimiento seguido para la obtención de la muestra ..	88
Población	88
Procedimiento seguido para la valoración psicológica	90
Capítulo XI. Tratamiento de los datos	93

TERCERA PARTE

Resultados

Capítulo XII. Datos obtenidos en la investigación de niños que padecen trastornos de comunicación ...	101
Datos de identificación	101
Datos de referencia	101
Motivo de consulta	102
Escolaridad e historia escolar	102
Datos de la entrevista familiar	104
Pruebas aplicadas	108
Índices de funcionamiento	108
Área perceptual auditiva	109
Área de lenguaje	110
Área perceptual visual	114
Esquema corporal	115
Noción temporo-espacial	116
Área motora	116
Habilidades aritméticas	117
Atención	117

Conducta observada	119
Conducta referida	121
Impresión diagnóstica	126
Capítulo XIII. Análisis de resultados	129
Datos de identificación	129
Escolaridad e historia escolar	130
Revaloraciones	131
Datos de la entrevista familiar	131
Antecedentes de la concepción, embarazo y parto	133
Área intelectual	136
Características de la percepción del niño	136
Características del lenguaje del niño	137
Conducta observada	138
Manifestaciones sintomáticas de problema emocional en los distintos niveles	140
Presencia de situaciones que predisponen a problema emo- cional	141
Diagnóstico	143
Capítulo XIV. Conclusiones	145
Capítulo XV. Sugerencias	147

APÉNDICES

Apéndice 1. Guía para la valoración psicológica de pa- cientes con problema de comunicación	155
Apéndice 2. Formato para informe psicológico	191
Apéndice 3. Criterios diagnósticos del DSM III para trastor- nos emocionales, de desarrollo específico y físicos	197
Bibliografía	209

LISTA DE CUADROS, TABLAS Y DIAGRAMAS

Cuadro 1. Clasificación general de trastornos en la salud mental infantil de acuerdo a las normas del DSM III elaboradas por la A.P.A.	19
Cuadro 2. Distribución de los coeficientes intelectuales de 100 niños de la población que acude al INCH por problemas de lenguaje y aprendizaje	109
Cuadro 3. Total de manifestaciones emocionales en los distintos niveles	124
Cuadro 4. Relación entre los distintos tipos de trastorno ..	128
Diagrama 1. Dinámica familiar del niño con problema de comunicación	135
Tabla 1. Criterios para la valoración de habilidades y problemas perceptuales visuales	171

INTRODUCCION

“Donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta; cuando se trata de niños perturbados, es el niño quien, mediante sus síntomas, encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por sus padres”.

MAUD MANNONI ¹

En el transcurso del trabajo realizado como psicóloga del Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH), he tenido la oportunidad de observar centenares de niños y de familias que llevan a costas un problema que en apariencia es únicamente del niño, pero que en realidad inmiscuye a la familia entera; y hablo de que inmiscuye a la familia entera porque justamente es en la familia donde se gesta, y es gracias a su dinámica que se hace posible el desarrollo de un problema de aprendizaje, tratése de un problema en el aprendizaje del lenguaje oral, de uno del lenguaje lectoescrito o de cualquier otro similar.

Como dice Gilly ²: “Es indiscutible que la manera en que el niño se adapta a sus diferentes medios de vida, y en particular al medio de vida escolar, dependa, en parte, de la educación familiar y de la naturaleza de las relaciones padres-hijos”; lo que quiere decir que una de las funciones importantes de la familia

¹ Mannoni, M. *La primera entrevista con el psicoanalista*, 1979, pág. 15.

² Gilly, M., *El problema del rendimiento escolar*, 1978, pág. 36.

sería la de proveer al niño de los elementos necesarios para lograr adaptarse exitosamente a su medio ambiente. Dichos elementos necesarios implicarían modelos de relación experimentados en la propia familia, que provean al niño de un elemento determinante para su desarrollo emocional y general; se trata del elemento seguridad-inseguridad, producto precisamente de la valoración, posición, aceptación y posibilidad de crecimiento que se le ofrece al niño dentro de la familia.

En relación al papel que juega la madre en el desarrollo del niño, Benedek³ dice: "Particularmente durante los años de formación, su presencia, su personalidad, su conducta y sus actitudes hacia el niño son comúnmente influjos importantes en la elección de los modos que el niño adopta para satisfacer sus propios impulsos". En relación a este mismo punto Gilly⁴ dice: que cuando se presentan problemas escolares o de aprendizaje, "el alumno estará más dispuesto a poner en marcha una estrategia compensadora si vive en una atmósfera familiar, en la cual se sienta seguro y disponga de un buen equilibrio afectivo, que si vive en una atmósfera familiar que no le da una seguridad afectiva suficiente", y agrega: "De una manera general, la influencia nociva del medio familiar se traduce por la existencia de dificultades escolares asociadas a problemas afectivos o caracteriales".⁵

Existe otro elemento del que la familia es responsable, este tiene que ver con las oportunidades que se le presentan al niño de experimentar, como parte de su proceso de aprendizaje.

Cuando las experiencias que sustentan un concepto son pobres, su permanencia y la posibilidad de crear estructuras intelectuales estables y básicas, para nuevos aprendizajes, serán también inestables; creándose dificultades en el aprendizaje. Male⁶

³ Benedek, Th. y Gerard, M. W., *Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño*, 1967, pág. 87.

⁴ Gilly, M., *op. cit.*, pág. 28.

⁵ *Ibid.*, pág. 36.

⁶ Male, P., *Le sens du refus scolaire en psychiatrie infantile*, 1955, págs. 563-641.

presenta un análisis muy interesante sobre el sentido del rechazo escolar en psiquiatría infantil. Describe cinco formas etiológicas de rechazo escolar en los niños, de las que la menos rara parece ser una forma relativamente menor ligada a un infantilismo afectivo, a una persistencia de la relación con una madre "sobreprotectora". Diatkine⁷ considera, por su parte, que la fijación a la madre puede ser el origen de dificultades de aprendizaje en la lectura, en la medida en que la lectura permite el acceso a una autonomía que el niño no desea adquirir; y en realidad no es que el niño no desee ser autónomo, sino que el continuar la dependencia de su madre y sus fracasos objetivos, alimenta una situación conflictiva en la que encuentra, indirectamente y de manera oscura, algunos beneficios.⁸ En un estudio realizado recientemente por Michel Gilly⁹ en relación al fracaso escolar, éste encuentra que, curiosamente, los niños que desarrollan problemas escolares, en relación a niños que no los desarrollan, presentan más dificultades fisiológicas, es decir, se enferman más. Al mismo tiempo, explica que las madres de niños con problema escolar tienen tendencia, frente a dichas dificultades fisiológicas del niño, a adoptar una actitud de **sobreprotección** y explica: "Esta actitud es tan peligrosa como la precedente, en la medida en que se arriesga a mantener al niño en un status de "pequeño" y a provocar en él conductas de pasividad y de dependencia incompatibles con una buena adaptación escolar que necesita, al contrario, del dinamismo y la autonomía. Hay que mencionar de paso, que el fracaso escolar puede ser una razón suplementaria para la madre al adoptar una actitud de sobreprotección "incubando" a un niño que sabe y cree delicado, le ofrece muy a menudo, y sin darse cuenta, una compensación afectiva a sus

⁷ Diatkine, R., *Maturation du système nerveux et apprentissage de la lecture*, 1959, págs. 223-227.

⁸ Borelli, M., *La signification des problèmes scolaires chez les enfants caractériels*, 1966, págs. 73-96.

⁹ Gilly, M., *op. cit.*, pág. 123.

disgustos escolares'', perjudicando su acceso a la autonomía y a su inserción en la colectividad de los niños de su edad, de manera que el niño, debido a ésto, contará con una menor cantidad de oportunidades para aprender conductas adoptivas nuevas y propias de su edad, llevándolo a un creciente déficit en sus aprendizajes y en sus habilidades que, consecuentemente, incrementarán el problema de aprendizaje.

Al igual que la disposición del niño para poner en marcha mecanismos compensatorios para solucionar una dificultad en su desarrollo, depende del clima familiar, también, la disposición de la madre y aún de los padres para emplear un mecanismo adaptativo efectivo, depende de su propia experiencia, y de la estabilidad que la estructura familiar les permita.

Es claro entonces que la dinámica y la estructura familiar que determinan el clima familiar, tienen que ver con el desarrollo del niño. Por otro lado vemos que es la familia la que se ve afectada en mayor grado por el hecho de vivir una situación en la que se siente incapaz de ejercer control, situación llamada "niño problema", y que va a acarrearle, entre otras cosas, pena, rabia, frustración, insatisfacción y un desgaste mayor, gracias al cúmulo de trabajo no fructífero que representa, y esto mismo es aceptado por los padres porque de algún modo, la mayoría de las veces inconsciente, intuyen su responsabilidad en la conformación del problema del niño, asumiendo la situación como castigo a sus modos de actuar, educar y sentir, creándose un círculo difícil de romper.

No es casual que este trabajo dé comienzo con una alusión al papel que la familia juega en la conformación de un problema de aprendizaje. Es indudable que la familia —y no me refiero únicamente a las personas físicas que la forman, sino al conjunto de relaciones y condiciones que la definen—, tiene una estrecha relación con el curso que el desarrollo de un individuo ha de tomar. Se hace hincapié en este aspecto, por la sencilla razón de que en un buen número de instituciones, por no hablar de la

gran mayoría, sucede que el problema de aprendizaje (como es llamado en el INCH, o problema de desarrollo específico, para referirnos a un concepto más amplio), aparece y es tratado como un problema individual, exclusivo y propio del niño que lo manifiesta; como un problema que se ha gestado por cuestiones de índole genético, estructural y de origen orgánico, dejando de lado, con esta concepción, toda la carga que representa, en su determinación, el factor ambiental, del que forma parte importante la familia.

A lo que se quiere llegar es al producto de otra observación que está íntimamente relacionada con este aspecto y que constituye el motivo del presente trabajo.

Me refiero con esto a que en una buena parte de la población de niños que acuden al Instituto (INCH) aquejados por un problema de lenguaje, ya sea en su forma expresiva, oral o lecto-escrita, se les han detectado, además del problema referido como motivo de consulta, una serie de síntomas que pueden ser reconocidos como manifestaciones de trastorno en su desarrollo emocional.

A ésta última observación se debe, entre otras, la inquietud de cuantificar la incidencia de problemas emocionales y de mal manejo familiar en niños que se ven afectados por un problema de desarrollo específico. Con esto se hace implícito el planteamiento de que hay una estrecha relación entre la presencia de un problema de desarrollo específico, y la posibilidad de que se presenten, en forma simultánea, problemas en el desarrollo emocional en un mismo individuo.

El aspecto emocional del desarrollo de todo individuo, se halla en relación directa con factores de tipo ambiental, como son el clima, la estructura y la dinámica familiares, el nivel socioeconómico de la familia y el manejo de pautas culturales, entre otras.

El desarrollo emocional del niño no es una pauta de conducta independiente, mas bien forma parte de un todo integral que consiste en un conjunto de habilidades, llámenseles motrices,

sociales, lingüísticas, perceptuales o conceptuales, que hacen a un individuo funcionar en un contexto dado y que, en conjunto, conducen a una conducta más o menos adaptada.

Así, al haber una interrelación entre las distintas pautas de desarrollo, no sería raro encontrar que, al verse afectada una de las pautas, se viera afectada otra de manera simultánea.

Al respecto Lezine,¹⁰ explica: "Es muy difícil disociar en el plano de los mecanismos cognitivos, la evolución del niño de su evolución afectiva, ya que si bien existen periodos sensibles o críticos en ese desarrollo, podemos comprender cómo ciertos bloques precoces pueden alterar el funcionamiento mismo de los procesos cognitivos y explicar ciertas formas de retraso del lenguaje. Además, es igualmente necesario para el niño alcanzar un cierto nivel de equilibrio afectivo para acceder a nuevas posibilidades de representación".

Los problemas en el desarrollo emocional pueden ser, al mismo tiempo, causa y afecto de problemas de aprendizaje difícilmente diferenciables. Un ejemplo del problema afectivo como causa se halla implícito en el siguiente párrafo escrito por Gilly¹¹ en relación a las determinantes del fracaso escolar: "Los trabajos de consulta han permitido igualmente subrayar el papel de los problemas afectivos de los trastornos de personalidad, ligados muy frecuentemente a una perturbación importante en las relaciones padres-hijos, y a la existencia de conflictos familiares, tales como reacciones caracteriales, manifestaciones neuróticas o psicóticas y a veces formas mórbidas estructuradas como neurosis o psicosis". El otro punto de vista implicaría que, como consecuencia de un problema de aprendizaje, el niño se vea invadido por un sentimiento de incompetencia e inseguridad que le produjese un bloqueo emocional, que a su vez, incrementaría el problema de aprendizaje. Como consecuencia de ese sentimiento de incom-

¹⁰ Lezine, I., *La primera infancia*, 1979, pág. 118.

¹¹ Gilly, M., *op. cit.*, pág. 27.

petencia, el niño podría marginarse en la participación de actividades propias de los niños de su edad, de modo que aumentaría su deficiencia.

Antes de dar por terminado este capítulo, se considera de crucial importancia referirnos al determinante socio-cultural del problema que nos ocupa, pues tomándolo en cuenta será posible entender los mecanismos que echan a andar los integrantes de la familia para enfrentar determinadas situaciones.

Los individuos, las parejas y las familias son entidades funcionales que se hallan en constante cambio. Existen situaciones importantes en la vida de dichas entidades que exigen la modificación de las pautas de funcionamiento conocidas para el logro de una adaptación satisfactoria. Situaciones importantes en este sentido son: el cambio de una etapa de desarrollo del individuo a la siguiente (por ejemplo: de bebé a infante, de niño a adolescente o de adolescente a adulto; el casamiento, el embarazo, el nacimiento de un hermano o de un hijo, el cambio de casa, de ciudad, de país; la muerte de familiares, etc.), y tales eventos llevan implícita la necesidad de cambiar el modo de vida; implican un giro en el modo de enfrentar las situaciones, un giro en las reglas que hasta ese momento habían sido aceptables y funcionales para esa entidad.

Claro es que existen modos distintos de enfrentar tales situaciones, y estos dependen en buena parte de modelos de reacción transmitidos culturalmente a través de la propia familia y modificados por otra parte por la historia de cada cual; lo cierto es que del modo en que se enfrenten dichas situaciones depende que cada entidad permita a sus participantes una mayor o menor satisfacción y, en el caso de la familia, de su modo de reacción depende que el desarrollo de los hijos se muestre fluido o con tropiezos.

Como hemos visto, los problemas en el lenguaje y en el aprendizaje son producto en parte de la dinámica que desarrolla la familia, no porque la familia lo haya planeado o deseado;

simplemente, utiliza formas de adaptación que tienen menor éxito que otras.

Un ejemplo de lo recién explicado sería el caso de la madre que responde ante un niño mayor de tres años como si se tratara de un bebé de ocho meses, dándole biberón, dándole de comer en la boca alimentos semisólidos, no dejándolo trepar a la resbaladilla, adivinándole lo que desea sin que el niño tenga que intentar expresar su deseo verbalmente, etc.; esto querría decir que la madre, ante el cambio en las etapas de desarrollo del niño y de sus necesidades, simplemente no realizó cambio alguno y, de este modo, no apoyó un desarrollo integral y satisfactorio para éste.

En cuanto a la dinámica que siguen las familias de niños con problema, existen varios elementos que no dependen estrictamente de la pareja. Quiero referirme con esto a los factores culturales que juegan un papel de suma importancia, dictando algunas pautas de funcionamiento del individuo, de la pareja, de la madre, etc., y que pueden ser en sí mismos promotores de patología. Uno de tales factores, que determina la dinámica de la familia, es el hecho de poner toda la carga del ingreso económico sobre el padre y toda la carga del cuidado y la educación de los hijos sobre la madre, revistiéndolos, cuando se presenta un problema, de culpas que en realidad no les corresponden individualmente, sino que responden a patrones culturales. En este mismo orden de cosas se halla también el concepto de una buena madre, concebida como aquella que se dedica por entero a sus hijos, les proporciona todo, les hace todo, sin ver por otro lado, que ésto mismo ocasiona al niño una falta de práctica y de oportunidad para sentirse seguro e independiente, con una identidad propia; creándose una necesidad y dependencia de la madre en todos los aspectos, porque de otro modo, aparentemente, la madre no sería necesaria. Es importante entender esto, para comprender el mecanismo que siguen las familias al aceptar una escasa convivencia con el padre, dando prioridad al bienestar de

éste para que pueda reponer su fuerza de trabajo y continuar así produciendo para la obtención del sustento económico familiar.

Con los mismos elementos recién expuestos, puede entenderse un dato arrojado por una investigación llevada a cabo en Francia, por Gilly,¹² en la que se concluye que los padres de niños con menor rendimiento escolar son menos tolerantes al ruido que producen los niños (normales), de allí que sea más importante que el padre descanse tranquilamente y no que el niño se mueva, hable y desarrolle como cualquier otro.

Si sumamos estas cuestiones, nos damos cuenta de que esto puede crear insatisfacción en la pareja, o puede ser aceptado en forma natural e irremediable, pero casi siempre con una frustración más o menos consciente. Esto nos lleva a entender la reacción de la madre de sobreproteger a su hijo, pues ante la carencia en la relación con la pareja, la madre busca (no con conciencia) mantener la dependencia del hijo para sentirse necesaria y querida por alguien, justificando así su papel de "madre".

En otro orden de cosas, encontramos la reacción del padre, quien ante la imposibilidad de dar el tiempo y el afecto que la familia requiere, recurre al arma que él posee y que es su posibilidad de ofrecer bienes materiales tanto a la mujer como al hijo, en compensación de su ausencia, pero que por otro lado, le permite una posición de poder dentro de la familia.

Obviamente, el hecho de plantear la solución a un problema, en este caso el problema de lenguaje o de aprendizaje del niño, implica para la familia un cambio, un enfrentamiento a la eficiencia de las pautas de funcionamiento aceptadas hasta ese momento por sus integrantes; por lo tanto, implica crisis familiar, implica una ruptura en el equilibrio que se había logrado con ese modo de funcionar.

¹² Gilly, M., *op. cit.*

Por ello, parte del tratamiento del paciente, debería incluir un trabajo de apoyo a la familia para ayudarlo a reestructurarse de una manera más satisfactoria para todos.

Para dar término a este apartado, **se definirá como el objetivo fundamental de este trabajo, el aportar datos concretos y reales acerca de la presencia de trastornos emocionales en la población de niños con problema de comunicación; de tal suerte que se sustente con ellos la urgente necesidad de incluir, dentro del proceso rehabilitatorio del paciente, un tratamiento al aspecto emocional tanto individual como familiar que apoye el tratamiento pedagógico que se ofrece actualmente.**

Con semejante propósito, se ha realizado una investigación de 100 casos de niños que acuden al Instituto para la atención de un problema de comunicación, y a los cuales se les ha hecho, a diferencia de la población general, una valoración especial que da énfasis a la obtención de datos relativos a los aspectos familiar y emocional del paciente, y cuyo diagnóstico fue elaborado tomando como parámetro los criterios dictados por la APA * en el DSM III ** para los desórdenes en salud mental. Con el empleo del DSM III se busca evitar subjetividad en las apreciaciones y la seguridad de que los datos serán objetivos y confiables.

El trabajo ha sido dividido en tres partes, además de la introducción que nos ocupa:

La primera se compone de una serie de capítulos relativos a la fundamentación teórica del trabajo.

La segunda parte está dedicada a la exposición detallada del método empleado para la investigación.

En la tercera parte se han incluido los resultados, la interpretación de éstos, las conclusiones y la discusión, para dar término con las sugerencias.

* Asociación Psiquiátrica Americana.

** Diagnostic and Statistical Manual, for Mental Disorders, III. ed.

Al final se han anexoado varios apéndices, éstos son:

APÉNDICE 1: Guía para la valoración psicológica de pacientes, con problema de comunicación.

APÉNDICE 2: Formato para informe psicológico.

APÉNDICE 3: Criterios diagnósticos del DSM III para trastornos emocionales, de desarrollo específico y físicos.

PRIMERA PARTE

Marco Teórico

CAPÍTULO I

PROCESO DE COMUNICACIÓN, DESARROLLO Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Se ha hecho referencia a conceptos como, desarrollo del lenguaje, desarrollo emocional, trastorno del aprendizaje y otros, que, para ser ubicados en su exacto lugar, es necesario definir con claridad.

En primer lugar, se habla de una población infantil que presenta un "problema de comunicación". Cabría preguntar ¿qué es un "problema de comunicación"?, y bien, el término se está refiriendo ya a dos conceptos: al concepto de problema y al concepto de comunicación.

La comunicación humana es un proceso muy importante para el desarrollo del ser humano; sin él sería imposible la existencia de tradiciones y de culturas enteras y, ¿por qué no decirlo? de individuos. Tan importante es, que un bebé, cuya madre no establece comunicación adecuada con él, es capaz de dejarse morir, respondiendo con una conducta denominada "marasmo". Por otro lado, el desarrollo intelectual del individuo no puede darse sin la presencia de la comunicación. De ahí la importancia conferida al proceso de comunicación y a sus vicisitudes.

Dentro del proceso de comunicación hay un elemento que es imprescindible y propio de cualquier sistema de comunicación, éste elemento es el **lenguaje**, sin éste, es imposible la comunicación.

Y es precisamente "el lenguaje" y los "problemas de lenguaje" en sus modalidades oral, corporal y escrita, lo que hoy nos ocupa.

El lenguaje es sólo una de las habilidades que el ser humano, como ser social, adquiere en el transcurso de su desarrollo; es decir, es algo que es posible aprender cuando se cuenta con un grado de madurez suficiente merced al desarrollo integral del intelecto en las distintas esferas, esto es, en sus esferas cognoscitiva, motriz, afectiva y social.

Obviamente, la maduración no puede ser concebida como investida puramente de factores biológicos y hereditarios, ya no puede negarse la intervención del medio ambiente en el cauce que tome ésta. Según Piaget, la maduración cerebral suministra cierto número de potencialidades que se realizan más tarde en función de las experiencias del medio social. Es a ésto, es decir a la interacción entre los procesos de maduración y las influencias ambientales, a lo que se refieren Benedek y Gerard¹ con el término de **desarrollo**.

El desarrollo no es estático, responde a pautas de evolución más o menos fijas y secuenciadas, que se hacen así invariables de un individuo a otro y nos llevan al concepto de "normalidad", basado en esa secuencia observada de desarrollo.

Cuando ésta secuencia de desarrollo se ve interrumpida de alguna manera, ya sea total o parcialmente, hablamos de la presencia de un "problema" o, hablando técnicamente, de la presencia de un "trastorno específico del desarrollo"; llegamos así al segundo concepto que se propuso definir al principio de ésta primera parte.

Dependiendo del área de desarrollo afectada, podemos hablar de los siguientes tipos posibles de problema o trastorno:

¹ Benedek, Th. y Gerard, M. W., *Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño*, 1967, pág. 10.

CUADRO I

CLASIFICACIÓN GENERAL DE TRASTORNOS EN LA SALUD MENTAL INFANTIL DE ACUERDO CON LAS NORMAS DEL DSM III ELABORADAS POR LA APA

ÁREA	TRASTORNO
INTELLECTUAL	Retardo mental
CONDUCTUAL	Trastorno deficitario de la atención Trastorno de conducta
EMOCIONAL	Trastorno de la ansiedad de la niñez o adolescencia Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia
FÍSICA	Trastornos de la alimentación Trastornos de movimientos estereotipados Otros trastornos con manifestaciones físicas
DEL DESARROLLO	Trastornos extensivos al desarrollo Trastornos específicos

SUBTIPOS DE TRASTORNOS EN LA CLASIFICACIÓN DE DESÓRDENES MENTALES DEL DSM III

Son trastornos del área intelectual:

Todos los que implican cualquier grado de retardo mental, habiendo los siguientes subtipos:

- Retardo mental leve.
- Retardo mental moderado.
- Retardo mental severo.
- Retardo mental profundo.
- Retardo mental inespecífico.

Son trastornos del área conductual:

- 1.—El trastorno deficitario de la atención con hiperactividad.
- 2.—El trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad.
- 3.—El trastorno de conducta:
 - a) No socializado agresivo.
 - b) No socializado no agresivo.
 - c) Socializado agresivo.
 - d) Socializado no agresivo.

Son trastornos del área emocional:

- 1.—Los trastornos de la ansiedad de la niñez o adolescencia:
 - a) Trastorno de la ansiedad de separación.

- b) Trastorno evitativo de la niñez o adolescencia.
- c) Trastorno hiperansioso.

2.—Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia:

- a) Trastorno de apego reactivo de la infancia.
- b) Trastorno esquizoide de la niñez o la adolescencia.
- c) Mutismo selectivo.
- d) Trastorno oposicionista.
- e) Trastorno de identidad.

Son trastornos del área física:

1.—Los trastornos de la alimentación:

- a) Anorexia nerviosa.
- b) Bulimia.
- c) Pica.
- d) Trastorno de rumiación de la infancia.
- e) Trastorno de la alimentación atípico.

2.—Los trastornos de movimientos estereotipados:

- a) Trastorno de tic transitorio.
- b) Trastorno de tic motor crónico.
- c) Trastorno de Tourette.
- d) Trastorno de tic atípico.
- e) Trastorno de movimientos estereotipados atípico.

3.—Otros trastornos con manifestaciones físicas:

- a) Tartamudez.
- b) Enuresis funcional.
- c) Encopresis funcional.
- d) Trastorno de sonambulismo.
- e) Trastorno de terrores nocturnos.

Son trastornos del área de desarrollo:

1.—Los trastornos extensivos al desarrollo:

- a) Autismo infantil.
- b) Autismo infantil estado residual.
- c) Trastorno extensivo al desarrollo de inicio en la niñez.
- d) Trastorno extensivo al desarrollo de inicio en la niñez, síndrome completo presente.
- e) Trastorno extensivo al desarrollo de inicio en la niñez, estado residual.
- f) Trastorno extensivo al desarrollo atípico.

2.—Los trastornos específicos:

- a) Trastorno del desarrollo de la lectura.
- b) Trastorno del desarrollo de la aritmética.
- c) Trastorno del desarrollo del lenguaje, tipo expresivo.
- d) Trastorno del desarrollo del lenguaje, tipo receptivo.
- e) Trastorno del desarrollo de la articulación del lenguaje.
- f) Trastorno del desarrollo específico mixto.
- g) Trastorno del desarrollo específico atípico.

NOTA: En el APÉNDICE III se han incluido los criterios que definen a algunos de los trastornos enumerados.

El DSM III engloba como "Otros trastornos con manifestaciones físicas" a un grupo de trastornos que, en realidad deberían considerarse dentro de los trastornos de tipo emocional; precisamente porque representan síntomas claros de un desarrollo emocional perturbado, cuyo lenguaje es corporal.

Por lo que puede observarse, tenemos distintos tipos de trastorno, que se manifiestan de modos distintos; así, tenemos que cuando se clasifican los desórdenes psíquicos, de acuerdo con

Benedek,² se hace referencia en general a los trastornos de adaptación del niño al ambiente que lo circunda; cuando hablamos de desorden con manifestaciones físicas, se observa que lo más afectado es el cuerpo del niño y, en estas manifestaciones, los factores etiológicos son distintos y dependen justamente del área de desarrollo que se ve mayormente afectada, ya sea el área cognoscitiva (como en el caso de los problemas del aprendizaje), el área motriz (como en el caso de los tics, la tartamudez, y la incoordinación motriz), el área afectiva (como en el trastorno de ansiedad de la separación, trastorno de apego reactivo, etc.) o el área social (como es el caso del trastorno de conducta no socializado agresivo, los trastornos de atención con hiperactividad, etc.)

Los trastornos por lo general se componen de grupos de síntomas; en relación a estos, anota Aberastury³: "En el desarrollo del niño se tropieza siempre con dificultades y conflictos en algún momento del desarrollo. Si éstas... son frecuentes o tienden a perdurar se convierten en síntomas..."

En relación a los síntomas, Benedek⁴ dice que éstos "representan métodos inadecuados para resolver conflictos; inadecuados porque no satisfacen suficientemente ni las necesidades instintivas ni las normas de conducta social. Por lo tanto, puede considerarse que cualquier desorden es un testimonio de que el proceso de "estructuración" de la personalidad se ha desviado de lo "normal", de lo esperado para una edad determinada; en tal grado que la adaptación se cumple sólo parcialmente, perturbando así el funcionamiento del individuo".

Por otro lado, de alguna manera las dificultades emocionales pueden diferenciarse de acuerdo a la edad, como inherentes a la resolución de una determinada etapa, considerando patológica una condición sólo cuando un síntoma permanece fijo, a pesar

2 Benedek, Th. y Gerard, M. W., *op. cit.*

3 Aberastury, A., *Aportaciones al psicoanálisis de niños*, 1971, pág. 43.

4 Benedek, Th. y Gerard, M. W., *op. cit.*, pág. 86.

de su inadecuada adaptación. Un ejemplo de ello sería la conducta negativista propia de la última mitad del segundo año de vida, cuya manifestación tiene la función de favorecer el proceso de individualización del niño, pero que si se presenta en una etapa distinta, o permanece como mecanismo de reacción aún pasados los tres años, puede considerarse ya como un síntoma que refleja un problema. Por ésto, es necesario que los que se ocupan del diagnóstico y tratamiento de niños con trastornos de desarrollo, tengan conocimiento del curso del desarrollo emocional del niño, para poder diferenciar cuándo se trata de un síntoma resolvidor de una etapa del desarrollo (temporal), que puede ser considerado normal, y cuándo de un síntoma propiamente dicho, indicador de problema.

Debe quedar claro que "se deberá considerar siempre el desorden en relación con la conducta esperada o "normal" del niño en la edad en que se presenta, y sobre la base de que las exigencias del ambiente y de la normalidad cambian de acuerdo con la edad de los niños."⁵

"Otro factor que no debe pasarse por alto en el desarrollo de cualquier síntoma, es el influjo de los otros síntomas y de sus causas, los que han ocurrido en anteriores etapas de desarrollo y permanecen como facetas de la constelación de la personalidad. Los nuevos síntomas que encuentran nuevos problemas se sobreponen a los antiguos hábitos, cuyo patrón permanece entretejido con los nuevos. De éste modo los síntomas nuevos participan de los síntomas antiguos, así como las ineptitudes o incapacidades antiguas favorecen o perjudican las aptitudes nuevas".⁶

Éste es precisamente un factor a tomar en cuenta en el desarrollo de desórdenes del aprendizaje y del lenguaje, pues justamente son producto de una cadena de acontecimientos acumulados que incrementan el problema en forma progresiva.

⁵ Benedek, Th. y Gerard, M. W., *op. cit.*, pág. 85.

⁶ *Ibid.*, págs. 89 y 90.

De lo recién expuesto se deduce la importancia del establecimiento de "normas" de desarrollo.

Existen pautas "normales" para el desarrollo de casi cualquier habilidad humana. Existen "normas" del desarrollo de la inteligencia, del desarrollo del lenguaje, del desarrollo emocional, del desarrollo psicomotor, etc.; obviamente, tales habilidades se hallan interrelacionadas: el desarrollo del lenguaje se desenvuelve paralelo al desarrollo emocional y, de afectarse uno, el otro también se afecta.

CAPÍTULO II

DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL Y LECTO-ESCRITO

DESARROLLO DEL LENGUAJE

La función del lenguaje

Vivimos en una sociedad orientada verbalmente: gran parte de nuestro aprendizaje se basa en el lenguaje.

Gilly¹ señala que de todas las formas de inteligencia, la "forma verbal" es la que permite establecer el mejor pronóstico de éxito escolar; se deduce de aquí la importancia conferida a la adquisición de la habilidad lingüística.

En relación a la función de adquisición del lenguaje, Spitzer² escribe: "el lenguaje es muy importante y ha de estimularse la comunicación entre el adulto y el niño, pero el aprendizaje del lenguaje no debe ser un fin en sí mismo, sino un medio con el cual el niño adquiera más información sobre su mundo, aprenda a cuestionarlo y comparta más eficazmente sus experiencias con los demás."

¹ Gilly, M., **El problema del rendimiento escolar**, 1978, pág. 25.

² Spitzer, D. R., **Formación de conceptos y aprendizaje temprano**, 1978, pág. 19.

Etapa prelingüística

Si el lenguaje es un instrumento de comunicación, ¿por qué no tomar en cuenta todos los elementos que permiten establecerla? Los investigadores consagrados al estudio del lenguaje prestan en general poco interés a los aspectos mimo-gestuales de la comunicación, y limitan sus observaciones a los primeros sonidos emitidos por los niños, para concluir en las palabras, pasando por las diversas formas de vocalizaciones estudiadas desde los primeros días de vida. Sin embargo un gesto, por ejemplo, empleado para designar alguna cosa, puede ser considerado como un elemento de lenguaje, aún cuando no esté acompañado por ninguna emisión sonora: se trata de un lenguaje gestional y mímico, de un **prelenguaje**.

Los dos primeros años de vida son muy importantes en la medida en que permiten el análisis de las conductas previas a la aparición del lenguaje propiamente dicho y, de alguna manera, el tomar en cuenta estos elementos preparatorios nos dará pautas para entender productos lingüísticos defectuosos. En Francia, el etologista J. C. Rouchouse³ ha demostrado que el niño utiliza, en los primeros meses de vida, "patterns" de comunicación que preludian la aparición de las vocales en situaciones en que el niño intenta reestablecer con el adulto un contacto que se ha perdido (que ha sido interrumpido).

El lenguaje gestual de los primeros meses de vida es extremadamente rico, por los movimientos expresivos del rostro o de la totalidad del cuerpo. J. de Aujuriaguerra⁴ describe muy bien cómo la comunicación atraviesa por etapas sucesivas: "desde el nacimiento, el niño expresa por medio del grito, de reacciones tónicas axiales y por muecas faciales en las que todo el cuerpo

³ Rouchouse, J. C., según se cita en: Lézine, I., **La primera infancia**, 1979, pág. 98.

⁴ Aujuriaguerra, J. de, **Langage, geste, attitude motrice**, 1953, págs. 79-94.

habla"... "el niño reacciona ante las acciones exteriores por medio de la protesta hipertónica o por la relajación apaciguadora.

"En el transcurso de esta fase, es el otro el que perturba o satisface. Las relaciones con el otro sólo se dan bajo el ángulo tensión-calma".

1. Lézine⁵ en su estudio "De las vocalizaciones al lenguaje" hace un recorrido de estas primeras etapas en el desarrollo del lenguaje. Al respecto dice: "A partir de los dos meses y medio o tres meses, aparecerán más claramente nuevas características acústicas, con comienzos de modulación, mientras subsisten las actividades vinculadas al placer: el niño comienza a reproducir incansablemente los sonidos que emite y escucha, y además se entregará a juegos de arrullos y a variaciones complejas de emisiones vocales (periodo llamado de la "lalación").

"El deseo de comunicarse no se halla aún netamente definido, ya que el niño puede entregarse de preferencia a esos juegos vocales cuando está solo o antes de dormirse. Más tarde, el niño sobrepasará este periodo de imitación por reacción circular (en cuyo transcurso se mantiene atento a los sonidos que él emite) y se hará más sensible a las entonaciones e inflexiones de sus productos; simultáneamente aparecen experiencias para escuchar, verdaderos comportamientos de ensayo en los que el niño experimenta sobre el otro los efectos de ciertos llamados bajo la forma de vocalizaciones reforzadas, de gritos agudos y explosivos, en los que la madre distingue el llamado de impaciencia; el registro emocional deviene más rico y el niño comienza a orientarse hacia la voz que pronuncia su nombre o le interpela de una u otra manera. Se entrega a grandes estallidos de risa para manifestar su júbilo (risas en carcajadas)...". "Evidentemente en este periodo las emisiones vocales todavía no juegan papel de mensaje especializado y la mímica compromete a la totalidad del cuerpo. . ."

⁵ Lézine, I., *La primera infancia*, 1979, pág. 100.

“...se admite generalmente que el niño comprende los gestos antes de comprender las palabras y, de hecho, atribuye a sus gestos un valor expresivo y emocional mucho antes de emplear las palabras.”⁸

Como dice J. de Aujuriaguerra⁷: “El niño vive en un mundo sonoro, pero también en un mundo visual en el que el otro es actor, y es en el otro donde el niño busca la confirmación de lo que cree comprender, es en su cuerpo donde ve la satisfacción del cumplimiento del diálogo. El cuerpo del niño está siempre presente en alguna parte, por relación con su interlocutor situado igualmente en alguna parte. Las palabras del otro son suyas desde el momento en que el otro es ya un lenguaje, y la actitud del cuerpo del niño es ya recepción”. Toda esta fase corresponde todavía a un prelenguaje.

He aquí un primer momento en el que puede afectarse el desarrollo del lenguaje, esto es, que para que esta etapa prelingüística se dé, será necesario que haya una real relación entre la madre y el niño, que la madre se halle emocionalmente conectada con el niño, que esté física y emocionalmente con él, de modo que se dé una retroalimentación al significado de ese prelenguaje y la evolución de éste no se detenga o salte etapas.

Periodo de balbuceo

Continúa Lézine⁸ refiriendo el desarrollo del lenguaje diciendo: “Es difícil determinar el momento en que aparece la primera palabra”. Marcel Cohen (1962) denunció lo que llama la “mistificación de la primera palabra”, según la cual “el niño designará a su padre o su madre por medio de sus ‘pa pa pa pa’ y ‘ma ma ma ma’ en tanto que esas series de sonidos son tan frecuentes

⁷ Aujuriaguerra, J. de, *op. cit.*, págs. 79-94.

⁸ Lézine, I., *op. cit.*, pág. 104.

en el periodo ecológico * como los 'da da da', 'ta ta ta' y 'ba ba ba'." Podemos decir que el adulto explota a su manera esas primeras emisiones, relativamente constantes, y que forman bloques difícilmente analizables en fonemas, con alternancia rítmica de consonantes y vocales según el niño abra o cierre más o menos la boca."

Si consideramos que existe un periodo entre los 7 y los 12 meses llamado de balbuceo y en el que el niño desarrolla un bagaje sonoro, rico en sílabas redobladas dentro de los que pueden advertirse fonemas reconocibles por el adulto como palabras con cierto significado, puede pensarse en éstas como las primeras palabras.

A esto se deben las discrepancias que se dan en los datos reportados por los padres cuando se les pregunta la edad en la que el niño dijo su primera palabra.

Por otro lado, podemos observar que "la transición entre el ejercicio articulatorio (del periodo de balbuceo) que tiene un valor puramente fonético, y el uso deliberado de sonidos para designar un objeto o una situación es difícil de discernir".⁹

Periodo locutorio

Algunas repeticiones de sonidos que inicialmente eran empleadas para llamar la atención y establecer el contacto físico con una persona o un objeto, comienzan de pronto a ser utilizadas para designar al objeto mismo.

De esta manera, si el medio proporciona una respuesta consistente ante este tipo de emisiones, el niño aprende a utilizarlas para obtener satisfacción a sus necesidades. Así, el niño empieza por emplear la misma palabra en diferentes situaciones, hasta que la emisión de la palabra adquiere un uso simbólico o repre-

* El término usado en México es: ecológico.

⁹ Lézine, I., *op. cit.*, pág. 104.

sentativo en la situación apropiada, dándole acceso a lo que Lézine¹⁰ denomina con el nombre de "periodo locutorio" en el que el niño comienza a dominar varias palabras utilizadas en el momento oportuno, designando con ellas a personas u objetos ausentes.

Alrededor de los dos años, al término del periodo sensorio-motriz,* aparecerá una función fundamental para la evolución de las conductas ulteriores del niño y que consiste en poder "representar" alguna cosa, un significado cualquiera, objeto o acontecimiento, con la ayuda de un significante que está bien diferenciado de éste y que sirve para la representación (una palabra, un gesto simbólico, una imagen mental). Con el advenimiento de esta función semiótica, las conductas del niño sufren profundas transformaciones en la medida en que pasa a ser capaz de evocar el objeto ausente o el acontecimiento pasado en situaciones en las que ya no existe ningún elemento perceptible de la cosa.

Según Piaget,¹¹ la función semiótica está caracterizada por cinco tipos de conductas:

- La imitación diferida que comienza en ausencia de todo modelo (Piaget cita el caso de una niña que nunca había visto a un niño encolerizado, asiste a la escena y, una vez de regreso en casa varias horas más tarde, imita la escena).
- El juego simbólico o de ficción, al ser el niño capaz de simular situaciones.

¹⁰ Lézine, I., *op. cit.*, pág. 104.

* El periodo Sensorio-motriz representa la primera etapa en la evolución de la inteligencia de acuerdo a la concepción piagetiana. Este periodo abarca desde el nacimiento hasta los 18-24 meses aproximadamente, siendo seguida por una etapa en la que la inteligencia deviene representativa con un primer periodo preoperatorio (de los 2 a los 6-7 años), un periodo llamado de las operaciones concretas (de 6-7 años a 11-12 años y finalmente el periodo de las operaciones formales (Lógica hipotético-deductiva, operaciones combinatorias).

¹¹ Piaget, J., *Les stades du développement intellectuel chez l'enfant et l'adolescent*, 1956.

- El dibujo o imagen gráfica.
- La imagen mental o representación (que es una imitación interiorizada y presenta por tanto un carácter activo).
- El lenguaje con posibilidad de evocación verbal de acontecimientos inactuales.

Aclara Lézine¹² que para que la función semiótica pueda vislumbrarse, es necesaria la presencia de dos invariantes o estructuras nuevas, indispensables para este acontecimiento; con ésto; se refiere a:

- El grupo de los desplazamientos: el niño es ahora capaz de reencontrar su punto de partida por diferentes caminos, y
- La permanencia del objeto, noción fundamental para la elaboración del espacio, de la casualidad espacializada y, de una manera general, para todas las formas de asimilación que sobrepasen el campo perceptivo inmediato.

En un principio, al final del periodo sensorio-motriz e inicio del periodo locutorio, existe todavía un prelenguaje exclamativo, emocional y mimogestual, dando pie a que las primeras palabras que dan una idea completa, las palabras-frase, puedan expresar al mismo tiempo deseos, comprobaciones y emociones; así, la palabra "guau-guau" (perro) puede, según la entonación y el gesto que la acompañen, denotar el miedo ante un perro, el deseo de aproximársele, etc. Poco a poco, a medida que el lenguaje aumenta, las expresiones emocionales tenderán a ser sustituidas por palabras; inmediatamente son desarrolladas expresiones agramaticales de dos o tres palabras, denominadas por Spitzer como "holofrases". Estas son expresiones concatenadas que son percibidas por el niño como una sola palabra. Ejemplo de ellas

¹² Lézine, I., *op. cit.*, pág. 117.

serían las expresiones "ahistá" (ahí está), "queroeso" (quiero eso); "queteto" (que es esto), "mamaía" (mamá mira), etc. En esta etapa, el niño comienza a preguntar: ¿qué es eso? y a reconocer tipos y clases de cosas. Al respecto, Spitzer¹³ dice: "Esto es sumamente importante para el desarrollo del concepto, porque por medio de esta verificación del lenguaje embrionario, el niño es capaz de comunicarse, convirtiéndose en un ser social. Los padres deben concederle la mayor dedicación para alentarle y responder a su creciente tendencia a preguntar y nombrar cosas, y explotar la utilidad del lenguaje."

Periodo delocutorio

Después de esta etapa, viene el periodo de las palabras asociadas, tales como "oto nene", "mamá pan", "dame uno", etc., de modo que, una vez franqueada, el vocabulario se enriquece brusca y rápidamente para llevarlo a lo que Lézine denomina como Periodo Delocutorio, en el que el niño domina los diferentes elementos de la frase y llega a adquirir cierto "tino lingüístico".

La adquisición de los distintos elementos del lenguaje evolucionan paulatinamente; así, el niño aprenderá el uso de las distintas categorías lingüísticas, tales como:

Empleo de sustantivos y de verbos; asociación sustantivo-verbo, introducción en el lenguaje de categorías complementarias que contribuyen a la modificación del significado del verbo y del sustantivo: adverbios y adjetivos y la aparición tardía del uso de pronombres, preposiciones y conjunciones.

Paralelamente al enriquecimiento lingüístico, corre el perfeccionamiento de la forma gramatical de su discurso.

¹³ Spitzer, D. R., **op. cit.**, pág. 78.

⁶ Lézine, I., **op. cit.**, pág. 101.

Según Gili Gaya,¹⁴ el niño normal usa el verbo en etapas muy tempranas, empleándolo primero en su forma presente habitual y de gerundio, apareciendo después en la forma de pretérito. "El pretérito se halla firmemente consolidado a los cuatro años". El empleo del futuro aparece en una etapa posterior (a los 7 años). "Las preposiciones, que desde los cuatro años aparecen enteramente consolidadas son las siguientes: a, con, de, en, para, por. Son de uso raro: entre, hasta, y sin. No se han presentado en nuestras fuentes preescolares: contra, desde, hacia y sobre. Las restantes preposiciones castellanas (ante, bajo, tras, etc.) son de uso literario o culto, y por consiguiente no figuran en el habla infantil". Y agrega en cuanto al uso de la conjunción "y": "La capulativa 'y' se halla plenamente consolidada a los 3 o/12 y 4 o/12 años, y se usa repetida como enlace en enumeraciones, relatos y descripciones."

Existen otras corrientes de pensamiento que mantienen que la estructura del lenguaje se adquiere de un solo golpe, toda en conjunto.

Lo que se maneja en este trabajo tiene su base en la concepción piagetiana de desarrollo del lenguaje, evolucionando éste de acuerdo al nivel de desarrollo alcanzado. Se toma esta concepción como base, por ser la idea central que se maneja al enviar a un niño a terapia perceptual, de modo que el aprendizaje del niño irá franqueando etapas, interrelacionando los avances de áreas conectadas precisamente por pertenecer a un bloque con características operacionales definidas y que han sido observadas durante el tratamiento de un buen número de niños. Obviamente, los elementos del lenguaje que no eran manejados por el niño, súbitamente pueden aparecer como "en bloque", pero ésto se logra precisamente como fruto de haber franqueado, mediante la estimulación multisensorial, un cierto estadio, de tal

¹⁴ Gili Gaya, según se cita en: Schulze, S. M., **Ejercicios a seguir para estructurar el lenguaje en el niño con daño cerebral en edad preescolar**, 1978.

manera que permite una generalización de conceptos, haciendo sus efectos extensivos mediante el mismo proceso a otros campos del conocimiento.

El sentido del lenguaje

Spitzer ¹⁵ nos habla de otro elemento importante en el desarrollo del lenguaje: el sentido del lenguaje. En relación a éste, escribe:

"El lenguaje permite la comunicación con sentido entre los seres humanos. Cuanto mayores sean las experiencias y el sentido que sustente a las palabras, tanto mayor será la compensación que reeditaré el proceso de la comunicación.

"Cuando un niño aprende una palabra, incorpora un concepto que quizá represente millares de experiencias separadas y que quizá tenga cabida para millares más. Es la significación acumulativa de estas experiencias la que confiere su sentido a una palabra u otro concepto. El sentido es el contenido final de los conceptos, tal como los interpreta el individuo. Cambia continuamente y es reinterpretado a medida que el individuo le suma nuevas pruebas vivenciales."

También existe otro tipo de sentido del lenguaje: el sentido dado por el contexto:

"La forma en que la gente habla, su énfasis, los matices emocionales y los aspectos expresivos de la voz agregan una serie de 'sentido oculto' a las palabras. Un niño con muy limitadas experiencias como base para el sentido del lenguaje es particularmente susceptible a dichos significados ocultos. El padre o maestro cuyas inflexiones vocales atemorizan al pequeño, quizás infunda asociaciones desagradables a ciertos vocablos." ¹⁶

¹⁵ Spitzer, D. R., *op. cit.*, pág. 45.

¹⁶ *Ibid.*, pág. 46.

La articulación del lenguaje

Hasta el momento se ha hablado únicamente de estructuración del lenguaje. Falta aún tocar el aspecto motriz de la expresión del lenguaje, esto es, el aspecto articulario del mismo.

A medida que el niño incrementa sus experiencias de lenguaje, va mejorando la articulación de las palabras. Para ello es necesaria la ejercitación de habilidades preceptuales visuales y auditivas, además de habilidades motrices; por otro lado se requiere de la formación de estructuras rítmicas y temporo-espaciales que, en su conjunto, facilitarán el perfeccionamiento de la dicción del niño, llevándolo, entre el cuarto y quinto años de vida, a una correcta articulación de su lenguaje.

Etapa de tartamudeo

Es importante aclarar que, alrededor del tercer año de vida, el lenguaje del niño pasa por una etapa de "tartamudeo" que demuestra que la velocidad de pensamiento del niño es mucho mayor que su capacidad de expresión. Es importante que no se de importancia a este tartamudeo, pues ésto puede hacerle al niño muy atractiva la situación por la atención que le confiere y, por ello, estacionarse en tal etapa, dando origen a un problema propiamente dicho. Claro está que si el niño recibe la atención que necesita, no tendrá que recurrir a la prolongación de esta etapa para sentirse atendido y querido: todo es cuestión de manejarlo de manera adecuada.

DESARROLLO INTELECTUAL Y PROCESOS DEL APRENDIZAJE

Adquisición de la lecto-escritura

Es claro que el lenguaje se desarrolla paralelamente al desarrollo de la inteligencia y, a medida que el niño avanza por

las distintas etapas de la inteligencia, va adquiriendo los elementos que le permiten el desarrollo paulatino del lenguaje en nuevas modalidades. Así, tenemos que para el final del periodo preoperatorio —según Piaget¹⁷—, el niño tiene los elementos necesarios para iniciar el desarrollo de un lenguaje simbólico que le da acceso a la lecto-escritura.

Esta nueva modalidad del lenguaje, al igual que en la adquisición del lenguaje oral, tiene un orden. Primero se da el aprendizaje a nivel receptivo (lectura), y teniendo a éste como cimiento (internalizado), es que puede darse el desarrollo del aprendizaje de la escritura, que representa el nivel expresivo del proceso.

Para Piaget¹⁸ existe un paralelismo entre las actividades de manipulación y las actividades del lenguaje; en consecuencia, hablar y comprender el lenguaje, separar y ordenar objetos, así como leer y escribir, son actos de naturaleza cognitiva. En el lenguaje, los objetos son reemplazados por palabras, y los movimientos por evocaciones; en la escritura, las palabras, que a su vez representan objetos, son sustituidos por símbolos, pero se trata siempre de actos mentales.

En relación al aprendizaje de la lecto-escritura, Stone y Church¹⁹ explican: "En la actualidad parece probable que **la facilidad para aprender a leer depende casi enteramente de la experiencia anterior** —en la discriminación de formas, la designación de formas, el aprendizaje del alfabeto, la audición de lecturas, el dibujo y el lenguaje en general—, hasta el punto de que podríamos decir que en el caso de la mayoría de los niños, el aprendizaje de la lectura tiene lugar antes de entrar a la escuela, y que lo que en ésta se les enseña simplemente cristaliza y organiza modos de percepción que el niño ya ha adquirido. Por consiguiente, lo probable es que con gran frecuencia las dificultades de lectura sean el resultado de una pobre experiencia per-

17 Piaget, J., *op. cit.*

18 Piaget, J., *L'image mentale*, 1966.

19 Stone, L. J. y Church, J., *Psicología y psicopatología del desarrollo*, 1970, pág. 133.

ceptiva y lingüística en los niños preescolares." Por esto mismo, al hablar de un problema específico del desarrollo, como son los problemas específicos del desarrollo del lenguaje, de la articulación, de la aritmética y de la lectura, no se habla de otra cosa más que de deficiencias en la experiencia, que desembocan en deficiencias en habilidades, con su respectiva falta de formación de estructuras que las respalden.

Procesos del aprendizaje

De acuerdo con Spitzer²⁰: "Se puede considerar el proceso de aprendizaje como una "jerarquía de experiencias". Primero se forma una enorme cantidad de asociaciones básicas. Luego, estas asociaciones se generalizan a otros objetos, ideas y situaciones. Por último, mediante el proceso de discriminación, estas "asociaciones generalizadas" adquieren un uso más práctico: las destrezas aprendidas se adecúan a las exigencias del mundo real", y continúa diciendo: "El aprendizaje de los conceptos es potencialmente uno de los más importantes, en el que el niño participará durante toda su vida". . . "Los niños necesitan desarrollar, crear y convalidar su propia significación personal, y es a través de este proceso que adquirirán verdadera inteligencia e identidad personal".²¹

No podemos dejar de lado dos elementos más que subyacen a la experiencia necesaria para la formación de conceptos. Éstos son **la percepción y la capacidad motriz**. En ese sentido, la percepción es el proceso que permite al niño adquirir información del medio, y tiene que ver con un cúmulo de información llegado a través de los sentidos (información visual, auditiva, gustativa, kinestésica, táctil y olfativa). Por otro lado, dicha información sólo

²⁰ Spitzer, D. R., *op. cit.*, pág. 58.

²¹ *Ibid.*, pág. 46-47.

puede ser obtenida y modificada por el otro elemento que se mencionó: la capacidad motriz, que permite la exploración del medio. Por lo tanto, puede considerarse que las aptitudes perceptuales y motrices son casi por completo interdependientes.

Hemos visto, en síntesis, que el aprendizaje del concepto es el resultado de la interacción de tres procesos complementarios: asociación, generalización y discriminación. Explica Spitzer ²²: "La **asociación** ayuda al que aprende a establecer vínculos entre los estímulos y entre los estímulos y las respuestas. Éste es el tipo de aprendizaje más fundamental. **Generalización** es el proceso por el cual el que aprende se capacita para ampliar sus conocimientos mediante su aplicación a nuevas situaciones. Empero la generalización requiere límites; éste es el rol de la **discriminación.**" Existe un proceso más para el aprendizaje: el pensamiento. Según Spitzer ²³ "el **pensamiento** es el proceso, el proceso abstracto, denominado a veces "proceso mediador", por el que somos capaces de deducir nuevas categorías sobre la base de las antiguas", es decir, es el proceso que nos permite generar nueva información sobre la base del aprendizaje previo. Los procesos recién mencionados tienen cabida en lo que Jean Piaget postula como procesos de asimilación y acomodación.

Habilidades intelectuales y desarrollo del lenguaje

Existe una relación directa entre el desarrollo de habilidades intelectuales y el desarrollo del lenguaje. Así, el desarrollo de la memoria secuencial auditiva tiene que ver con la capacidad de retener con cierto orden, información recién adquirida, y da la posibilidad de estructurar secuencias morfosintácticas en las que el niño ubica el lugar que ocupa cada una de las categorías lin-

²² *Ibid.*, pág. 60-61.

²³ *Ibid.*, pág. 59.

güísticas dentro de la oración y, en niños más pequeños, permite ubicar el orden de las sílabas que forman una palabra.

El desarrollo de la memoria mediata tiene que ver con la retención y la posibilidad de hallar nuevos usos a lo que se ha aprendido tiempo atrás. La capacidad de discriminar sonidos, tiene que ver con la adecuada interpretación de la información auditiva; la memoria visual tiene que ver con la capacidad de retener información relativa a los movimientos necesarios para articular los fonemas y sonidos específicos y el recuerdo de detalles diferenciadores. La capacidad de análisis y síntesis tiene que ver con el nivel de conceptualización que ha alcanzado el sujeto y, por tanto, tiene relación con la posibilidad de abarcar una gran cantidad de información, categorizándola y disminuyendo el monto de trabajo para la organización de la misma. Por otro lado, posteriormente posibilita el empleo de mecanismos inductivo-deductivos para la solución de problemas. La coordinación visomotora tiene relación con la capacidad de reproducir estímulos visuales por lo que afecta directamente a la escritura.

Otros elementos indispensables para la lecto-escritura son: la memoria visual simbólica (capacidad de relacionar sonido y símbolo); memoria visual (monto de información visual retenida y retención de detalle); habilidad en relaciones espaciales (posibilita la ubicación de las letras, la separación de letras y palabras); la ubicación temporal (posibilita el uso de un ritmo adecuado en las oraciones y la diferenciación de las palabras como unidades de lenguaje); y la memoria visual (que tiene que ver también con la percepción de detalles que requiere la ortografía.)

CAPÍTULO III

DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO: RESUMEN DE ASPECTOS IMPORTANTES

Sería demasiado ambicioso pretender que el pequeño resumen que se hace a continuación pudiera contener todos los aspectos importantes del desarrollo emocional del niño pero, ciertamente puede ofrecer una idea general de lo que éste significa.

El cauce que adquiere el desarrollo emocional del niño tiene sus primeros antecedentes en las condiciones en que éste ha sido concebido, y en el significado y función que para los padres representa dicha concepción. La relación emocional con ese nuevo ser gestado se empieza a establecer durante el embarazo y va creciendo en lo sucesivo. Aquí, lo primero que adquiere importancia es la aceptación o el rechazo para este ser humano, que quedará traslucido en la evolución del embarazo y del parto. No es que la relación exacta y concreta con el bebé en el vientre sea lo importante, sino que éste sienta las bases de la relación futura (fuera del vientre).

Durante el primer año de vida, uno de los procesos de importancia es el establecimiento de la confianza primaria, mediante la cual se adquiere la seguridad de que las necesidades serán satisfechas. La confianza es el correlato intrapsíquico del estado pasivo, receptivo y dependiente del infante, característicos de esta primera etapa. Esta misma confianza actúa como protección emo-

cional, facilitando el aprendizaje al disminuir la tensión instintiva.

En el centro de la organización del desarrollo psíquico se halla la zona erógena dominante de una edad específica. En tal sentido, se habla de fase "oral", "anal" y "genital" del desarrollo, a las que se halla ligado el desarrollo emocional.

La fase oral del desarrollo, por lo general comprende el primer año de vida, pasando por una fase pasivo-receptiva durante la cual se establecen las primeras relaciones objetales, y cuya función es la identificación; y una fase oral activo-incorporativa, caracterizada por los intentos de dominar mediante la incorporación (el mordisco es una de sus manifestaciones); en otras palabras, el conocimiento del niño de su medio y el contacto con el mismo, se lleva a cabo a través de la boca, por lo que es importante facilitar el proceso. Durante este periodo, el yo y el ello comienzan a diferenciarse de acuerdo a las relaciones objetales primarias. Así, la capacidad del infante para adaptarse al ambiente —el crecimiento del yo— coincide con el desarrollo de la relación objetal con la madre. Durante este primer año de vida se establece, entre el niño y la madre, una especie de simbiosis normal en esta etapa; pero que pasando ésta, deberá ir diluyéndose para dar paso a la individuación. Así, entre los diez y los dieciocho meses, el niño pasa por un periodo muy significativo: en su transcurso el niño se hace más independiente y desarrolla el sentido de sí mismo, se convierte rápidamente en una persona. Ésto mismo hace que, para el final del segundo año de vida, el niño presente como reacción normal un periodo de negativismo, que lo único que indica es un constante afán de probar que él es un individuo distinto de los padres, y que puede tomar sus propias decisiones y cambiar el curso de las cosas del exterior; es decir, hace una clara diferencia entre yo y los otros, entre yo y los objetos y entre su poder y el de los otros. Con el desarrollo de la individualidad, el niño entra a la segunda etapa del desarrollo psíquico, de modo que las cargas de la

lÍbido, que en la etapa oral correspondían a la boca, pasan ahora a la zona anal, cobrando importancia lo relativo a las funciones esfinterianas. Es en esta etapa anal que queda establecido el control de los esfínteres como fruto de un entrenamiento de cuyas características (rÍgido, inconstante, indulgente, constante, etc.) y del momento de su inicio dependen los resultados. Es importante establecer el control de esfínteres en el momento óptimo, ni antes, ni después; ésto es, cuando la estimulación de los tractos uretral y anal es apta para crear sensaciones lo bastante intensas para que el niño se percate de ellas, y cuando la cualidad placentera de esas sensaciones no ha sido aún gozada durante un periodo demasiado largo.

La importancia del modo y momento en que se establece el control de esfínteres radica en sus implicaciones para el desarrollo psÍquico, ya que el proceso da lugar al establecimiento de otra instancia psÍquica denominada super-yo, y que no es otra cosa que la introyección de las normas dictadas por el exterior; de manera que se hace innecesaria la presencia de los padres para que el niño sepa lo que "debe" hacer, pues el propio niño se auto-regula. En esta etapa, es normal el juego del niño con sus genitales y el amor a todo lo relacionado con las heces fecales y la orina, viéndose complacido con la manipulación y el juego con agua y lodo como sustituto de tales materias, permitiendo ésto su dominio en el propio cuerpo.

Cuando la carga de la lÍbido cambia de la zona anal y adquiere mayor importancia la zona genital, entramos en la etapa genital. Durante ésta, el super-yo queda totalmente establecido, el niño desarrolla el dominado complejo de castración y el complejo de Edipo, que es finalmente reprimido y liquidado por las defensas yÓicas y superyÓicas que se desarrollan, claro está, con la ayuda de las vivencias externas-normativas. La tarea más importante en esta etapa es la diferenciación entre la fantasía y la realidad. La realidad tendría que mostrarle al niño que los padres son pareja y que él queda excluido de esa pareja, que se

le acepta y se le quiere. En esta etapa es normal la presencia de juegos sexuales con los pares, tanto del mismo sexo como del sexo contrario. Se presenta también pronunciada curiosidad por todo lo relativo al sexo y a las relaciones que unen a los padres como pareja; al nacimiento, la muerte e infinidad de temas que deberán ser satisfechos sin cortapisas por los padres.

En todo ésto, la política y función de los padres será la de facilitar la fluidez de una etapa a la otra, tomándose en consideración los intereses del niño, para que éste continúe su desarrollo sin sufrir estancamientos o fijaciones.

Durante las distintas etapas, existe un elemento facilitador por excelencia, que permite la elaboración o entendimiento de las distintas vivencias: me refiero al juego. Otro de los elementos de eterna vigencia es la transmisión al niño de **seguridad** en todos los sentidos que puede tener esta palabra: seguridad física, seguridad de que es capaz, de que es querido, de que es aceptado, de que puede hacer cosas por sí mismo y por los demás, de que es importante en la familia y en la sociedad, de que es valioso como individuo y de que puede crecer. Ésa seguridad o inseguridad se irá transmitiendo desde que el niño nace, hasta la muerte; es una necesidad implícita para el desarrollo, que podrá manifestarse con un dejar de hacer, con un permitir probar, como apoyo, como reconocimiento explícito, etc. que crearán y mantendrán la confianza.

No termina aquí el desarrollo emocional, aún pasa por otros periodos como son el de latencia, adolescencia y adultez, a través de los cuales irán modificándose los patrones de reacción, pero la base queda ya establecida en las primeras etapas revisadas.

NOTA: Para una revisión más amplia del tema, se puede consultar a Benedek, Th. y Gerard, M. W. en: **Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño**, 1967, en donde se hace un análisis de las perturbaciones que pueden presentarse a lo largo de las distintas etapas de desarrollo psíquico.

CAPÍTULO IV

PAPEL DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

Ya en la introducción fueron expuestos algunos aspectos relacionados con la influencia que ejerce la familia en sus componentes, algunos factores culturales determinantes y parte de los mecanismos que se ponen en juego en la familia para favorecer la aparición y el mantenimiento de un trastorno del desarrollo en uno de sus miembros. Sin embargo, se considera necesario ampliar la información de algunos de estos aspectos, tales como: la estructura familiar, el manejo del niño en la familia, la dinámica psicosocial familiar, y las consecuencias de su alteración.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Cada uno de los seres humanos posee características únicas que lo distingue del resto de sus congéneres; toca a la familia transmitir a sus miembros esas particularidades que imprimen en cada individuo un sentimiento de identidad independiente. "La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación. El laboratorio en el que estos sentimientos se mezclan y se proveen es la familia, la matriz de la identidad".¹ Y efectivamente, si tomamos en cuenta

¹ Minuchin, S., *Familias y terapia familiar*, 1979, pág. 80.

que la estructura familiar queda definida como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia², es posible entender, a través de su estudio, como actúa la estructura familiar en la integración de los individuos.

A continuación se hace un resumen de algunos aspectos de importancia tocados por Minuchin en su libro "Familias y Terapia Familiar" (1979).

Un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes: en primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción: el primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar: por ejemplo, debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa aceptan la interdependencia y operan como un equipo. El segundo sistema de coacción es idiosincrático, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios.

² *Ibid.* pág. 86.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Por otro lado se encuentran los límites de un subsistema, que están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de que manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado, y de límites sumamente rígidos, por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal en el que los límites son claros.

Los extremos de este continuum poseen subsistemas aglutinados (límites difusos entre los subsistemas) o desligados (con límites rígidos entre los subsistemas). Las operaciones en los extremos (del continuum de límites), sin embargo, señalan áreas de posible patología. Un subsistema de madre-hijo sumamente aglutinado, por ejemplo, puede excluir al padre, que se convierte en excesivamente desligado. El consecuente debilitamiento de la independencia de los niños puede constituir un importante factor en el desarrollo de síntomas. Los miembros de subsistemas aglutinados pueden verse perjudicados, en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomos de los problemas. En los niños en particular, el desarrollo cognitivo-afectivo se ve así inhibido.

El subsistema parental. Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. En una familia intacta, el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar al hijo sin renunciar de mutuo apoyo que caracterizara al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales. Sólo un subsistema parental débil instaura un control restrictivo, y ese control excesivo se presenta por lo general cuando dicho control es ineficaz. El apoyo a la responsabilidad y a la obligación de los padres para determinar las reglas de la familia, estimula el derecho y la obligación del niño de crecer y desarrollarse en forma autónoma.

El subsistema fraterno. Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar, competir. Aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden y a lograr reconocimiento por sus habilidades. En el subsistema fraterno, los niños pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones, asumidas tempranamente en el subgrupo fraterno, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas.

El stress sobre un sistema familiar puede originarse en cuatro fuentes: en primer lugar, puede originarse en el contacto de un miembro o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares. Los momentos transicionales en la evolución de una familia también pueden ser una fuente de tensión, al igual que los problemas de idiosincrasia.

La etiqueta de patológica debe reservarse a las familias que, frente a esas tensiones (normales), incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales, y evitan o resisten toda exploración de variantes.

En síntesis, el esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas: en primer lugar, una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda al stress del desarrollo apegándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.

En segundo lugar, la familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Se prefieren algunas pautas, suficientes para responder a los requerimientos habituales, pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian.

Finalmente, una familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales. Eventualmente, ello puede llevar a la familia a una terapia.

MANEJO DEL NIÑO EN LA FAMILIA: SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ESCOLAR

Se puede hacer una clara diferenciación entre el manejo familiar observado en una familia cuyo miembro-hijo funciona en la escuela con un buen rendimiento, de otro, cuyo rendimiento escolar es bajo. Gilly,³ a modo de síntesis, hace una descripción de los resultados obtenidos en su investigación sobre los determinantes del éxito escolar en el siguiente párrafo:

³ Gilly, M., *El problema del rendimiento escolar*, 1978, pág. 210.

“En la familia del alumno atrasado, la madre carece de autoridad. Es débil y cede a menudo, difícilmente se hace obedecer y frecuentemente debe apelar a la autoridad de su marido. Al mismo tiempo está inquieta, ansiosa, cuando su hijo come mal, y por un afán de protección mal adaptado, desearía que fuera pequeño durante mucho tiempo. Tanto el padre como la madre carecen de tranquilidad, de paciencia y estabilidad en sus comportamientos con respecto a su hijo; no soportan ni el ruido ni el desorden, se irritan fácilmente y no toleran tampoco, sobre todo el padre, la desobediencia y la falta de respeto. No se les ocurre castigar al niño como los otros padres, sino por el contrario, no cesan, especialmente la madre, de gritar, reñirle, hacerle razonar y a veces recurrir al chantaje afectivo cuando se porta mal. El padre y la madre, además, no están de acuerdo cuando se trata de intervenir; el padre juzga a la madre demasiado blanda, mientras que ésta juzga al padre, por el contrario, demasiado severo. Finalmente la madre cree que el padre no se ha ocupado suficientemente de la educación del hijo.

“En la familia del alumno adelantado, la madre tiene una autoridad bien establecida y no tiene necesidad de nombrar a su marido para ser obedecida. Casi no está ansiosa y da poca importancia a las variaciones de apetito de su hijo. No busca protegerle de manera excesiva y mal adaptada. El padre y la madre están tranquilos, son pacientes y regulares en su comportamiento hacia su hijo. Soportan bastante bien el ruido y el desorden, que no les incomodan demasiado, y se muestran bastante tolerantes en las manifestaciones de desobediencia y de mala educación. Raramente castigan al niño, pero dudan menos cuando deben hacerlo que los padres de la familia precedente. Como estos, han recurrido más a menudo a las intervenciones verbales que a las sanciones corporales y a las privaciones, pero no abusan. Raramente gritan. Cuando se trata de intervenir, los dos están de acuerdo totalmente sobre sus grados respectivos de severidad.”

Por otro lado, los niños de las mencionadas familias, como es lógico, responden de manera distinta ante la actitud de sus padres, así, "los alumnos atrasados son un poco más numerosos que los otros en cuanto a ser juzgados bulliciosos y alterados, y un poco más numerosos también en ser juzgados irrespetuosos con sus padres. Pero en los dos casos, las diferencias son pequeñas. Por el contrario, son claramente más numerosos que los alumnos adelantados en ser juzgados desordenados y. . . son juzgados muy desobedientes, lo que no sucede con ningún alumno adelantado".⁴

Se ha podido constatar que el éxito es en general satisfactorio cuando los padres son permisivos, afectuosos, favorecen su acceso a la independencia y tienen ellos mismos una actitud positiva hacia la educación. La relación entre el éxito escolar y las actitudes paternas que favorecen al niño en la conquista de su independencia, es confirmada por la existencia de una relación positiva entre el éxito escolar y el nivel de desarrollo psicosocial en el cálculo en que interviene la desenvoltura y la autonomía de las conductas. Esta relación positiva ha sido evidenciada entre otros por M. C. Hurtig y R. Zazzo.⁵ En este sentido, puede entenderse otro dato arrojado por la investigación de Gilly.⁶ Me refiero a que los niños de bajo rendimiento requieren de presión continua de los padres para hacer las tareas escolares, cosa que sucede poco en los niños de buen rendimiento, los cuales realizan su trabajo sin que nadie tenga que intervenir. Ésto podría explicarse por la mayor o menor oportunidad que se le ofrece al niño de ser independiente.

⁴ Gilly, M., *op. cit.*, pág. 203.

⁵ Hurtig, M. C. y Zazzo, R., según cita en: Gilly, M., **El problema del rendimiento escolar**, 1978.

⁶ Gilly, M., *op. cit.*

MANEJO FAMILIAR: SU RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE

Benedek y Gerard⁷ consideran que: "Los modernos padres individualistas renuncian, con frecuencia demasiado pronto y excesivamente, a sus derechos y responsabilidades de guiar al niño. Dejando al niño librado a sus propias 'decisiones' lo confunden acerca de sus poderes y limitaciones. Las ambigüedades de tal relación entre padres e hijos se vuelven aún más evidentes si la educación sexual permite o atrae demasiado. De ese modo el niño, si bien no se ve obligado a reprimir sus impulsos, está en cambio expuesto a diversos conflictos internos sin ser capaz de resolverlos según una norma establecida por los padres. Tales padres a menudo dificultan la consecución del fin que ellos mismos están ansiosos de alcanzar. En lugar de promover la individuación del niño, no favorecen las condiciones en que pueda establecerse un superyó firme."

En relación a las perturbaciones afectivas que desembocan en los llamados "bloqueos del aprendizaje" explican Stone y Church⁸ que: "lo más frecuente es que se presenten en un contexto de excesivas ambiciones y presiones de los padres, que malquistan al niño con el aprendizaje y convierten a éste en algo extraño a sus propios deseos. Algunos niños se esfuerzan arduamente por satisfacer las expectativas de los padres, pero ese mismo esfuerzo produce ansiedad que obstaculiza el aprendizaje; cada nuevo fracaso es más frustrante que el anterior, genera más ansiedad y confusión y aumenta la probabilidad de un nuevo contratiempo. Para otros niños el bajo rendimiento es un arma de su rebelión inconsciente contra las presiones de los padres." En este sentido, Spitzer⁹ habla de la "impotencia apren-

⁷ Benedek, Th y Gerard, M. W., *Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño*, 1967, pág. 51.

⁸ Stone, L. J. y Church, J., *Psicología y psicopatología del desarrollo*, 1970, pág. 132.

⁹ Spitzer, D. R., *Formación de conceptos y aprendizaje temprano*, 1978, pág. 55.

dida", en los siguientes términos: "Recientemente se ha descubierto que el fracaso reiterado o el castigo permanente pueden contribuir a la formación de un hábito. El fracaso y el castigo pueden inducir eventualmente a un niño a sentirse incompetente, y éste con frecuencia interrumpe sus intentos." Luego entonces, el modo en que la familia, y en especial los padres, reaccionan ante los fracasos y éxitos de los niños, podrá llevar a promover, o no, su crecimiento.

En otra parte de este texto se habló ampliamente en relación a la sobreprotección familiar y sus efectos sobre el aprendizaje; quedan aún por revisar algunos aspectos de la misma. **La sobreprotección familiar**, como ya había sido vista, tiene como resultado una dependencia del niño en una buena parte de las conductas esperadas para la edad de que se trate; de este modo, un niño del que se espera coma solo, no lo hará, sino que requerirá de la ayuda de un adulto y, con la falta de práctica, no se atreverá a hacerlo solo por temor a hacerlo mal e, incluso, porque no se le permite.

Algunas de las conductas en las que se espera encontrar problemas por mal manejo son las siguientes:

- 1) Necesidad de ayuda para comer, cuando se espera que lo haga el niño por sí mismo.
- 2) Necesidad de ayuda para vestirse, cuando se espera que el niño lo haga por sí mismo.
- 3) Necesidad de ayuda, total o parcial, para bañarse, cuando debiera hacerlo solo.
- 4) Necesidad de acompañante para ir a dormir, después de los dos años de edad.
- 5) Necesidad de ayuda en la realización de tareas escolares cotidianas.
- 6) Necesidad de incluir a un adulto en los juegos infantiles.

Éstas son solo algunas de las conductas más gruesas en las que puede observarse dependencia por sobreprotección, pero

existen otras menos obvias, como el hecho de que si un niño se trepa a los juegos de los parques públicos, si se lava y asea por sí solo, por su propia iniciativa, si va a las tiendas solo, si elige la ropa que va a ponerse, si prepara las cosas que requerirá para vestirse o para llevar a la escuela, etc. De alguna manera, lo que ésto demuestra no es otra cosa sino la incapacidad del padre, o de la familia, de permitir al niño tomar la rienda de su propia vida. Es una especie de invasión, con el pretexto que se quiera. Es transmitir al niño un mensaje agravante para él. "Tengo que hacer tal o cual cosa en tu lugar, porque tú no eres capaz de hacerlo; en cambio, yo puedo hacerlo bien y rápido", y de este modo, no se le da al niño la oportunidad de aprender tales conductas y, obviamente, con la falta de práctica, el niño, el día que se le llega a permitir hacer tal actividad, la hará mal y los padres podrán continuar justificando el hacerlo en el lugar de éste.

Si a todo ésto sumamos todo lo que se dijo en esta misma parte en relación a la actitud de las padres para con sus niños, resultará fácil entender que se de, como producto final, un niño con problema en el aprendizaje.

MANEJO FAMILIAR: SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

En relación al desarrollo del lenguaje específicamente, existen algunos puntos de interés remitidos al manejo familiar. Los siguientes fragmentos de textos lo hacen notar: "La adquisición del lenguaje sería entonces un fenómeno de identificación; aprender a hablar es al mismo tiempo utilizar una serie de conductas y roles, lo que sólo es plenamente posible en función de interlocutores privilegiados, en principio las figuras paternas, los objetos sustitutos y los compañeros de juego."¹⁰

¹⁰ Lézine, I., *La primera infancia*, 1979, pág. 111.

“Evidentemente, la carencia de estímulos de todos los órdenes no es el único elemento en juego en las perturbaciones del lenguaje: tampoco es suficiente con que el niño tenga modelos que imitar. Aún es necesario que sus tentativas de comunicación encuentren un refuerzo, una réplica en su entorno y sean valorados por éste; esta condición es indispensable para que la experiencia de comunicación vocal contribuya a extender el poder del niño sobre el mundo exterior, ya que las manifestaciones vocales no le aportarán satisfacción duradera si no son reforzadas por una reciprocidad gozosa.”¹¹

Estos párrafos hacen referencia a una edad muy temprana; los siguientes corresponden a etapas en las que el lenguaje se halla más desarrollado, pero que sin embargo no corresponde a la edad del niño: “Cuando el niño sigue aferrado al habla infantil mucho después de que sus coetáneos la han abandonado, eso puede deberse a que sus padres lo alientan dirigiéndose a él del mismo modo, prodigándole un exceso de protección y de mimos, o haciendo demasiado atractivo el periodo de la infancia.”¹² Y, para terminar: “No es necesario recordar que la extinción o el empobrecimiento del lenguaje son frecuentes en los ambientes vitales poco estimulantes (por ejemplo, en los medios donde se habla poco a los niños o sólo se dirigen a ellos para darles órdenes o indicaciones breves y donde nunca se les proporcionan explicaciones a su alcance, al tener sus propios padres un lenguaje empobrecido).”¹³

Lo que me parece importante hacer notar en todas las cuestiones vistas, en cuanto a sobreprotección familiar se refiere, es la concepción que los propios padres tienen de sus hijos. Me da la impresión de que jamás son vistos como personitas, respetables y diferenciadas de los padres; más bien pareciera que son tratados como cosas que por sí solas, como las plantas, irán crecien-

¹¹ *Ibid.*, pág. 110.

¹² Stone, L. J. Church, J., *op. cit.*, pág. 128.

¹³ Lézine, I., *op. cit.*, pág. 107.

do; pero inclusive una planta requiere de cuidados especiales para crecer. Requiere de, por lo menos, la creación de condiciones que favorezcan su crecimiento, y parece que tales condiciones no son proporcionadas. Da la impresión de que existe una guerra permanente de los padres con objeto de no darle al niño lo que en realidad le pertenece: "su propia vida", y tratarlo como propiedad de los padres, manejable a su antojo. Me parece que ésto puede quedar más claro con la siguiente consigna, manejada en tales casos: "Tú no eres nadie en el momento en el que no estoy contigo, porque sin mí eres incapaz de hacer algo por tí mismo, me necesitas hasta para lo más elemental; por lo tanto, sin mí no vales nada, pues eres incapaz de hacer algo socialmente útil, es más, eres una carga social, pero mi vida se justifica con la tuya."

DINÁMICA PSICOSOCIAL FAMILIAR Y CONSECUENCIAS DE SU ALTERACIÓN

El funcionamiento "normal" de la familia puede verse alterado por cambios de ésta a nivel social. Tales cambios pueden ser observados a nivel concreto, pero lo que no es tan fácilmente observable son los cambios a nivel psicológico, que se dan como consecuencia de los primeros. A continuación se enumeran algunas situaciones de este tipo con sus respectivas consecuencias, como son concebidas por Mannoni.¹⁴

1) "Toda vez que antes de la edad de la resolución edípica (6-7 años como mínimo) uno de los elementos estructurantes de las premisas de la persona es alterado en su dinámica psicosocial (presencia o ausencia de uno de los padres en un momento necesario, crisis depresiva de uno de ellos, muerte que se esconde,

¹⁴ Mannoni, M., *La primera entrevista con el psicoanalista*, 1980, págs. 21-23.

características antisociales de la conducta), la experiencia psicoanalítica nos muestra que el niño está informado de ello en forma total e inconsciente y que se ve inducido a asumir el rol dinámico complementario regulador como en una especie de homeostasis de la dinámica triangular padre-madre-niño. Esto es patógeno para él. Dicho rol patógeno, introducido por su participación en una situación real que se le oculta, es superado, por el contrario, en parte o totalmente, gracias a las palabras verdaderas que verbalizan la situación dolorosa que vive, y que le otorgan a ésta un sentido susceptible de ser comprendido por el otro al mismo tiempo que por el niño. Nos referimos tanto a los accidentes, muertes, enfermedades, crisis de enojo, borracheras, trastornos de conducta que provocan intervención de la justicia, como a las escenas hogareñas, separaciones, divorcios, situaciones todas que conciernen al niño y cuya divulgación no se le permite; peor aún, en algunos casos se le oculta la realidad, que él de todas formas padece, sin permitirle que se reconozca en ella ni tampoco la verdad que percibe en forma muy fina, y al faltarle las palabras justas para traducir su experiencia con los que la comparten con él, se ve inducido a sentirse extraño, objeto de un malestar mágico y deshumanizante."

2) "Toda asimilación de la madre al rol del padre es patógena. Tanto cuando la madre decreta que el padre es incapaz y se coloca en su lugar, como cuando él está ausente o ella no toma en cuenta sus deseos."

3) "Toda sustitución del padre al rol de la madre, si ella está ausente o si es realmente peligrosa a causa de un estado de enfermedad actual, tiene el mismo rol patógeno de desviación de la situación triangular, si no se tiene en cuenta un deseo de la madre conocido por el niño."

4) "Toda situación en la que el niño sirve de prótesis a uno de los padres, progenitores, hermano o hermana, o abuelo del polo complementario, compañero faltante o no valorizado, por casto que sea en los hechos, ese compañerismo es patógeno, sobre

todo si no se le verbaliza al niño que esta situación es falsa y que él puede escaparle con toda libertad."

5) "Toda vez que los progenitores son impotentes para satisfacer el rol del que son responsables y son reemplazados por alguna otra persona entre sus hermanos o sus ascendientes (la abuela o la tía encargada de jugar el rol de madre, el hermano mayor, el de padre) se produce también distorsión: en dicho caso la situación triangular existe, pero la persona que sirve de apoyo a la imagen paterna o materna no está marcada con una rivalidad sexual, por el rol real de cónyuge genital en relación con la madre o con el padre del sujeto, es decir no es el rival que, a través de la angustia de castración, regula sus aspiraciones incestuosas.

"Todas estas sustituciones, prótesis engañosas que sin embargo, y en algunos casos, facilitan la vida material, en apariencia o en lo inmediato, y evitan que el niño viva experiencias de soledad verdadera o de abandono, no presentan ningún peligro si se subraya constantemente que esta persona sustituto no asume esa relación por derecho propio, sino que toma el lugar de uno de los padres ausentes, y se deja libre al niño para optar naturalmente y asumir con confianza sus propias iniciativas. . .

"En resumen, la situación particular de cada ser humano en su relación triangular real y particular, por dolorosa que sea o haya sido, conforme o no a una norma social, y si no se la camufla o falsifica en las palabras, es la única que puede formar a una persona sana en su realidad psíquica, dinámica, orientada hacia un futuro abierto."

CAPÍTULO V

PAPEL DE LAS SITUACIONES TRAUMÁTICAS EN EL DESARROLLO EMOCIONAL

Existen algunos acontecimientos en la vida del niño que, por sus propias implicaciones, favorecen la aparición de anomalías en el desarrollo. Al respecto Benedek¹ considera que "además de los factores constitucionales y ambientales de la familia, que representan un continuo influjo sobre el desarrollo de la personalidad, también tienen importancia otras influencias accidentales o imprevistas. Las experiencias traumáticas. . . Dinámicamente, un acontecimiento se vuelve traumático para el niño cuando el yo es incapaz de dominar el sufrimiento y la angustia producidas por la experiencia o de resolver los conflictos emocionales creados por ella. Esta situación se presenta cuando el yo es débil y el acontecimiento muy fuerte, o si no hay suficiente ayuda de los padres para resolver el conflicto. Por consiguiente, cuanto más pequeño sea el niño y más débil su capacidad de dominio, será tanto más fácil traumatizarlo y mayor la necesidad de protección para soportar la insuficiencia."

Al mismo tiempo Benedek resume este tipo de acontecimientos en el siguiente párrafo: "Son múltiples las experiencias más o menos accidentales que pueden obrar como trauma en el des-

¹ Benedek, Th. y Gerard, M. W., *Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño*, 1967, pág. 88.

arrollo de la personalidad. Pueden presentarse como resultado de una enfermedad física o de una lesión corporal; de la pérdida de un padre por muerte o separación; del nacimiento o muerte de un hermano; de privaciones económicas; de experiencias sexuales; de fuertes exaltaciones instintivas antes que el niño haya desarrollado el vigor para dominarlas; de un desplazamiento o rechazo en la escuela, etc. El modo en que un niño reacciona a cualquier trauma está determinado por la constelación total de la tendencia constitucional, su estado de madurez física, su capacidad de integración, sus experiencias previas y el tipo de trauma." ²

Francoise Dolto, en el prefacio que hace al libro "La primera entrevista con el psicoanalista" de Maud Mannoni,³ considera que los distintos grados de perturbación en la infancia tienen su origen en forma notoria en hechos tales como "la falta de una presencia sensata (1) a una edad temprana, en la ausencia de una situación triangular socialmente sana o en la falta de aclaraciones verbales a preguntas explícitas o implícitas del niño; éste encuentra tardíamente la respuesta en un acontecimiento traumático, que no comprende, y que lo trastorna completa o parcialmente, porque, al no habérselo explicado a tiempo, se siente abrumado por él. Esta experiencia emocional confusa, enquistada en mayor o menor grado, lo ha hecho frágil a toda puesta a prueba de su narcisismo y, semejante a un sonámbulo que se despierta y que se asusta ante la realidad, cada acontecimiento ulterior que lo pone a prueba lo hace caer un poco más en la confusión y la irresponsabilidad creciente."

(1) El término **presencia sensata** se refiere aquí a una presencia real y significativa de los padres en la vida del niño, pues puede darse que estando los padres físicamente, no logren establecerse relaciones adecuadas con éste.

² *Ibid.*, pág. 89.

³ Mannoni, M., *La primera entrevista con el psicoanalista*, 1979, pág. 18.

En el mismo libro, Françoise Dolto, al hablar de las relaciones dinámicas inconscientes padres-hijos y de las condiciones perturbadoras en la infancia, explica cómo la ausencia crónica de posibilidades de intercambio verdadero (2) en el transcurso de la vida de un ser humano es tan perturbadora como los traumatismos específicos, si no más, y explica: "Podríamos decir que la intuición normal de muchos seres se ve trastocada por identificaciones caóticas, contradictorias y plenas de imágenes perturbadas. Esta distorsión o desviación de la intuición natural por modelos no referidos en forma adecuada tanto a la ley natural (3) como a la ley dictada, (4) da lugar a relaciones simbólicas alteradas." En realidad, el niño puede tener en su historia acontecimientos traumáticos sin embargo podría suceder que, habiendo acontecimientos traumáticos, el niño no sufriera ningún trastorno en su desarrollo. Parafraseando a Françoise Dolto: "lo que tiene importancia, en efecto, no son los hechos reales vividos por un niño, tal como otros podrían percibirlos, sino el conjunto de percepciones del niño y el valor simbólico originado en el sentido que asumen estas percepciones para el narcisismo del sujeto. Este valor simbólico depende en alto grado del encuentro del sujeto con una experiencia sensible efectivamente nueva, y de las palabras (justas o no) o la ausencia de ellas con respecto al hecho, en las personas que él escucha; estas palabras, o su falta, se conservan y se volverán a presentar en su memoria como representantes verdaderos o falsos de la experiencia vivida." ⁵

(2) El término **intercambio verdadero** se refiere aquí a la autenticidad de las relaciones establecidas entre los padres y el niño. Al hecho de lograr o no un clima emocional que refleje la situación real.

(3) La **ley natural** se refiere a lo que existe naturalmente. Ejemplo de ello sería la ley del nacimiento, de la muerte, del instinto, etc.

(4) La **ley dictada** se refiere a las modificaciones que con fines de convivencia social, y en base a cuestiones "morales" se le transmiten al niño. Ejemplo de ello sería: el respeto a la propiedad privada, la prohibición de relaciones incestuosas, etc.

⁴ *Ibid.*, pág. 18 y 19.

⁵ *Ibid.*, pág. 20.

Lo cierto es que los factores afectivos inciden notoriamente en el desarrollo del aprendizaje y el lenguaje. Que ¿cómo lo hacen?, pues, como dicen Piaget y B. Inhelder (1966), los factores afectivos pueden acelerar o retrasar la formación de una estructura mental, pero no modificarla en tanto que estructura; así, estos factores afectivos actúan a nivel de bloqueos en periodos sensibles del desarrollo del niño, modificando no solamente sus relaciones con el mundo exterior, sino también sus maneras de pensar y expresarse, pudiendo ser el origen de errores persistentes de razonamiento.

CAPÍTULO VI

OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APRENDIZAJE

En este apartado se incluyen algunos de los factores que se han hallado como comunes a niños que presentan problemas en el aprendizaje, pero que, sin embargo, no pueden ser considerados como causa directa de dichos problemas. Se trata de factores que contribuyen sólo en parte y de manera indirecta a la conformación de problemas del aprendizaje.

ANTECEDENTES DE LA CONCEPCIÓN, EMBARAZO Y PARTO

Existen datos diferenciales en cuanto a los antecedentes de la concepción, embarazo y parto de los niños que presentan anomalías en el aprendizaje, sin que el término se refiera exclusivamente a anomalías severas pues se incluyen en él trastornos leves, como el bajo rendimiento escolar.

Al hablar Benedek¹ sobre las determinantes prenatales del desarrollo de la personalidad, anota: "Investigaciones recientes indican que las fluctuaciones del bienestar físico y emocional de la madre pueden también ser registradas por el feto. Tales in-

¹ Benedek, Th. y Gerard, M. W., *Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño*, 1967, pág. 8.

fluencias, como también los efectos de la técnica obstétrica, son susceptibles de modificar la adaptabilidad del niño recién nacido a la vida extrauterina." Si quisiéramos hablar de datos más objetivos, podríamos referirnos a otro tipo de estudios mucho más formales y rigurosos, científicamente hablando. En este orden de cosas, reporta Gilly² en su estudio "El problema del rendimiento escolar" que las madres de alumnos atrasados son más numerosas en haber aceptado mal el estar encinta (embarazo no deseado) lo que no ocurre con las madres de alumnos adelantados. Explica Gilly³ las implicaciones de este hecho del siguiente modo: "La perspectiva conduce a establecer la hipótesis de que una influencia a largo plazo de esta reacción de la madre a su embarazo actuará sobre el éxito escolar ulterior del niño. Se puede pensar que esta hostilidad de la madre puede tener prolongamientos más allá del nacimiento y llevarla a establecer con su hijo un tipo de relación desfavorable, cuya consecuencia podría ser una traba para la adaptación escolar. Numerosos trabajos entre los que se encuentran los de A. Bowley (1947) y de C. Emery y E. A. Sand (1962), han demostrado que los niños no deseados eran más frecuentemente objeto de sentimientos ambivalentes por parte de su madre, que los otros niños. Los autores describen dos tipos de reacciones: actitudes de hostilidad manifiesta o bien actitudes de "superprotección" para compensar una hostilidad latente. Es evidente que tales actitudes (que pueden además coexistir) pueden dañar el éxito escolar, en la medida en que coloquen al niño en un clima de inseguridad afectiva; y pueden llevarle, en la situación conflictiva en que se encuentra, a utilizar el fracaso escolar para reaccionar contra la hostilidad materna." Por otro lado, en este mismo estudio, Gilly encuentra que generalmente, las madres de alumnos atrasados señalan más dificultades o anomalías fisiológicas durante el embarazo que las madres de

² Gilly, M., *El problema del rendimiento escolar*, 1978, pág. 98.

³ *Ibid.*, pág. 99.

alumnos adelantados, habiendo una diferencia estadísticamente muy significativa ($T = 2.617$; $P = .02$). Al explicar la influencia que este factor puede tener en la determinación de problemas en el aprendizaje Gilly⁴ dice: "El mecanismo de relaciones entre las dificultades pre y perinatales y el éxito escolar, podría ser entonces revisada según las siguientes modalidades:

- a) En principio, se puede pensar que la persistencia de estos handicaps o sus consecuencias físicas o fisiológicas más allá de la primera infancia, en un cierto número de sujetos, no les permite utilizar lo mejor posible sus posibilidades intelectuales. Apoyándonos en esta hipótesis, se debe notar que las dificultades ulteriores de salud señaladas por la madre, son un poco menos frecuentes en los alumnos adelantados, para los que la posibilidad de un handicap al nacer es nula, o débil, que en los alumnos atrasados, para los que esta probabilidad no puede ser rechazada.
- b) Se puede pensar igualmente que, en algunos casos, la influencia directa del handicap es reforzada por las reacciones de la madre ante este handicap. Éstas actuarían como un factor secundario inducido por el handicap fisiológico. Algunas madres ansiosas pueden tener tendencia, cuando su hijo tiene dificultades, a protegerle en demasía, a no dejarle una autonomía suficiente, pero también a ser menos exigentes, más permisivas, etc. Hay muchos comportamientos, ya se sabe, que pueden dañar una buena adaptación. Este factor indirecto podría jugar, además, hasta el límite, aún cuando las dificultades señaladas son demasiado ligeras para que el feto o el recién nacido las haya sufrido. Bastaría en este caso con que la madre creyera en la existencia de un handicap para que su comportamiento se vea influenciado."

⁴ *Ibid.*, pág. 100.

Dentro de los factores pre y perinatales que afectan el desarrollo del lenguaje, se puede hacer referencia a los efectos que puede tener la hospitalización temprana del niño, consecuencia de una anomalía en el parto, que tiene como producto a niños prematuros. Lézine, conjuntamente con el Dr. Bergés⁵, ha realizado investigaciones longitudinales sobre niños prematuros hospitalizados durante largo tiempo, reportando lo siguiente: "Nuestras investigaciones. . . revelan que en esos niños existen dificultades gestuales y motrices persistentes descritas bajo el nombre de "Síndrome tardío del antiguo prematuro". Esos niños que, por otra parte, compensan más o menos su retraso psicomotriz inicial, conservan una torpeza para actuar y expresarse que a veces asume formas espectaculares y obstaculiza el éxito escolar. Esas perturbaciones, en ausencia de toda lesión orgánica o neurológica, podrían deberse o bien a desarreglos precoces de las funciones vitales, o bien a insuficiencias de sensibilización afectiva por falta de contactos."

NÚMERO DE NACIMIENTO Y NÚMERO DE HERMANOS

Se ha encontrado que los hijos mayores de una familia presentan a menudo más dificultades afectivas y trastornos de personalidad que los hijos menores.⁶ Por su parte, Perron y Verba⁷ encuentran más dificultades en los hijos mayores en una población en consulta.

En relación al hijo único Minuchin⁸ explica que: "Los niños sin hermanos desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo del adulto, que pueden manifestarse en un desarrollo precoz.

⁵ Berges, J., Lézine, I. y Bolssalier, F., *Le syndrome de l'ancien prématuré, recherche sur sa signification*, 1969, págs. 719-779.

⁶ Gilly, M., *op. cit.*

⁷ Perron, R. y Rad-Verba, M., *Analyse de quelques caractéristiques de 200 enfants ayant consulté pour difficultés scolaires*, 1959, págs. 293-308.

⁸ Minuchin, S., *Familias y terapia familiar*, 1979, pág. 97.

Al mismo tiempo, pueden mostrar dificultades para el desarrollo de la autonomía y la capacidad de compartir, cooperar y competir con otros." Si tomamos en cuenta que todas las conductas citadas se refieren a conductas adaptativas para un desarrollo equilibrado, nos podremos dar cuenta de su importancia.

PROCESOS DE MOVILIZACIÓN (PROPIOS DEL NIÑO), ATENCIÓN Y ÉXITO ESCOLAR

Gilly⁹, en su explicación de los determinantes del éxito escolar, introduce un nuevo término para denotar una clase especial de factores que se relacionan de manera especial con el éxito escolar, estos son los "procesos de movilización", siendo ubicados del siguiente modo en su texto: "Para J. B. Russell (1934) el éxito escolar está condicionado en primer lugar, por cualidades de atención y perseverancia. . . . Si se admite que la enseñanza escolar pone en juego una actividad "controlada, dirigida, seleccionada" (N. Wallon, 1938), se considera que se pueden distinguir dos grandes categorías de fenómenos, de los que depende la realización de una actividad tal y como pueden conducir a un adulto a hablar de atención o desatención. Hay, por otra parte, todo un conjunto de fenómenos, para los que los determinantes afectivos y psicosociales desempeñan un papel esencial: se trata de motivaciones profundas, del interés y de la apetencia por el trabajo escolar. Hay, por otra parte, todo aquello que hace referencia a los factores energéticos y a los mecanismos de regulación, y en virtud de que una vez establecida una igualdad, raramente dos sujetos realizan una tarea de manera rigurosamente idéntica, lo mismo que respondan a exigencias diferentes. Son estos factores energéticos y mecanismos de regulación que nosotros llamamos "procesos de movilización". Dentro de los procesos de movilización se incluyen, de manera importante, los aspectos fisiológicos de

⁹ Gilly, M., *op. cit.*, pág. 32.

funcionamiento manifestados en la salud física, la alimentación y el sueño, que conllevan a un equilibrio fisiológico. En relación a estos procesos, Gilly¹⁰ ha encontrado que las afecciones, aparte de las enfermedades infantiles, son más frecuentes en el grupo de alumnos mal clasificados (en cuanto a su rendimiento escolar) que en la de los alumnos bien clasificados; y continúa diciendo, respecto al carácter de dichas afecciones, que: "son sobre todo las afecciones de tipo crónico las que atacan con más frecuencia a los alumnos atrasados, mientras que las de tipo agudo atacan por igual a ambos tipos de alumnos." Para explicar este hecho, puede recurrirse a una explicación psicoanalítica del mismo, dada por A. Aberastury,¹¹ en donde afirma que "los niños que han sido frustrados en la primera infancia viven todas las exigencias de la educación como un castigo y ésto los incapacita para tolerar la frustración que implica la educación." "...Muchas veces estos niños expresan su ansiedad y sentimientos de culpa enfermándose con frecuencia y sufriendo complicaciones en las enfermedades de la infancia: sarampión, paperas, tos convulsa, etc."

En cuanto a la influencia del sueño en el contexto de problemas del aprendizaje, Gilly¹² explica: "Según Debré y Douady, 'Los ataques al derecho del sueño, se presentan en primer plano dentro de las causas de este estado complejo que se llama la fatiga escolar' (1962, pág. 15). Por otra parte, es muy evidente que los trastornos de sueño y de apetito puedan tener un origen puramente psicológico, pero no es menos verdad que, en este caso igualmente, la dosis de reposo y la cantidad de calorías son insuficientes para permitir un trabajo constante y una recuperación normal de la fatiga y que deben ser considerados como indicios de fragilidad fisiológica", además, en su estudio sobre el problema del rendimiento escolar, arroja datos que afirman que los alumnos atrasados presentan más perturbaciones en el sueño que

¹⁰ *Ibid.*, págs. 109-110.

¹¹ Aberastury, A., *Aportaciones al psicoanálisis de niños*, 1977, pág. 43.

¹² Gilly, M., *op. cit.*, pág. 31-32.

los alumnos cuyo rendimiento es bueno, de modo que "además de las diferencias relativas a la duración (menor para los niños atrasados), conviene notar también que los alumnos atrasados son más numerosos que los otros en tener pesadillas, en tener un sueño agitado y de dormirse difícilmente."¹³ Y continúa explicando; "la insuficiencia y las perturbaciones de sueño constituyen con seguridad un handicap en el trabajo escolar. Para R. Debré y D. Douady (1962), los ataques a lo que los autores llaman 'el derecho al sueño' se encuentran en primer lugar en las causas de la fatiga escolar. Es evidente que la insuficiencia o la mala calidad del reposo nocturno, sean cuales sean las razones, perturbaban el buen equilibrio psicofisiológico necesario para el cumplimiento de un esfuerzo intenso y prolongado."¹⁴

FACTOR SOCIO-CULTURAL

Indudablemente existe una relación directa entre el nivel socio-económico y cultural de la familia y su posibilidad real de desarrollo, pues éste determina las posibilidades de estimulación del medio, el nivel nutricional del individuo, la posibilidad de conservar el equilibrio fisiológico con la atención médica adecuada, etc. Gilly¹⁵ escribe en relación a esto que "la indigencia socio-cultural del medio familiar frena el desarrollo intelectual del niño y su progreso escolar. Es el factor que, ante todo, debe retener nuestra atención, porque es el más gravoso de todos y porque prefigura y determina la desigualdad social (en la enseñanza secundaria, los niños nacidos en medios populares tienen una media de un año de retraso sobre sus compañeros de otros medios)."

En cuanto al factor cultural, se revisó con cierto detalle dentro de la introducción.

¹³ *Ibid.*, pág. 107.

¹⁴ *Ibid.*, pág. 108.

¹⁵ *Ibid.*, pág. 13.

CAPÍTULO VII

EL IDEAL DE DESARROLLO

Si quisiéramos hablar de cuál es la manera en que se desarrolla un niño sano, y de cuáles son las condiciones necesarias para que no halle tropiezos, diríamos lo siguiente:

Según A. Aberastury¹: "En general un niño que juega libremente y con placer, que varía sus juegos con una vida de fantasía rica sin ser exagerada, con curiosidad y deseo de saber que fluyen naturalmente, que manifiesta una cierta cantidad de ansiedad y afecto en los momentos de dificultades o placer, tiene muchas probabilidades de solucionar bien su primera infancia y, si no existen factores externos muy desfavorables, será un adulto adaptado y normal. Para Melanie Klein un índice de normalidad o anormalidad en un niño es su modalidad para enfrentar las dificultades. Es normal elaborarlas de un modo activo y optimista."

La segunda pregunta planteada es contestada por Françoise Dolto en el prefacio que hace al libro de Mannoni² titulado "La primera entrevista con el psicoanalista":

"¿Cuáles son entonces las condiciones necesarias y suficientes que deben estar presentes en el medio de un niño para que los conflictos inherentes al desarrollo de todo ser humano puedan

¹ Aberastury, A., **Aportaciones al psicoanálisis de niños**, 1971, pág. 44.

² Mannoni, M., **La primera entrevista con el psicoanalista**, 1979, pág. 19.

resolverse en forma sana, es decir creadora, para que surja una persona activa y responsable en el momento decisivo del edipo y de su resolución en la reestructuración de los afectos, de las identificaciones y de los deseos incestuosos, para que la angustia de castración ligada al complejo de Edipo conduzca al abandono de las fantasías arcaicas y perversas intrafamiliares y permita que el sujeto se exprese en la vida social mixta y la vida cultural simbólica, aceptando sus leyes?

"Podemos decir que la única condición, tan difícil y sin embargo tan necesaria, es que el niño no haya sido tomado por uno de sus padres como sustituto de una significación aberrante, incompatible con la dignidad humana o con su origen genético.

"Para que esta condición interrelacional del niño sea posible, estos adultos deben haber asumido su opción sexual genital en el sentido amplio del término, emocional, afectivo y cultural, independientemente del destino de este niño." . . . "El medio parental de un niño se basa en que nunca haya una dependencia del adulto respecto al niño", . . . "y que dicha dependencia no tenga mayor importancia emocional que la que este adulto otorga a la afectividad y a la presencia complementaria de otro adulto."

Terminaremos esta parte con otro texto encontrado en Mannoni³: "Hasta el primer encuentro con el psicoanalista, el problema, en consecuencia, es abordado sólo a nivel del objetivo de la consulta, y esta se plantea siempre en relación con fines de carácter negativo para el medio. Por ejemplo, el éxito escolar siempre parece ser en sí mismo un fin positivo, y también parece serlo la ausencia de trastornos del carácter molestos para la tranquilidad del medio. Ahora bien, estas dos resultantes psicodinámicas sólo tienen un valor cultural auténtico si el sujeto es efectivamente creativo y no está sólo sometido a las exigencias de los adultos, si la comunicación lingüística, verbal, afectiva y psicomotora que establece con su medio es propia de su edad, si está protegido de

³ *Ibid.*, pág. 13.

tensiones internas, liberado, al menos en sus pensamientos y juicios, de la dependencia frente al deseo del otro, si se siente cómodo en el trato con sus compañeros de ambos sexos de su generación, si es capaz de amar y ser amado, si puede comunicar sus sentimientos y enfrentar las frustraciones y las dificultades cotidianas de todo tipo sin descompensarse; en resumen, si muestra la elasticidad caracteriológica y mímica que caracteriza a la salud mental."

CAPÍTULO VIII

RESUMEN DE SUPUESTOS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN

1. La mayoría de los niños que durante su proceso de desarrollo manifiestan algún trastorno de desarrollo específico, tales como los del lenguaje, la lecto-escritura, la aritmética y la articulación del lenguaje, presentan simultáneamente, ya sea como causa o como consecuencia, algún trastorno definido en el área emocional de su desarrollo.
2. Los trastornos de desarrollo específicos mencionados en el punto uno, por lo general se ven acompañados de un manejo familiar deficiente.
3. Una de las manifestaciones importantes del manejo familiar deficiente se refiere a la sobreprotección que se mantiene de parte de los padres para con el niño.
4. La sobreprotección quita al niño la posibilidad de practicar y adquirir habilidades propias de su edad, y transmite inseguridad en relación a la capacidad individual.
5. Se sospecha la presencia generalizada de "rechazo" al niño-paciente, ya sea abierto o encubierto desde su gestación; siendo continuada su manifestación a lo largo del desarrollo del niño.
6. Para el tratamiento de niños con problema de comunicación (trastornos de desarrollo específico), no es suficiente el trabajo de los aspectos perceptuales visuales y auditivos del proceso (terapia pedagógica). Se considera nece-

sario el trabajo terapéutico integral, que incluye, además del pedagógico, el aspecto emocional y el trabajo con la familia y otras partes del medio que circunda al niño, tal como la escuela.

7. El no atender el aspecto emocional del problema de desarrollo específico hace que la rehabilitación de quienes lo padecen se alargue indefinidamente, o llegue a término sin resultados totalmente satisfactorios, precisamente por ser incompleta.
8. El embarazo del que es producto un niño con trastorno de comunicación, es probablemente vivido con mayor cantidad de trastornos por parte de la madre que los vividos por una madre de un niño sin trastornos de desarrollo.
9. En relación al motivo de consulta, se parte del supuesto de que el niño no es llevado a la consulta porque exista una clara conciencia del problema, sino más bien porque alguien del exterior les hace ver su presencia o les obliga a atenderlo.
10. En cuanto a la historia escolar, se parte del supuesto de que el niño que desarrolla un trastorno de comunicación tiene poca experiencia escolar, es decir, tiene menos años de asistir a la escuela que el común denominador, antes de su ingreso a primaria.
11. Se parte del supuesto de que las parejas de padres de los niños con trastorno de comunicación tienen deficiencias importantes en su relación, que se reflejan en las decisiones para la educación de los hijos, la cual se torna en un frente de batalla.
12. Existen límites difusos entre los distintos subsistemas del sistema familiar.
13. El niño con trastornos de comunicación desarrolla dificultades en sus relaciones sociales.
14. Como efecto de una deficiencia de experiencias y de un bloqueo de tipo emocional para el aprendizaje, que en

parte determinan el problema de comunicación, se puede encontrar, en una buena parte de la población, deficiencia en las áreas de: discriminación auditiva, memoria tanto mediata como inmediata; atención, coordinación gruesa y fina, noción temporo-espacial; perceptual visual y perceptual auditiva, percepción del esquema corporal y capacidad de abstracción.

15. El funcionamiento de los niños con problema de comunicación corresponde al nivel normal, lo mismo que su desarrollo psicomotor general.
16. Los niños que presentan un trastorno de comunicación manifiestan algún síntoma de trastorno emocional.
17. Los niños con trastornos de comunicación no desarrollan hábitos de autocuidado adecuados a su edad.
18. Se trata, en parte, de determinar los factores que son comunes en las familias de los niños de nuestra población.
19. Por lo general, el síntoma de tipo emocional que presentan los niños con problema de comunicación no adquiere cualidades psicóticas, sino más bien se trata de manifestaciones neuróticas.



SEGUNDA PARTE

Método

CAPÍTULO IX

LUGAR, SUJETOS Y MATERIAL EMPLEADOS

L U G A R

La investigación se realizó en la sección de psicología del Departamento de Diagnóstico del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Todas las entrevistas y pruebas se efectuaron en un cubículo de 2.5 por 4 metros, en donde existían una mesa de formica blanca y silla alta para niño; escritorio lateral y silla para el psicólogo y un par de sillas, atrás del niño, para uso de los padres de éste. Se evitó al máximo la presencia de estímulos adicionales que pudiesen distraer al paciente.

S U J E T O S

Se trabajó con una muestra de 100 casos, extraída de la población de pacientes-niños que acuden al Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH) en busca de atención a un problema de comunicación.

Selección de la muestra:

La muestra se obtuvo extrayendo de la población todos y cada uno de los niños-paciente que, habiendo llegado a la consulta psicológica, cumplieron con los siguientes requisitos:

Rango de edad: De dos a catorce años.

Horario de atención: turno vespertino (de 2 a 6 de la tarde).

Audición: normal o hipoacusias unilaterales cuya utilidad social corresponda a un 100%.

Tipo de problema: pacientes cuyo diagnóstico presuntivo corresponda a: problema de lenguaje, trastorno específico del aprendizaje o problema de integración, de acuerdo con los criterios que para éstos define el INCH.

Características de la muestra:

Sexo: masculino y femenino.

Nivel social: diverso.

Sistema educativo: diversos (tradicional, Montessori, activo, etc.)

Procedencia: pacientes que acuden por primera vez al Instituto, y pacientes que acuden en forma consecutiva para ser revalorados (poseen un diagnóstico previo del propio Instituto, emitido por lo menos seis meses antes).

Funcionamiento intelectual: normal, o del que no exista sospecha de deficiencia mental.

M A T E R I A L

Fue necesaria la elaboración de una "guía para la valoración psicológica de pacientes con problemas de comunicación" (1) y

(1) Véase el APÉNDICE 1.

de un "formato de informe psicológico" (2) para uso especial en la investigación.

Se emplearon pruebas psicológicas para la medición de habilidades, tanto verbales como de ejecución; pruebas pedagógicas para la evaluación de la lecto-escritura y pruebas específicas para la valoración del desarrollo de habilidades psicomotrices.

Las pruebas psicológicas empleadas fueron:

1. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC)
2. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños preescolares (WPPSI)
3. Escala de Inteligencia de Terman-Merrill, forma L. M. (T-M)
4. Prueba de Inteligencia Infantil por medio del dibujo de la figura humana de Florence L. Goodenough. (GOOD-ENOUGH).
5. Inventario de logros preescolares (Preschool Attainment record) (PAR) de Edgar A. Doll. Adaptada en el INCH, S. S. A. por M. J. Silva y E. Anthony. Bajo el título de "Registro de madurez del preescolar".
6. Pruebas de aptitud para el aprendizaje de Hiskey-Nebraska (HISKEY).
7. Prueba de Diseños Geométricos de Ontario (D. G.)
8. Método de Evaluación de la Percepción Visual de Marianne Frostig (FROSTIG).
9. Escala de Ejecución de Roint, Revisión Arthur (Subtest de MANEKÍ de Pidtner).

(2) Véase el APÉNDICE 2,

Las pruebas pedagógicas empleadas fueron:

Método de exploración pedagógica de Margarita Nieto, constituido por:

1. Tarjetas para la valoración de: lectura de letras aisladas, lectura oral de sílabas y lectura oral de palabras.
2. Prueba de lecto-ortografía de la Dra. Elena Boder, (adaptación de la prueba BODER de lecto-ortografía, por la profesora Marta Ezcurra).
9. Para la valoración de la lectura oral se empleó la prueba del Instituto Nacional de Pedagogía para el diagnóstico de los errores de la lectura oral, elaborada y estandarizada en México por el Dr. Pablo Ortega y la profesora Cristina Bienvenú (1949).

Las pruebas psicomotrices empleadas fueron:

Para la evaluación del desarrollo psicomotriz del niño fueron empleadas pruebas parciales de la escala de psicomotricidad de OTZEREZKY-GUILMAIN.

CAPÍTULO X

PROCEDIMIENTO

Atendiendo a las observaciones hechas durante las entrevistas con los pacientes y sus padres y a la corroboración de su importancia mediante la revisión bibliográfica, se consideró necesaria la elaboración de una rutina diagnóstica distinta a la que era usual en el Instituto, de modo que incluyera la revisión sistemática de algunos aspectos. Los aspectos a los que se hace referencia son aquellos que permiten una visión general de la estructura y la dinámica familiar, y a los que tienen que ver con el desarrollo emocional del niño.

La nueva rutina diagnóstica dio origen a una "guía para la valoración psicológica de pacientes con problema de comunicación" y a un "formato de informe psicológico", en donde fueron reportados los datos obtenidos.

Una vez concluída la guía, se valoraron en base a ésta los primeros 100 casos que llegaron a solicitar consulta psicológica, siempre que cubrieran los requisitos establecidos para la muestra, numerándolos en orden consecutivo.

PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Población

La población a la cual pertenece la muestra consiste en todos los niños que acuden al INCH en busca de ayuda por presentar un problema de comunicación. De esta población que llega al INCH, por procedimiento normal son eliminados en una preconsulta todos aquellos pacientes que no cumplen con los criterios establecidos por el INCH, (1) ingresando únicamente los pacientes que son encuadrados con un diagnóstico presuntivo de problema de comunicación.

La población que ingresa para ser atendida se compone de niños cuyos diagnósticos presuntivos son:

I. Problemas de lenguaje, en sus modalidades de: Problema de lenguaje expresivo, receptivo, expresivo-receptivo, hipodesarrollo del lenguaje y problemas de ritmo o tartamudez (disfemia).

II. Problemas de aprendizaje, tales como dislexia auditiva, visual o mixta, dependiendo de las causas a las que responda; problemas específicos para el aprendizaje de la lecto-escritura, para el aprendizaje de las habilidades aritméticas, de la ortografía o de la lectura, etc.

III. Problemas de audición, en todas sus modalidades, éstos es, hipoacusias unilaterales y bilaterales, de tipo profundo, medio o superficial, dependiendo del grado de pérdida y anacusias, cuando se trata de pérdidas totales de la audición.

IV. Problemas de integración, que implican un funcionamiento disparado en las distintas habilidades, tanto verbales como de

(1) Los criterios establecidos por el INCH para problema de comunicación están descritos en el punto "la población que ingresa para ser atendida se compone de. . .", localizado en el siguiente párrafo.

ejecución, y que acarrean problemas tanto de lenguaje como de aprendizaje, viéndose afectada de manera importante en la función receptiva de la comunicación, aunque en otras funciones se halle a un nivel normal.

V. Problemas de habla, determinados por malformaciones del aparato fonoarticulador, como es el caso del labio paladar hendido (LPH).

Los niños que presentan un problema de comunicación debido a un retraso general en su desarrollo, es decir, aquellos que responden a criterios de un funcionamiento intelectual a nivel de deficiencia mental (DM) e inclusive a nivel de lento-aprendizaje, NO son aceptados en el INCH. De aquí que se parta de la base de que se trabaja con una población cuyo funcionamiento intelectual corresponde, total o parcialmente, a la normalidad.

Una vez que el paciente hubo pasado por la preconsulta selectiva y que hubo sido aceptado, se le dan citas posteriores, en las que se le practica un estudio completo, pasando por distintos especialistas. Primero se elabora su historia clínica, a continuación se le practica una audiometría, se le aplica un examen de lenguaje, pasando posteriormente a examen psicológico. En los casos en que se considera necesario, el paciente pasa a los departamentos de Neurología, Potenciales Evocados, Foniatría o Genética.

Luego entonces, la muestra se compuso de los pacientes que llegaron de esta manera a la consulta psicológica y que llenaron los requisitos establecidos para la muestra. Esto quiere decir que fueron eliminados de la muestra los casos de problema de audición y de (LPH), pues se considera que, por su origen inicialmente orgánico, presentan una problemática específica y responden a una dinámica distinta a la encontrada en el resto de los padecimientos de la comunicación.

Por otro lado, en la muestra se incluyeron también los pacientes que acudieron a consulta psicológica para ser revalorados, esto quiere decir que ya antes habían sido atendidos y diagnosticados en el INCH.

PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Para la valoración psicológica del paciente se siguieron los siguientes pasos:

1. Una vez que el paciente hubo llegado a su cita, se le invitó a pasar al cubículo de trabajo junto con su(s) padre(s). Se realizó con ellos la primera parte de la entrevista, tal como se indica en la guía de valoración.
2. Al terminar la primera parte de la entrevista, se pidió a los padres que pasaran a la sala de espera, mientras se trabajaba con el niño.
3. Se realizó una sesión de pruebas con el niño, en la que el psicólogo aplicó las pruebas psicológicas correspondientes a la edad del paciente o a su nivel de desarrollo, anotando durante la sesión observaciones directas en relación a los diferentes aspectos que pide el reporte para llegar al diagnóstico.
4. Una vez terminada la sesión de pruebas, se dio al paciente una segunda cita.
5. Durante la segunda cita, el psicólogo realizó una entrevista diagnóstica semidirigida, cuyo objetivo fue, por un lado, la obtención de información de factores determinantes en el problema y, por el otro, la detección de síntomas indicadores de problema emocional y de pautas de mal manejo familiar.
6. Una vez que fue agotada la información en la entrevista, se les pidió a los padres que solicitaran una cita a "informe" para que el médico adscrito les comunicara y explicara los resultados, que integran, en el informe final, los estudios médicos y psicológicos.
7. Finalmente, el psicólogo se abocó a la labor de calificación de las pruebas, obteniendo una medida concreta de des-

arrollo y de capacidad de aprendizaje a futuro, terminando con la integración de todos los datos en un diagnóstico cuya fundamentación estuvo dada por los criterios que dicta la APA en su DSM III.*

Cuando se obtuvieron los 100 casos necesarios para la investigación, se procedió al procesamiento de los datos, continuando simultáneamente con la revisión bibliográfica de los aspectos teóricos.

* Véase el APÉNDICE III.

CAPÍTULO XI

TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos contenidos en los reportes psicológicos, junto con los reportados por el médico en el informe final, fueron organizados y registrados en tablas de frecuencia, siendo codificados posteriormente para un manejo más rápido mediante una computadora.

Los datos se organizaron en grupos de síntomas de un mismo tipo, información relativa a un mismo problema, información relativa a una etapa, a una habilidad, etc.

Los grupos de datos resultantes se enlistan a continuación:

1 Datos de identificación

- Edad.
- Sexo.

2 Datos de referencia

3 Motivo de consulta

4 Escolaridad e historia escolar

- Año que cursa actualmente.
- N° de años cursados.
- Total de años cursados.

- Aprovechamiento escolar.
- Horario escolar.
- Idiomas.
- Problemas de escolaridad.
- Terapia recibida.

5 Diagnóstico anterior

- Tipo de diagnóstico
- Tratamientos recibidos.

6 Datos de la entrevista familiar

- Persona responsable del niño.
- Otras personas que viven con el niño.
- Hermanos.
- Estado actual de los padres.
- Relación de la pareja.
- Convivencia familiar.
- Problemas en la relación con el niño.
- Antecedentes de la concepción.
- Antecedentes del parto.

7 Pruebas aplicadas

- De inteligencia.
- Pedagógicos.
- Psicomotrices.

8 Índices de funcionamiento

- Índices parciales.
- Índices globales.

9 Área perceptual auditiva

- Audición.
- Memoria mediata.
- Memoria secuencial.

10 Lenguaje

- Vía de acceso a la información.
- Lenguaje receptivo.
- Capacidad analítico-sintética.
- Lenguaje expresivo.
- Lenguaje expresivo (problemas específicos).
- Lenguaje lecto-escrito.
- Problemas en la escritura del niño.
- Problemas en la lectura del niño.
- Comprensión de la lectura.

11 Área perceptual visual

- Presencia de problemas perceptuales visuales.

12 Esquema corporal

- Grado de integración del E. C.
- Grado de estructuración del E. C.
- Nivel descriptivo del E. C.
- Presencia de rasgos de problema emocional en el esquema corporal.

13 Noción temporo-espacial

- Noción temporal.
- Noción espacial.

14 Área motora

- Desarrollo psicomotor.
- Coordinación motora fina.
- Coordinación motora gruesa.
- Ausencia de control de esfínteres.
- Movilidad lingüal.
- Lateralidad.

15 Cálculo

- Adecuación.

16 Atención

- Grado de atención observada.
- Presencia de síntomas de inatención.
- Presencia de síntomas de impulsividad.
- Presencia de síntomas de hiperactividad.

17 Conducta observada

- Nivel de actividad.
- Nivel de cooperación.
- Actitud ante la tarea.
- Relación con los padres.
- Manejo familiar.
- Estado emocional del niño al momento del examen.
- Manifestaciones de mal manejo familiar.

18 Conducta referida

- Conducta general.
- Hábitos de autonomía.
- Manifestaciones sintomáticas de problema emocional:
 - a) a nivel sueño.
 - b) en alimentación.
 - c) a nivel corporal.
 - d) a nivel social.
 - e) a nivel conductual.
- Presencia de situaciones que facilitan o predisponen a problema emocional.

19 Impresión diagnóstica

- Trastorno intelectual.
- Trastorno conductual.
- Trastorno emocional.
- Trastornos físicos, con manifestaciones físicas.
- Trastornos de desarrollo extensivos.
- Trastornos del desarrollo específicos.

Al final del texto (APÉNDICE 1) se encuentra la "guía para la valoración psicológica de pacientes con problema de comunicación", en donde puede observarse detalladamente la manera en que se trabajó con el paciente y sus padres, el tipo exacto de información que se solicitó, y la connotación de algunos conceptos manejados. De la misma manera se encuentran los criterios diagnósticos utilizados (APÉNDICE 3).

TERCERA PARTE

Resultados

CAPÍTULO XII

DATOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN DE NIÑOS QUE PADECEN TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad:

La mayoría se halla entre los 4 y los 9 años de edad. La distribución de edades es la siguiente:

- 14% corresponde a niños entre 2 y 3 años
- 44% corresponde a niños entre 4 y 6 años
- 30% corresponde a niños entre 7 y 9 años
- 12% corresponde a niños entre 10 y 14 años.

Sexo:

Acuden a consulta dos niños por cada niña que se presenta. La distribución por sexos es la siguiente:

- 67% corresponde a pacientes del sexo masculino
- 33% corresponde a pacientes del sexo femenino.

DATOS DE REFERENCIA

La mitad fueron enviados por la escuela o una institución. La distribución fue la siguiente:

- 36% fue enviado por la escuela
- 13% fue canalizado a través de una institución
- 5% fue enviado por un médico particular
- 46% acudieron por iniciativa propia.

MOTIVO DE CONSULTA

Por cada niño que acudió por problema de bajo rendimiento escolar, acudieron dos por problema de lenguaje. La distribución es la siguiente:

- 50% acudió por problema de lenguaje
- 13% acudió por ausencia de lenguaje
- 4% acudió por tartamudeo
- 33% acudió por bajo rendimiento escolar

De estos mismos,

- 86% corresponde a pacientes de primera vez
- 14% corresponde a pacientes revalorados.

ESCOLARIDAD E HISTORIA ESCOLAR

Año que cursa actualmente:

- 15% no tienen escolaridad
- 37% cursa educación preescolar
- 30% cursa primero o segundo año de primaria
- 13% cursa tercero o cuarto año
- 5% cursa quinto año o más.

Total de años cursados:

De los niños con escolaridad (85%),

- 45% sólo ha cursado de uno a dos años en total
- 37% ha cursado un total de tres a cuatro años
- 13% tiene un total de cinco a seis años cursados
- 5% ha cursado de siete a 10 años.

Rendimiento escolar:

De los niños en edad escolar:

- 15% cursa con buen rendimiento escolar
- 28% cursa con regular rendimiento escolar (7 a 8)
- 57% cursa con bajo rendimiento escolar (6 o menos).

Horario escolar:

- 90% asiste a la escuela en un horario regular
- 10% asiste a la escuela con horario incrementado.

Tipo de escuela a la que asisten:

De los niños con escolaridad:

- 80% asiste a escuela oficial
- 20% asiste a escuela particular.

Idiomas que maneja la escuela:

De los niños que asisten a la escuela:

- 90% recibe la enseñanza solamente en idioma español
- 10% recibe instrucción bilingüe.

Problemas de escolaridad:

- 20% repitió algún año escolar
- 33% tuvo problemas en la adquisición de la lecto-escritura
- 7% presenta problemas de adaptación escolar
- 5% presenta rechazo a la escuela, abierto y actual
- 7% ha tenido varios cambios de escuela.

DATOS DE LA ENTREVISTA FAMILIAR

Persona responsable del niño:

- 79% el padre y la madre se han hecho cargo del niño
- 13% sólo uno de los padres tiene bajo su responsabilidad al niño
- 3% los abuelos tienen la responsabilidad del niño
- 3% los tíos se han responsabilizado del niño
- 1% los padres que lo adoptaron se han hecho cargo del niño
- 1% uno de los padres y otra pareja se han responsabilizado del niño.

Otras personas que viven con el niño:

- 24% los abuelos viven con la familia del paciente
- 20% los tíos viven con la familia del paciente
- 11% viven primos del paciente en la misma casa
- 86% viven hermanos del paciente con él.
- 36% Del total de casos, vive con otros familiares (abuelos, tíos, primos).

Número de hermanos:

- 11% no tiene ningún hermano
- 28% tiene un sólo hermano

- 30% tiene dos hermanos
- 22% tiene tres hermanos
- 7% tiene cuatro hermanos
- 2% tiene más de cinco hermanos.

Número de nacimiento entre los hermanos:

- 38% corresponde a hijos primogénitos
- 29% nació en segundo lugar
- 14% ocupa un lugar intermedio entre los hermanos
- 28% fue el último en nacer de entre los hermanos (se incluyen 10 que, además de ser segundos en nacer, fueron también últimos, los otros 18 fueron los últimos entre varios hermanos).

Características del grupo fraterno:

- 11% es hijo único
- 8% es parte de una pareja de gemelos
- 35% de los casos que corresponde al último en nacer presenta una diferencia importante de edad en relación al hermano anterior.
- 19% del total de casos, presenta una diferencia importante entre el paciente y el último en nacer en cuanto a edad. (Cuando se habla de una diferencia de edad "importante" entre hermanos, se habla de cuatro años o más.)
- 100% de los casos de gemelos (8% de la población total), presenta mucha diferencia de edad en relación al hermano anterior.

Antecedentes de la concepción, embarazo y parto:

- 40% es referido como hijo deseado
- 60% es referido como hijo no deseado

- 11% fue hijo de embarazo planeado
- 89% no fue planeado
- 44% fue del sexo esperado
- 56% no fue del sexo esperado
- 87% presentó síntomas durante el embarazo (se incluyen los culturalmente aceptados y las enfermedades propiamente dichas)
- 13% no presentó ningún problema de salud durante el embarazo
- 3% refirió intento de aborto
- 20% presentó amenaza de aborto
- 25% presentó abortos previos al embarazo del niño-paciente (en 17 casos hubo un aborto previo, en 4 casos hubo 2 abortos previos, en un caso hubo 3 abortos previos y en 3 casos más, hubo cuatro abortos previos al embarazo del niño-paciente)
- 70% corresponde a partos a término
- 11% corresponde a partos prematuros
- 19% desconoce antecedentes del parto (en cuanto a tiempo de gestación). De los reportados, el 86.4% tuvo parto a término y el 13.6% tuvo un parto prematuro
- 26% sufrió complicaciones durante el parto
- 15% presentó hipoxia
- 11% presentó trabajo de parto prolongado
- 6% requirió el empleo de forceps durante el parto
- 10% requirió incubadora
- 15% fue producto de una cesárea.

Del total de niños valorados, el 44% presenta, por lo menos un problema en parto (16% un problema, 18% dos problemas y 10% presenta de tres a cinco problemas).

Estado actual de los padres:

- 78% fue considerado como pareja consolidada (los padres viven juntos)
- 8% fue considerado como pareja no consolidada (los padres viven juntos esporádicamente)
- 9% reportó padres separados definitivamente
- 1% refirió padres divorciados
- 1% reportó madre soltera
- 3% refirió viudez de uno de los padres.

Esto hace un total de 22% de parejas separadas por algún motivo.

Relación de la pareja:

- 38% refiere buena relación de pareja
- 28% refiere regular relación con su pareja
- 29% refiere mala relación con su pareja
- 5% no refirió datos de este punto.

El 5% corresponde a los casos de padres divorciados, madre soltera y viudez de uno de las padres, en los que no fue obtenido el dato.

- 26% corresponde a parejas de padres que discuten con frecuencia
- 17% corresponde a parejas que discuten frente a los hijos
- 6% corresponde a parejas que al pelear llegan a los golpes
- 27% corresponde a padres que no respetan la decisión de la pareja
- 9% refiere que el niño juega y tiene buena relación con el padre

- 14% presenta marcado aislamiento social (casi no salen para nada)
- 24% refiere problema en la relación del niño con el padre
- 17% refiere problema en la relación del niño con la madre
- 14% refiere mala relación del niño con los hermanos
- 2% refiere mala relación del niño con compañeros de escuela.

PRUEBAS APLICADAS

Para la elección de las pruebas aplicadas fueron seguidos los criterios descritos en la guía de valoración, obteniendo un total de niños valorados por cada prueba.

- 12% P.A.R.
- 13% Terman Merrill
- 12% Hiskey-Nebraska
- 29% W.P.P.S.I.
- 54% W.I.S.C.
- 55% Lecto-escritura
- 96% Diseños Geométricos
- 91% Goodenough
- 6% Manekí de Pitdner
- 4% Frostig.

ÍNDICES DE FUNCIONAMIENTO

Índices generales obtenidos:

Los niños fueron valorados con distintas escalas de medición de la inteligencia que ofrecen un índice global, integrando las evaluaciones de las distintas áreas en un sólo dato. Para cada niño se obtuvo un sólo tipo de dato, resultando lo siguiente:

- 55% se obtuvo C. I. (coeficiente intelectual)

39% se obtuvo C. A. (capacidad de aprendizaje)
 12% se obtuvo C. M. (coeficiente de maduración).

Índices parciales obtenidos:

93% se obtuvo C. I. ejecución
 78% se obtuvo C. I. verbal.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS COEFICIENTES INTELECTUALES DE 100 NIÑOS DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL INCH POR PROBLEMAS DE LENGUAJE Y APRENDIZAJE

C. I.	Menor 70	70-79	80-89	90-99	100-109	110-119	120 o más
GLOBAL	2 %	8 %	14 %	28 %	36 %	10 %	1 %
EJECUCIÓN	1 %	8 %	16 %	27 %	27 %	11 %	3 %
VERBAL	2 %	8 %	16 %	26 %	20 %	5 %	1 %

Si graficamos los datos del cuadro 2, podremos observar que la población presenta una distribución normal.

ÁREA PERCEPTUAL AUDITIVA

Audición:

Todos los niños fueron valorados con una audiometría obteniendo que

97% presentó audición normal bilateral y
 3% presentó audición normal unilateral con utilidad social del 100%.

Discriminación:

61% presentó problemas en discriminación auditiva.

Memoria:

73% presentó fallas en memoria mediata (28% fallas ligeras, 35% fallas y 10% fallas severas)

27% mostró una memoria mediata normal

86% presentó problemas en su memoria secuencial auditiva (17% fallas ligeras; 38% fallas, 31% fallas severas.)

ÁREA DE LENGUAJE**Lenguaje receptivo:**

Fueron valorados distintos aspectos del lenguaje receptivo encontrando que del total de la muestra:

56% su lenguaje receptivo se halla por debajo de lo esperado

44% su lenguaje receptivo se halla de acuerdo a la edad o por encima del nivel esperado (21%)

66% su capacidad analítico-sintética es adecuada

27% su capacidad analítico-sintética es deficiente.

8% requiere de estimulación táctil para que haga caso

28% requiere de varias llamadas antes de hacer caso

Lenguaje expresivo:

Los aspectos del lenguaje expresivo que fueron valorados dieron los siguientes resultados:

Integridad del lenguaje:

- 51% posee un lenguaje completo
- 33% posee un lenguaje amplio
- 15% posee un lenguaje incompleto.

Composición del lenguaje:

- 60% posee elementos suficientes
- 40% no posee elementos suficientes para expresarse.

Problemas de lenguaje específicos:

- 76% presentó problemas en su articulación
- 45% presentó dificultades en estructuración
- 7% presentó dificultades en ritmo (tartamudez)
- 9% presentó problemas en voz
- 1% presentó ecolalia
- 2% presentó disnomias
- 4% presentó aversión a hablar
- 2% presentó problema en el sistema fonoarticulador.

Lenguaje lecto-escrito:

Del total de la población se encontró que:

- 50% ha adquirido la lecto-escritura
- 50% no ha adquirido la lecto-escritura
- 56% lecto-escritura corresponde al grado escolar
- 44% lecto-escritura **no** corresponde al grado escolar
- 3% transfiere dislalias a la escritura y lectura
- 9% problemas de discriminación auditiva en la escritura
- 7% problema en la postura al escribir

- 9% problema en la forma de tomar el lápiz
- 16% límites espaciales no adquiridos
- 10% múltiples fallas en la escritura.

Problemas en la escritura:

Del total de la población (incluyendo los niños que no han adquirido la lecto-escritura)*

- 28% omite
- 27% sustituye
- 7% invierte
- 16% rota
- 10% agrega
- 4% ejecuta escritura en espejo
- 5% contamina
- 29% se observó con problema en ortografía
- 32% se observó con problema en la separación de palabras
- 22% distorsiona las letras.

Problemas en la lectura:

Del total de la población se obtuvieron los siguientes datos:

- 18% omite
- 20% sustituye
- 7% invierte
- 7% agrega
- 6% presenta rotacismos
- 11% presenta distorsiones
- 18% se observó con disritmia

* NOTA: Si tomamos en cuenta que el 50% ha adquirido la lecto-escritura, tendríamos que duplicar el dato ofrecido para obtener el dato real de problemas presentados en la escritura de niños que ya han tenido la oportunidad de adquirirla.

- 1% presenta lectura imaginaria
- 18% hace un uso deficiente de la puntuación.

Comprensión de la lectura:

Los niños que adquirieron la lecto-escritura se encontraron en los siguientes niveles de comprensión:

- 12% nivel independiente
- 40% nivel literal
- 48% nivel de frustración.

Total de problemas en la escritura por paciente:

- 50% del total de pacientes, no ha adquirido la escritura por no corresponder a la edad

De los cincuenta pacientes en edad de adquirir la lecto-escritura:

- 32% presenta de uno a cuatro problemas en la escritura
- 48% presenta de cinco a ocho problemas
- 20% presenta más de diez dificultades distintas en la escritura.

Total de problemas en la lectura por paciente:

- 43% del total de pacientes, presenta algún problema en la lectura.

Del 50% del total que está en edad de adquirir la lecto-escritura:

- 14% no ha logrado adquirir la lectura
- 44% presenta de una a cuatro fallas distintas en la lectura

- 14% presenta de cinco a ocho problemas en la lectura
- 28% presenta múltiples problemas.

Por lo anterior se deduce que el 86% de los niños en edad de adquisición de la lectura presenta algún problema.

ÁREA PERCEPTUAL VISUAL

Presencia de problemas perceptuales visuales:

Problemas perceptuales visuales que presentaron niños con problemas de lenguaje y aprendizaje:

- 42% direccionalidad
- 10% rotación
- 17% inversión
- 12% angulación
- 40% cierre de ángulos
- 30% análisis y síntesis de información visual
- 59% coordinación visomotora
- 22% figura-fondo
- 38% constancia de forma
- 43% Gestalt
- 5% posición en el espacio
- 35% relaciones espaciales
- 37% memoria visual
- 39% memoria visual simbólica
- 13% identificación de colores.

Número total de problemas perceptuales visuales presentados por paciente:

- 12% no presenta ningún tipo de problema perceptual visual
- 10% presenta uno o dos problemas

- 27% presenta tres o cuatro problemas perceptuales visuales
- 30% presenta cinco o seis problemas distintos
- 15% presenta siete u ocho
- 6% presenta nueve o diez.

En suma, un 88% de la población total presenta algún tipo de problema perceptual visual.

ESQUEMA CORPORAL

Grado de integración del esquema corporal:

- 70% muestra un esquema corporal integrado
- 28% muestra un esquemal corporal mal integrado
- 2% muestra un esquema corporal desintegrado.

Grado de estructuración del esquema corporal:

- 29% muestra un esquema corporal bien estructurado
- 23% muestra un esquema corporal estructurado de acuerdo a su edad
- 48% presenta un esquema corporal mal estructurado.

Nivel descriptivo del esquema corporal:

- 2% su esquema corporal se limita a la identificación de partes del cuerpo
- 6% arma figura humana
- 92% proyecta imagen al papel.

Rasgos de problema emocional en esquema corporal:

- 24% presenta rasgos indicadores de problema emocional.

NOCIÓN TEMPORO-ESPACIAL

Noción temporal:

- 41% presenta una noción de tiempo adecuada
- 59% la noción de tiempo no corresponde a la edad.

Noción espacial:

- 57% muestra una noción del espacio adecuada
- 43% la noción del espacio no corresponde a la edad.

ÁREA MOTORA

Desarrollo psicomotor:

- 81% del total de la población, presentó un desarrollo psicomotor considerado como normal.
- 16% tuvo un desarrollo psicomotor con ligero retraso
- 3% presentó severo retraso en su desarrollo psicomotor.

Coordinación motora fina:

- 45% posee una coordinación motora fina adecuada
- 49% presenta problema en su coordinación fina
- 6% su coordinación fina presenta severos problemas.

Coordinación motora gruesa:

- 54% posee una coordinación gruesa adecuada
- 42% presenta una coordinación gruesa con problema
- 4% presenta severos problemas en su coordinación gruesa
- 16% no tiene control de esfínteres.

Movilidad lingüal:

- 27% muestra una movilidad lingual adecuada
- 64% presenta problema en su movilidad lingual
- 9% muestra una movilidad lingual con severos problemas.

Lateralidad:

Al evaluar la lateralidad predominante se encontró que de la población general

- 82% fue diestra
- 10% fue zurda
- 8% fue no definida
- 10% fue zurda contrariada.

HABILIDADES ARITMÉTICAS

En la población general se encontró que en:

- 29% el cálculo se halla de acuerdo a la edad
- 22% el cálculo se halla arriba del nivel esperado
- 49% el cálculo es deficiente (abajo del nivel esperado).

ATENCIÓN

Al valorar la atención del niño se encontró lo siguiente:

Síntomas de inatención:

- 27% no termina lo que empieza
- 37% parece no escuchar
- 62% se distrae fácilmente

- 39% tiene dificultad para concentrarse en tareas escolares
- 11% tiene dificultad en el juego.

Total de síntomas de inatención:

- 66% tuvo por lo menos un síntoma de inatención
- 52% tuvo dos o más síntomas
- 41% tuvo más de dos síntomas.

Síntomas de impulsividad:

- 19% actúa antes de pensar
- 19% cambia de actividad constantemente
- 37% tiene dificultad en organizar su trabajo
- 27% necesita supervisión
- 3% grita en clase
- 11% no espera su turno en juego.

Total de síntomas de impulsividad:

- 43% presenta por lo menos un síntoma
- 40% presenta dos o más síntomas
- 28% presenta de tres a cuatro síntomas.

Síntomas de hiperactividad:

- 11% corre o trepa constantemente
- 30% se menea, dificultad para estar quieto
- 24% tiene dificultad para permanecer sentado
- 2% se mueve mucho durante el sueño (dato no sistematizado)
- 7% siempre se está moviendo como un motor.

Total de síntomas de hiperactividad:

- 67% no presentó ningún síntoma de hiperactividad
- 33% presentó por lo menos un síntoma de hiperactividad
- 23% presentó de 2 a 4 síntomas.

CONDUCTA OBSERVADA

A continuación se dan los datos de la porción de la población descrita por los distintos calificativos conductuales.

Nivel de actividad:

- 26% pasivo
- 4% activo
- 27% inquieto
- 29% dispuesto
- 13% hiperactivo.

Nivel de cooperación:

- 77% cooperador
- 4% no cooperador
- 5% poco cooperador
- 14% necesita estructuración.

Actitud ante la tarea:

- 18% confiado
- 8% seguro
- 35% inseguro
- 13% perseverante
- 7% apático
- 22% baja tolerancia a la frustración.

Relación con los padres:

- 16% independiente
- 84% dependiente
- 14% agresivo con los padres
- 11% cariñoso
- 21% muy apegado.

Manejo familiar:

- 9% lo reportó como adecuado
- 86% refirió que era inadecuado
- 5% no hay dato sobre el manejo familiar.

Estado emocional del niño al momento del examen:

- 11% temeroso
- 8% triste
- 6% alegre
- 11% serio
- 36% callado, tímido, retraído
- 7% entusiasta
- 6% confiado en sí mismo
- 15% lábil emocional
- 21% desinhibido
- 4% apático
- 8% angustiado, tics, sudor, temblor
- 3% bloqueado.

Manifestaciones de mal manejo familiar: (observado)

- 26% berrinches
- 58% sobreprotección
- 21% rechazo al niño (abierto)

- 5% comparaciones frecuentes
- 5% actitud amenazante de los padres
- 12% rigidez excesiva
- 14% empleo de golpes
- 3% ridiculización
- 14% le adivinan lo que quiere
- 15% faltan límites.

Número total de manifestaciones de mal manejo familiar por paciente:

- 14% de los pacientes no presentó ninguna manifestación
- 56% presentó de una a dos manifestaciones
- 24% presentó de tres a cuatro manifestaciones
- 6% presentó de cinco a seis manifestaciones.

En suma, el 86% de la población total presentó alguna manifestación de mal manejo familiar.

CONDUCTA REFERIDA

Al interrogar al acompañante del niño sobre este aspecto, éste fue descrito en los siguientes términos:

Descripción del niño:

- 36% tranquilo, manejable
- 24% de difícil manejo
- 34% obediente, cooperador, ordenado, aseado
- 35% desordenado, desobediente, protesta, se subleva, poco cooperador
- 42% inquieto
- 31% agresivo, peleonero, destructor
- 40% berrinchudo, manipulador, caprichoso

- 5% sumiso, apático, pasivo
- 35% aislado, poco comunicativo
- 10% compartido, sociable, emprendedor, comunicativo
- 3% muy hábil
- 3% no mide peligro.

Hábitos de autonomía:

De los niños estudiados se encontró lo siguiente:

- 53% no se viste solo
- 34% no juega solo
- 30% no come solo
- 67% no se baña solo
- 72% no se duerme solo
- 95% no se va a la cama solo
- 26% no hace tareas solo
- 53% comparte lecho
- 26% comparte lecho con los padres
- 42% cohabitación con los padres.

Manifestaciones sintomáticas de problema emocional a nivel sueño:

- 9% presentó terrores nocturnos
- 19% presentó enuresis
- 5% Reportó frecuentes interrupciones de sueño
- 6% presentó sonambulismo
- 1% empleó objetos de apego
- 6% tiene dificultad para dormir
- 7% presentó miedo a la oscuridad
- 56% manifestó rechazo a ir a dormir sin acompañante
- 4% presentó placeres autísticos.

Manifestaciones de problema emocional a nivel alimentación:

- 8% anorexia
- 11% problemas para comer
- 13% le dan de comer en la boca.

Manifestaciones de problema emocional a nivel corporal

- 19% presentó enuresis
- 2% presentó encopresis
- 21% se enferma con mucha frecuencia
- 4% mostró tics
- 7% desarrolló tartamudez
- 5% mostró anormalidades en el discurso
- 10% mostró sensación marcada de tensión
- 1% reportó falta de prosperar físico
- 3% manifestó síntomas físicos en días de escuela

Manifestaciones sintomáticas de problema emocional a nivel social:

- 16% presentó negación a hablar
- 30% presentó disminución de contacto con extraños
- 26% desarrolló conducta evitativa que interfiere conducta social
- 33% presentó fallas en establecer grado de afecto, ligas o empatía con otros
- 28% refirió aislamiento social
- 10% refirió faltas a normas sociales (conductas antisociales).

Manifestaciones de problema emocional a nivel conductual:

- 7% humor apático
- 12% negativismo

- 18% obstinación
- 7% poco cariñoso
- 1% mentiras serias y persistentes
- 1% irse de pinta
- 5% renuncia o rechazo a ir a la escuela
- 40% berrinches
- 3% soliloquios
- 11% celos exagerados
- 9% ansiedad excesiva y abrupta
- 3% inhibición en el juego
- 18% miedos poco realistas
- 3% juegos peligrosos.

CUADRO 3
TOTAL DE MANIFESTACIONES EMOCIONALES EN LOS
DISTINTOS NIVELES

NÚMERO DE MANIFESTACIONES	N I V E L				
	SOCIAL	CONDUCTUAL	SUEÑO	ALIMENTACIÓN	CORPORAL
NINGUNA	50	38	27	85	45
UNA O DOS	23	46	59	11	48
TRES O CUATRO	20	15	8	4	7
CINCO O SEIS	7	1	1	0	0
TOTAL POR NIVEL	50	62	68	15	55

Número total de manifestaciones sintomáticas de problema emocional por paciente:

- 7% no presentó ningún síntoma
- 21% presentó de uno a dos síntomas
- 22% presentaron de tres a cuatro síntomas
- 21% presentaron cinco o seis síntomas

- 20% presentaron siete a nueve síntomas
- 9% presentaron de 10 a 14 síntomas.

Presencia de situaciones que facilitan o predisponen a problema emocional:

- 15% enfermedad física prolongada del niño
- 2% lesión corporal del niño
- 21% hospitalización del niño
- 11% falta de aclaración de dudas
- 10% ausencia de seguridad simbiótica en el primer año de vida
- 10% enfermedad física prolongada de alguno de los padres
- 2% pérdida del padre
- 1% pérdida de la madre
- 22% separación de alguno de los padres
- 55% nacimiento de hermanos
- 4% muerte de hermanos
- 4% hospitalización prolongada de la madre
- 6% privaciones económicas importantes
- 36% situación triangular con problema
- 42% alteración de la dinámica de roles
- 24% sustitución de roles no aclarada
- 6% madre indulgente en hábitos
- 5% enfermedad de hermanos prolongada
- 4% deprivación socio-cultural.

Número total de situaciones que predisponen a problema emocional por paciente:

- 10% ninguna situación predisponente
- 90% cuando menos una situación predisponente
- 66% cuando menos dos situaciones predisponentes
- 37% de tres a cinco situaciones predisponentes
- 12% de seis a ocho situaciones predisponentes.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Trastornos intelectuales:

5% retardo mental.

Trastornos conductuales:

39% trastorno deficitario de la atención, de los cuales el 48% corresponde a trastorno sin hiperactividad, y el otro 52% corresponde a trastorno con hiperactividad
16% trastorno de conducta.

Trastornos emocionales:

40% trastorno de ansiedad de la separación
15% trastorno hiperansioso
10% trastorno evitativo de la niñez o adolescencia
4% trastorno de apego reactivo
2% trastorno esquizoide
7% trastorno oposicionista
1% trastorno de identidad.

Trastornos físicos o con manifestaciones físicas:

7% anorexia nerviosa
1% trastorno de movimientos estereotipados
5% tics
6% tartamudez
15% enuresis funcional
2% encopresis funcional
6% sonambulismo
8% trastorno de terrores nocturnos.

Trastornos de desarrollo extensivos con inicio en la niñez:

3% trastorno extensivo al desarrollo con inicio en la niñez.

Trastornos del desarrollo específicos:

41% trastorno específico del desarrollo de la lectura

77% trastorno específico del desarrollo del lenguaje.

Del 77% de niños con diagnóstico de trastorno específico del desarrollo del lenguaje:

27% presenta problema de tipo expresivo

1% presenta problema de tipo receptivo

7% presenta problema de articulación

42% presenta problema tipo mixto (expresivo-receptivo).

Resultados globales en cuanto a diagnóstico por paciente:

4% presenta algún trastorno intelectual

48% presenta algún trastorno conductual

75% presenta algún trastorno emocional

40% presenta algún trastorno con manifestaciones físicas

3% presenta algún trastorno de desarrollo extensivo

95% presenta algún trastorno de desarrollo específico, distribuidos en:

50% presenta únicamente problema de lenguaje

15% presenta únicamente problemas de aprendizaje de la lectura

30% presenta problema de lenguaje y aprendizaje simultáneo.

CUADRO 4

RELACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRASTORNO
(Presencia simultánea en un mismo paciente de los
distintos tipos de problema)

B \ A	A		
	TRASTORNO EMOCIONAL	TRASTORNO CONDUCTUAL	TRASTORNO FÍSICO
TRASTORNO DEL LENGUAJE	40/50 = .80	27/50 = .50	22/50 = .44
TRASTORNOS DEL LENG. + APREND.	11/15 = .73	3/15 = .20	8/15 = .53
TRASTORNO DEL APRENDIZAJE	23/30 = .77	15/30 = .50	9/13 = .30
TRASTORNO INTELECTUAL	1/5 = .20	3/5 = .60	1/5 = .20

En la tabla se hace un resumen de la relación encontrada entre los distintos tipos de trastorno y los trastornos de lenguaje y aprendizaje. Los datos pueden ser leídos así: $A/B = .X$ En donde A es el número de casos en los que se hallan simultáneamente trastornos del tipo A y del tipo B; y B es el número total de casos en los que se hallan trastornos del tipo B en la población general.

Los datos obtenidos indican que efectivamente hay una alta incidencia de problemas emocionales en niños que presentan un problema de lenguaje o de aprendizaje; la relación encontrada es de un 78% de los casos que, además de presentar problema de lenguaje y/o de aprendizaje, les fue detectado un trastorno emocional agregado.

La relación global entre problemas de desarrollo específico (lenguaje y aprendizaje de la lectura) y trastornos conductuales es del 53%; y el de los primeros con trastornos físicos es del 42% de los casos.

CAPÍTULO XIII

ANÁLISIS DE RESULTADOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nos encontramos con una población en la cual la mayoría de los niños se hallan en edad escolar (86%), la edad dominante se halla entre los cuatro y los nueve años, habiendo una niña por cada dos niños que acuden a la consulta.

Dado el dato de origen (referencia) del paciente, se pudo observar que cuando menos la mitad de los niños-pacientes fueron enviados por la escuela para recibir atención a su problema, ya fueran enviados en forma directa al Instituto, o por canalización a través de otra institución. Esto significaría que tales pacientes muy probablemente no hubiesen acudido a consulta si no hubiesen sido presionados por la escuela (la mayoría de los padres comentaban que la estancia en la escuela, el ingreso o el pase al siguiente grado escolar, estaba condicionado a la atención del problema de lenguaje o de aprendizaje del niño).

La no atención del problema en forma espontánea hace pensar en alguna de dos posibilidades: la familia no se dio cuenta del problema antes de haber sido evidenciado por la escuela —lo cual es poco probable, dadas las quejas que los padres manifestaron al acudir a consulta—, o, la otra posibilidad es que exista una clara negación del problema (a nivel inconciente), dado

que de no haber sido obligados, probablemente jamás hubiesen atendido al niño.

Por otro lado, la aceptación del problema como algo irremediable podría estar dada por la culpa, arrastrada desde la concepción, por un sentimiento de rechazo (conciente o no), que se ve reforzado por los problemas de conducta que dicho rechazo provoca en el niño.

ESCOLARIDAD E HISTORIA ESCOLAR

El grueso de la población se halla cursando educación pre-escolar (37%) o bien primero o segundo año de primaria (30%), grados en los que se hacen más evidentes los problemas que nos ocupan (de lenguaje y aprendizaje).

En este apartado hay que recalcar la existencia de un 57% de niños en edad escolar, cuyo rendimiento escolar fue reportado como bajo (promedio de seis o menos), más un 28% cuyo rendimiento fue regular (promedio de siete u ocho), lo que significaría que las habilidades del niño en relación al grupo de congéneres se hallan sumamente disminuidas.

De la población general, hay una quinta parte que ha repetido algún año escolar, lo cual es bastante perjudicial en cuanto a la imagen que el niño se forma de sí mismo (la mitad de los niños tiene dificultades en imagen corporal), y en relación a la imagen del niño ante los padres, la cual pierde créditos.

Por otro lado, esto mismo ocasiona al niño pérdidas de distintos tipos: de status, de amigos-compañeros y de credibilidad ante los demás y ante sí mismo, mermando su confianza e incrementando las presiones a las que se somete a cualquier niño con la necesidad de establecer nuevos vínculos con los nuevos compañeros, en una situación hasta cierto punto de desventaja.

Se esperaba encontrar una experiencia escolar de pocos años previa al ingreso del niño a la primaria, tal que acarrearía defi-

ciencias de experiencia y de contactos perceptuales que ocasionaran en parte el problema del niño; pero el hecho de no haber hallado esta relación, da aún más peso a las determinantes familiares del problema del niño.

REVALORACIONES

Del 14% de los casos correspondientes a revaloraciones, el 42% no ha recibido ningún tipo de terapia, aunque se le recomendó que la recibiera cuando menos un año antes de la actual revaloración.

Del 58% de niños revalorados que recibieron terapia, todos recibieron terapia de tipo perceptual y pedagógica, y sólo uno de ellos, tratado previamente a nivel particular, recibió terapia de tipo psicológico, mejorando el aspecto emocional pero recayendo posteriormente por el poco tiempo que la recibió (abandonó el tratamiento a los seis meses de haberlo iniciado). De estos niños, el 50% recibió terapia durante más de dos años, el 25% durante menos de seis meses y el otro 25% recibió terapia entre uno y dos años. De todos los niños revalorados, ninguno fue dado de alta.

Del total de revaloraciones, el 71% tenían como diagnóstico anterior un problema de lenguaje; el 21% correspondía a un diagnóstico de problema específico del aprendizaje, y el 7% restante, a un diagnóstico de lento aprendizaje.

DATOS DE LA ENTREVISTA FAMILIAR

En nuestra población, se halló un 22% de hogares mal integrados, ya fuera por ausencia de uno de los padres (14%), o de ambos (7%); por otro lado, poco más de la tercera parte de la población (36%) vive con algún(os) familiar(es), situación que

casi con seguridad no permite a la familia del paciente una cabal integración, y da ocasión a un difícil establecimiento de límites, de sustitución de roles y de una libertad restringida para sus miembros. Esto mismo podría evidenciar una incapacidad de los padres para separarse e independizarse de la familia de origen, por tener una historia de aglutinamiento y dependencia, situación que, a su vez, tenderá a ser repetida en la relación con el niño-hijo paciente, o que será vivenciada por el niño como un valor ante la realidad que presencia.

La mayoría de la población tiene entre uno y tres hermanos (80%), habiendo un importante porcentaje cuyo número de nacimiento corresponde al primero de la familia (38%). En este apartado se encontró un dato de suma importancia para la explicación de la conducta de sobreprotección desarrollada por los padres de los niños de la población en cuestión. Si sumamos el 11% de hijos únicos con el 27% de primeros en nacer no-únicos, el 19% que, no siendo primerizos ni últimos, presentó mucha diferencia de edad en relación al hermano último y el 10% de los hijos que, siendo últimos en nacer, presentó mucha diferencia de edad con el anterior; tendremos un total de 68% de pacientes que, en realidad, funcionaron como hijos únicos; pudiendo aún incrementar la cifra con un 8% de gemelos que presentan diferencias de edad importantes en relación al hermano anterior y que, en todos los casos, corresponden a los últimos de la familia.

Aquí vale hacer algunas conjeturas. En primer término, el hecho de ser el último en nacer, y nacer después de varios años del hermano anterior (diferencias de más de cuatro años), e incluso el ser el penúltimo, con mucha diferencia de edad con el último en nacer, hace pensar en la posibilidad de que el embarazo no fuera esperado, y que fuera algo así como el "pilón"; o el pensar en el niño como el último, por lo que se eterniza el tratamiento del niño como "el bebé de la casa", dando como resul-

tado la bien conocida sobreprotección de una buena parte de los hijos únicos.

Si tomamos en cuenta, además, el dato obtenido de un 89% de hijos no planeados y un 60% referidos como hijos no deseados, nos será más fácil completar la sustentación de tal suposición, aunado al dato de un 58% de la población en la que se observó sobreprotección, corroborada por un 86% de padres cuyo manejo familiar cae en el rango de inadecuado.

ANTECEDENTES DE LA CONCEPCIÓN, EMBARAZO Y PARTO

En este punto se confirman algunas de las suposiciones hechas. En primer lugar, la gran mayoría de los pacientes son producto de embarazos no planeados (89%) y/o de embarazos no deseados (60%), situación que se hace más evidente con un rechazo (muchas veces explícito y otras inconsciente) que da por resultado un 87% de madres que presentaron síntomas patológicos durante el embarazo (se incluyen en el conteo síntomas comúnmente aceptados como propios del embarazo, pero que en las madres de nuestros pacientes tuvieron mayor magnitud). Para Marie Langer,¹ existe una relación estrecha entre la aceptación de la maternidad y de la femeneidad y la salud de la mujer durante el embarazo; y una relación directa entre rechazo al embarazo y la presencia de enfermedades y síntomas en la gestante.

Existen otros dos datos importantes en este apartado: el de una quinta parte de la población que reportó la presencia de amenaza de aborto en la etapa prenatal y, por otro lado, un 25% de la población que presentó abortos previos al embarazo del niño-paciente. Cabría preguntarse: ¿qué significa este dato en términos psicológicos?, la respuesta es, rechazo. Una amenaza de aborto

¹ Langer, M., *Maternidad y sexo*, 1973.

y una serie de abortos previos significan, para Marie Langer,² precisamente un rechazo potencializado a la maternidad y al producto de ésta. Ahora bien, si tuviésemos que ser más objetivos, podríamos hablar de un desarrollo de la fantasía de la madre, en la que se teme que el feto o el producto (el niño) se vea afectado por tales antecedentes*; puede representar también una amenaza a su vida cotidiana por la forzosa interrupción de la misma, pudiendo producir en ella un sentimiento de rechazo al hijo durante la etapa prenatal. Si le sumamos a ésto el dato de que existe un 44% de niños cuyas madres presentaron por lo menos un antecedente de problema durante el parto (entre los que se halla un 15% de la población producto de cesárea), se puede inferir toda la carga que para la madre ha significado el nacimiento del niño-paciente, acarreado una historia que después se convierte en fragilidad fisiológica del niño, tal que afirma la concepción del niño como "carga" y que termina con trastornos de diverso tipo en el desarrollo.

Aún queda otro dato en relación a la dinámica de la familia; tendríamos que tomar en cuenta que más del 50% de las parejas de padres califica su relación de regular a mala, es decir, que tienen problemas en su relación. Por otro lado, el 27% de los padres de nuestra población no respeta las decisiones del otro, precisamente como manifestación de que la relación no va bien.

Objetivamente hay un 41% de padres (padres y madres) que reporta un problema significativo en la relación, especialmente con el hijo-niño-paciente.

La secuencia probable de situaciones que se da aparece en el Diagrama 1 (página 135).

² **Ibid.**

* Vivido como un castigo, producto de la culpa sentida por su rechazo.

DIAGRAMA 1



* Corresponde a las reacciones producidas en el niño.

ÁREA INTELECTUAL

Se partió de la suposición de estar trabajando con una población de niños cuyo coeficiente intelectual correspondía a la normalidad. En este sentido, la distribución de los C. I.'s entre la población corresponde a una curva normal, en cuyos extremos se hallaron pacientes calificados tanto muy por debajo de la media, como pacientes que sobrepasaron la media de la población en forma importante. Existe un 10% de la población cuyo funcionamiento corresponde a un nivel subnormal, pero cuyos diagnósticos globales sólo en el 50% de éstos corresponden a un retardo mental definido. Se hace la aclaración de que la mayoría de los niños fue evaluada con instrumentos empleados ampliamente en el medio médico-psicológico. Me refiero al uso de las escalas adaptadas a la población mexicana de las escalas de inteligencia para niños de Wechsler.

CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN DEL NIÑO

La deficiencia en el funcionamiento de la percepción auditiva es bastante generalizado en la población, hallando un 73% de niños con problemas en memoria a largo plazo, un 61% con problema en discriminación auditiva y un 76% que presenta fallas en su memoria secuencial auditiva o inmediata. Estos datos, tal como había sido supuesto, plantean la existencia de bloqueos emocionales que afectan el desarrollo de habilidades de memoria, y que puede ser explicado, por otro lado, por la presencia de dificultades en la atención (existe un 39% de la población a la que se le detectó un trastorno de atención).

La percepción visual se observa afectada en el 88% de la población total. Los problemas más frecuentes son: en coordinación visomotora (59%), direccionalidad (42%), cierre de ángulos (40%), gestalt (43%), relaciones espaciales (35%), memoria

visual simbólica (39%) y memoria visual a largo plazo (37%). Como habíamos planteado, la mayoría de las habilidades de percepción visual se relacionan de manera directa con el desarrollo del lenguaje y del aprendizaje de la lecto-escritura, por lo que se esperaba encontrar un gran número de pacientes con deficiencias en esta área, situación con la que concuerdan los datos.

Los problemas perceptuales, tanto auditivos como visuales, ponen de manifiesto, además, su relación con dificultades en la lecto-escritura. En este aspecto, se encontró que el 86% de los niños que han adquirido la lecto-escritura presentan alguna dificultad, producto de fallas perceptuales. En cuanto a la percepción de sí mismos, la mitad de los niños proyectan una imagen corporal pobre en relación a su edad.

CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE DEL NIÑO

En más de la mitad de la población se encontraron deficiencias en lo que se refiere a composición e integridad del lenguaje; asimismo, en un 76% de la misma se encontraron dificultades en la función de articular el lenguaje, y en un 45%, dificultades de estructuración. Cabe aclarar que sólo se presentaron dos casos, de entre los 77 que fueron diagnosticados con trastorno del lenguaje, cuyo sistema fonoarticulador tenía anomalías en las que podían fundarse las dificultades de articulación; de ahí en fuera, el alto porcentaje de problemas de articulación puede ser explicado por los resultados obtenidos en relación al desarrollo de habilidades motrices que, como se afirmó, tienen una estrecha relación con los problemas que nos ocupan. En este sentido, se encontró que el 55% de los niños presentó dificultades en la coordinación motora gruesa, y un 46% en la coordinación fina. En relación a la movilidad y coordinación de movimientos finos de la lengua, se halló un total de 73% de pacientes que presentó dificultad.

Otras habilidades perceptuales que se encontraron especialmente afectadas fueron la noción temporal (59%) y la noción espacial (43%) que, como había sido afirmado, inciden en la integración total del lenguaje.

La habilidad específica para el manejo de conceptos aritméticos, se halló afectada en casi la mitad de la población (49% de los casos). Ésta tiene una relación especial con la capacidad de atención del niño y con su capacidad de abstracción, generalización y formación de conceptos.

CONDUCTA OBSERVADA

Lo más relevante en este apartado es el dato reportado en lo que se refiere a la relación observada del niño con los padres o tutores. Se encontró una relación de dependencia, que no corresponde al nivel esperado, en un 84% de los casos, y un manejo familiar inadecuado en un 86% de la población. Como manifestaciones de mal manejo familiar fueron encontradas, por frecuencia de aparición: sobreprotección, berrinches, rechazo al niño (abierto), falta de límites, empleo de golpes y rigidez excesiva.

Si hacemos una comparación del manejo familiar de nuestros niños con la descripción hecha por Gilly³ para familias de niños con bajo rendimiento escolar, podremos observar que éstos presentan características muy parecidas.

Si observamos los datos que aparecen en el punto de conducta referida, veremos que una tercera parte de los niños son descritos por sus padres como niños con características normales; otra tercera parte con características de poca sociabilidad, como es la de aislamiento; y el resto con características poco deseables de desobediencia, agresión, poca cooperación y difícil manejo.

³ Gilly, M., **El problema del rendimiento escolar**, 1978, pág.

Éste último 40% tiene semejanzas con el niño descrito por Gilly⁴ al hablar de niños con bajo rendimiento escolar.

Por otro lado, es bastante clara la dificultad que tienen los niños de nuestra población para realizar conductas de autocuidado que son desarrolladas por niños normales.

Esta deficiencia en las conductas de autocuidado puede ser claramente explicada como consecuencia de la sobreprotección de los padres para con el niño. Si la sobreprotección no inutilizara a quienes la reciben, no nos preocuparía detectarla, ni hablar de ella, pero desafortunadamente incide en el desarrollo del niño, restándole posibilidades de integración de él mismo como una persona distinta de los padres, con una capacidad propia y un sentimiento de autoconfianza hacia el futuro. La sobreprotección es limitante para quien la padece tanto como para quien la ejerce, pues todas las cosas que el niño no hace por sí mismo tienen que ser ejecutadas en su lugar por otra persona: los padres; y aunque ellos mismos la propician, por no contar con la paciencia de su aprendizaje, la hostilidad que les despierta se traduce en agresión hacia el niño, que no siempre es abierta, pero que se halla tras de muchas de las reacciones incomprensiblemente desproporcionadas que suelen presentarse ante conductas normales del niño.

Algo que no fue registrado sistemáticamente, pero que pudo ser observado como una constante, fue el grado de tensión que mostraba corporalmente la madre del paciente y el grado de sensibilidad ante la menor conducta del niño, la cual pretendía ser controlada hasta en sus mínimas manifestaciones. Daba la impresión de algo así como que la función y objetivo de la madre fuera el vigilar el estado del niño, a diferencia de los otros hijos. Si quisiéramos hacer una interpretación psicoanalítica, podríamos decir que la madre intentaba corroborar si el niño no ha-

⁴ Ibid.

bía sido dañado por sus sentimientos recurrentes de rechazo, transformando éstos en un exceso de cuidados.

Lo que puede deducirse de la conducta referida por los padres de niños con trastornos específicos de desarrollo, es la ausencia generalizada de límites. En primer lugar, no hay límites entre el individuo-niño y el individuo-padre; digo esto porque funcionan como uno solo continuado; hay una confusión entre lo que le corresponde al niño y lo que le corresponde al padre. El padre hace lo que por formación le corresponde al niño: se hace cargo de los hábitos higiénicos, de los de alimentación, de los de sueño, de las tareas escolares, y hasta de vigilar muy de cerca su sueño. Por otro lado, el niño es quien, a modo de tirano, decide en qué momento se hacen las cosas y controla a los padres por medio de berrinches, caprichos y con sus "síntomas", devolviendo a los padres ese sentimiento de impotencia que éstos le han hecho sentir.

Un dato que lleva al extremo la manifestación de dependencia, es el relativo al 95% de los niños que no se van a la cama solos; es decir, que tienen una incapacidad para permanecer consigo mismos con el pretexto de estar demasiado mimados, tener miedos, temores, etc. Hay un 26% que duermen con los padres, y un número mayor que se pasa a la cama de los padres a media noche. Y todo esto no es más que falta de límites que, como dice Minuchin,⁵ pertenece a la parte anormal del espectro de límites claros-difusos en el que puede hallarse cualquier familia.

MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS DE PROBLEMA EMOCIONAL EN LOS DISTINTOS NIVELES

Las manifestaciones de problema emocional en el niño fueron observadas casi por igual en los diversos niveles, pero es

⁵ Minuchin, S., **Familias y terapia familiar**, pág.

notoria su incidencia a nivel sueño, donde alcanza las cifras más altas. A nivel sueño, la más frecuente es la incapacidad para ir a dormir sin acompañante, siendo seguida por enuresis nocturna y terrores nocturnos. A nivel corporal, los más frecuentes son la frecuencia incrementada de enfermedad en el niño y la sensación marcada de tensión en éste. A nivel conductual, sobresale por su frecuencia la presencia de berrinches; además se presentan conductas de obstinación, negativismo, miedos poco realistas, características de ansiedad excesiva y abrupta y celos exagerados.

La alta incidencia de sintomatología a nivel sueño podría ser explicada porque, durante el sueño, se presenta casi el único momento en que el niño por fuerza tiene que hacerse cargo de su persona, y como éste no lo ha aprendido, lógicamente pide ayuda mediante sus síntomas.

PRESENCIA DE SITUACIONES QUE PREDISPONEN A PROBLEMA EMOCIONAL

Como se observó, un 90% de la población tiene como antecedente alguna situación predisponente; pero, parece ser que no es la cantidad de situaciones en sí lo que hace más agravante el problema emocional sino, más bien, el tipo de situación presente y el momento en que esta se da.

No fue hallada una relación estricta entre el número de síntomas emocionales y el número de situaciones predisponentes; más bien, como se acaba de mencionar, se halló una relación entre el número de síntomas presentes y un tipo especial de antecedente predisponente. En este sentido, una situación que posee una carga importante es la "hospitalización del niño", la de "sustitución de roles no aclarada" y la de "enfermedad física prolongada de alguno de los padres". Estos casos fueron los que hicieron que la relación directa entre número de manifestaciones y número de síntomas no se cumpliera, pues en algunos casos, si

no era la única manifestación, era una de pocas. Hubiese sido interesante ponderar el peso que corresponde a cada situación y a cada síntoma, para poder hacer una comparación más certera.

Existen muchos autores, de distintas corrientes, que están de acuerdo en lo agravante que es para un niño, sobre todo pequeño, el ser separado de la madre (Lézine, 1979; Spitz, 1969; Mannoni, 1979.) En este caso, la mayoría de las hospitalizaciones sucedieron entre los cero y los 18 meses. Hay un 21% de la población con este antecedente, aunque podemos sumar como otras separaciones de la madre: la hospitalización prolongada de la madre, presente en el 4% de la población, la separación permanente de la madre por abandono o muerte (8%); tales que sumarían un total del 33%. Esto incide en la seguridad-inseguridad con la que cuenta el niño, no solamente para ser atendido emocionalmente hablando, sino en sus necesidades físicas reales. Sabemos que durante el primer año de vida se establecen las bases de autoconfianza del niño a través del ofrecimiento de esa seguridad, que en principio posee características simbióticas, y que sienta las bases para sus relación con el mundo. Como dice Benedek⁶: "la confianza actúa como una protección emocional. Facilita el aprendizaje. La tensión instintiva disminuida le permite prestar atención al ambiente." ". . . la situación es diferente cuando la posición afectiva de la confianza no puede desarrollarse. Las condiciones que conducen a la perturbación de la relación primaria entre la madre y el niño mantienen al infante en un estado de tensión. Si ésta se expresa en un dormir inestable, en accesos de llanto o en dificultades alimentarias, la conducta del infante revela la perturbación de la comunicación entre madre e hijo. Cuando no confía en que sus necesidades serán satisfechas, su capacidad para aprender quedará inhibida."

⁶ Benedek, Th. y Gerard, M. W., *Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño*, 1967, pág. 12.

Existen otras situaciones, que podríamos llamar emergentes, por las que la madre puede perder el contacto emocional establecido con el niño (en el caso en que haya sido establecido); éstas podrían ser: separación de la pareja (22%), enfermedad física prolongada de alguno de los padres y hospitalización (14%), muerte del padre o de hermanos del niño (6%); enfermedad prolongada de hermanos (5%). Todas estas situaciones pueden hacer entrar a la madre en estados depresivos o requerir de su atención general, de manera que puede ser descuidada la relación con el niño.

En cuanto a la relación entre enfermedades físicas frecuentes y funcionamiento fisiológico, no puede darse una conclusión contundente. Existen los datos de enfermedad física prolongada del niño-paciente en un 15% de casos, un reporte de que se enferma con frecuencia en un 21%; pero parece que no es suficiente por no tener datos relativos a niños normales (sin problemas de desarrollo).

DIAGNÓSTICO

Las relaciones encontradas entre los distintos diagnósticos pudieron ser observados en el cuadro destinado a resultados. De ellos, la relación encontrada entre trastornos de desarrollo específicos y trastornos de conducta es importante.

La relación entre problemas de desarrollo específicos y trastornos de conducta podría entenderse si tomamos en cuenta que sus manifestaciones pueden ser producto de la agresión que despiertan en el niño las actitudes de rechazo y las constantes llamadas de atención que le hacen tanto los padres como los maestros, además de un fracaso escolar objetivo. Este punto fue explicado con más detalle en el apartado de manifestaciones sintomáticas de problema emocional.

En la relación entre problemas de desarrollo específicos y problemas emocionales, se puede considerar como verdadero el

planteamiento hecho. Su relación, como había sido ya explicado, puede darse del siguiente modo: el nivel de expectativas que puede crearse en los padres ante un hijo al cual le han brindado "su vida" misma, por las implicaciones de dedicación y tiempo de vida destinado al niño por sus padres, representa para éste un nivel de exigencia que está muy lejos de cubrir y que, además, ante el deseo del niño de cumplir con ellas, le crea un alto grado de angustia, tal que hace difícil su consecución por el bloqueo creado por dicha angustia. La angustia hace su aparición a través de síntomas, que en conjunto pueden formar un cuadro completo de trastorno emocional, que a su vez incrementa el trastorno de desarrollo específico.

CAPÍTULO XIV

CONCLUSIONES

La mayoría de los niños con trastornos de desarrollo específico (lenguaje y aprendizaje), presentan simultáneamente trastornos de tipo emocional, aunados a problemas de manejo y de estructura familiar.

Las características de la familia de niños que presentan este tipo de trastornos, se describen a continuación:

- A) Manejo inadecuado del niño, cuya principal manifestación es la de sobreprotección.
- B) Límites difusos (no claros) entre los subsistemas familiares, tales como el subsistema conyugal, sistema madre-hijo, y subsistema parental.
- C) La mayoría de los niños fueron criados como hijos únicos.
- D) Están presentes en los padres del paciente algunos antecedentes que pueden ser tomados como manifestaciones de rechazo al niño, desde su concepción. Éstos son:
 - En su mayoría son producto de embarazos no deseados, ni planeados (89%).
 - En su mayoría presentan antecedentes de síntomas patológicos de la madre durante el embarazo (87%).
 - Casi la mitad de la población tiene antecedentes de problemas durante el parto.

- E) Hay un buen número de familias en las que se observa alteración de la dinámica de roles y sustitución de roles no aclarada (la mitad de la población).

Entre las características que fueron observadas en los niños de la población estudiada, se encontraron las siguientes:

- 1 Se trata de niños que, al acudir a la consulta, en su mayoría se hallan entre los 4 y los 9 años de edad.
- 2 Acuden a consulta de éste tipo dos niños por cada niña que se presenta.
- 3 Casi siempre, la solicitud de ayuda para el problema es obligada por la escuela (no hay conciencia del problema, a nivel conciente, de parte de la familia).
- 4 La inmensa mayoría posee una capacidad intelectual correspondiente al rango normal.
- 5 Las características de su percepción incluyen deficiencias importantes tanto en el área auditiva (problemas en memoria mediata e inmediata y en discriminación), como en el área visual; la percepción de sí mismo también presenta alteración.
- 6 Otras áreas alteradas son las de noción de tiempo y espacio, las de coordinación, tanto gruesa como fina, lo mismo que los conceptos aritméticos.
- 7 En cuanto a su conducta, pueden ser descritos como niños dependientes, caprichosos, manipuladores, sin hábitos de autocuidado adecuados a su edad, y con problemas en sus relaciones sociales, las cuales son escasas.

CAPÍTULO XV

SUGERENCIAS

El comprobar que la dinámica familiar, que lleva implícitas las condiciones de la concepción del niño; la relación sobreprotectora de la familia y el mantenimiento de síntomas de trastorno emocional por mal manejo familiar, coexisten con trastornos de desarrollo específicos, nos plantea la necesidad, ahora indiscutible, de proporcionar tanto al paciente como a la familia, un apoyo que les permita, por un lado, entender los mecanismos gestantes del problema y los que lo mantienen; y por el otro, faciliten la modificación de pautas de funcionamiento y la estructura familiar, llevándolos a otro nivel de equilibrio que apoye un desarrollo integral de cada uno de sus miembros.

Una de las posibilidades terapéuticas más sencillas es la modificación de condiciones ambientales guiadas en una orientación familiar. En relación a ésto Aberastury⁷ dice: "Si (las dificultades y crisis de ansiedad) no manifiestan gravedad ni tendencia a la estabilización, pueden mejorar con modificaciones ambientales que favorezcan una mejor relación del niño con su madre, padre y hermanos, así como una mejor descarga de tensiones mediante juegos activos o deportes en niños mayores".

⁷ Aberastury, A., **Aportaciones al psicoanálisis de niños**, 1977, pág. 44.

Sin embargo, en la mayoría de los pacientes ésto no es suficiente, haciéndose necesario un tratamiento familiar de otro tipo, que evite que otro de los miembros de la familia tome el lugar del paciente.

En este sentido, existen varias corrientes en terapia familiar cuyos métodos varían de acuerdo a su concepción de funcionamiento y a la explicación que dan del origen de la patología del paciente identificado. Tales corrientes pueden poner mayor o menor peso en factores internos, externos o en su interrelación; pueden dar énfasis a la estructura, a patrones de comunicación o a cualquier otra característica propia de la familia, ubicada en su pasado o en su presente.

Para tomar una decisión con respecto al tipo de terapia que sería más conveniente a la población estudiada, habría que hacer una revisión de los distintos tipos que existen en la actualidad, tomando en cuenta cuestiones como: duración, resultados posibles, objetivos, efectividad y viabilidad.

Haciendo un análisis, todo parece indicar que la terapia psicoanalíticamente orientada es la menos viable dado el largo tiempo que requiere el tratamiento; la dificultad real para la formación de analistas de este tipo, y la incapacidad institucional de retribuir económicamente a este tipo de profesionales que, una vez formados, optan por un trabajo independiente.

El tipo de terapia que se propone como alternativa viable es la terapia estructural de familia, sostenida por Salvador Minuchin.⁸ La claridad de sus métodos de trabajo, de sus objetivos y fundamentos, hacen accesible su aplicación y la formación de terapeutas. Por otro lado, el tiempo necesario para obtener resultados en la dirección deseada es bastante corto, en relación a otros tipos de terapia y, como estamos hablando de instituciones en las que se manejan grandes poblaciones, éste es un punto favorable.

⁸ Minuchin, S., *op. cit.*

Para la terapia estructural, la patología puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en la retroalimentación entre ambos. La terapia orientada desde este punto de vista se basa en tres axiomas:

"En primer lugar, la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción." ". . .el individuo responde a los stress que se producen en otros lugares del sistema, a los que se adapta; y él puede contribuir en forma significativa al stress de otros miembros del sistema. El individuo puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.

"El segundo axioma que subyace a este tipo de terapia, es el de que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.

"El tercer axioma es que, cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. . . forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros." ⁹

"La terapia estructural de la familia encara el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas (los cambios impuestos por una persona sobre sus circunstancias y la forma en que las retroalimentaciones, en relación con estos cambios, afectan su acción posterior). Una mutación en la posición de una persona en relación con sus circunstancias, constituye una modificación de su experiencia. La terapia de familia recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas, de tal modo que sus posiciones cambian al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve; se modifica

⁹ Minuchin, S., *op. cit.*, págs. 30-31.

consecuentemente su experiencia subjetiva" "...a través de la facilitación del uso de modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia, el terapeuta recurre a la matriz de la familia para el proceso de curación."¹⁰

Según Minuchin, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla sino, más bien, para reparar o modificar su funcionamiento, para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.

Esta escuela tiene algunas limitaciones, tales como el hecho de que encuadra a la familia en esquemas de estructuras ideales, "normales", que obviamente persiguen adaptar a la familia a un sistema más amplio, representado en el sistema económico en que se ubica, pero que, sin embargo, hace menos costoso el crecimiento de cada uno de sus miembros en él. Actualmente existe una escuela alternativa de terapia familiar que puede abstenerse de este tipo de esquemas ideológicos por su característica "neutralidad". Esta es la escuela de Milán,¹¹ cuyas experiencias, métodos y técnicas de trabajo se están diseminando por todo el mundo a pasos agigantados, ofreciendo una alternativa en terapia familiar que valdría la pena tomar en cuenta. Ojalá y se forme un gran número de terapeutas de esta escuela y que hagan posible su integración a nuestras instituciones.

Por lo pronto, la terapia estructural parece ser la más conveniente dadas sus características de claridad, accesibilidad, duración y su ya probada efectividad.

Mientras las instituciones continúen visualizando los problemas de aprendizaje como entidades propias del que los padece, dando una explicación y tratamiento parcial a ellas, difícilmente podrán dar solución a los problemas de su población, y éstos con-

¹⁰ Minuchin, S., *op. cit.*, págs. 35-37.

¹¹ Hoffman, L., *Foundations of family therapy*, 1981.

tinuarán reproduciéndose y mermando la capacidad de crecimiento de ella.

Para terminar, quisiera hacer un llamado a las instituciones del país que se ocupan de la salud, tanto física como mental, de nuestros compatriotas, a luchar por la instauración de sistemas integrales de rehabilitación que nos lleven a apoyar el desarrollo de individuos auténticos y libres, creativos e íntegros.

APENDICES

APÉNDICE 1

GUÍA PARA LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTES CON PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

NOTA: Esta guía tiene por objeto auxiliar en la obtención de los datos y el llenado de la forma "VALORACIÓN PSICOLÓGICA".

En lo sucesivo, se denominarán a los actores de la siguiente forma:

E para referirnos al entrevistador o entrevistadora.

N para referirnos al paciente (niño(a).)

P para referirnos al padre o madre o quien lo acompaña y refiere los datos (tío(a), abuelo(a), tutor, padre que lo adoptó, etc.)

1. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

E preguntará a N: **¿cómo te llamas?**

E preguntará a N: **¿cuántos años tienes?**

(Si N no responde, se le pregunta a la madre, corroborando los datos con los del expediente del paciente. Se observará si el niño conoce su nombre y su edad).

E llenará los datos correspondientes a nombre, empezando por el apellido paterno, edad en años y meses; sexo: masculino o femenino; el N° del expediente con el que quedó registrado el N en el INCH; la fecha del examen y el nombre del E.

Una vez llenados estos datos, se procede a iniciar la entrevista formal, anotando los datos que se obtengan en los espacios correspondientes de cada apartado.

2. MOTIVO DE CONSULTA

E preguntará a N: **¿por qué vienes al Instituto?** (observar si hay, o no, conciencia del problema).

E preguntará a P: **¿por qué trae al niño?**

E preguntará a P: **¿cómo llegaron al INCH? ¿quién los envió?**

E preguntará a P: **¿hace cuánto tiempo que N presenta el problema?**

3. HISTORIA ESCOLAR

E Preguntará a N: **¿vas a la escuela?** (anotar si asiste a escuela particular u oficial y si lleva inglés u otro idioma dentro del programa.)

E Preguntará a P: **¿en qué año está N?**

E Preguntará a P: **¿cómo va N en la escuela?, ¿cómo es su aprovechamiento en relación al resto del grupo?**

E Preguntará a P: **¿cuántos años de educación preescolar ha cursado N?, ¿cuándo inició su escolaridad?** (incluyendo guardería, maternal, etc.)

E Preguntará a P: **¿N ha repetido algún año?, si así fuera, ¿por qué?** (determinar si hubo dificultad en la adquisición de la lecto-escritura, si se suspendió la escolaridad y su motivo y observaciones de la escuela.)

4. EVOLUCIÓN EN TERAPIA

E preguntará a P si el N ha recibido algún tipo de terapia (perceptual, motora, psicológica, etc.) o clases especiales. (Anotar cuándo, cuántas horas a la semana, durante cuánto tiempo, lugar, consistencia, evolución según la madre y según la terapeuta.)

5. DIAGNÓSTICO ANTERIOR

Anotar el dx emitido en la última valoración psicológica.

6. ENTREVISTA

E preguntará a P: **¿con quién vive el niño?**

E preguntará a P: **¿N tiene hermanos?, ¿de qué edad y sexo son éstos?**

E preguntará a P: **¿viven otros familiares con la familia?, ¿convive N con alguna otra persona con frecuencia?**

E preguntará a P: **¿cómo se llevan usted y su pareja?, ¿discuten con frecuencia?, ¿discuten frente a los hijos?, ¿llegan a los golpes? ¿cuál es el motivo más frecuente o más importante por el que pelean?.** Cuando P manifiesta que hay buena relación se le pregunta: cuando llegan a pelear **¿por qué pelean?**; cuando discuten **¿generalmente se ponen de acuerdo?**

E preguntará a P: **¿cómo son las relaciones entre N y: el padre, la madre, los hermanos, los amigos, otros familiares?**

E observará la actitud de los padres ante el problema del niño.

E observará la actitud de los padres ante el niño.

E preguntará: **¿N fue deseado?, ¿la madre quería embarazarse?, ¿N fue planeado?, ¿N fue del sexo esperado?, ¿la madre tuvo síntomas o problemas durante el embarazo?** (por ejemplo: náuseas, vómitos, amenaza de aborto); **¿hubo algún intento o deseo de interrumpir el embarazo?** si la respuesta es positiva preguntar **¿por qué razón?**

Determinar: participación de los padres en la vida del niño, ejemplo: **¿cuánto tiempo dedican los padres a la familia?, ¿juegan con sus hijos? ¿suelen salir a parques u otros lugares con frecuencia?** E preguntará a P: **¿hubo problemas durante el parto?**

7. PRUEBAS APLICADAS

Mencionar cuáles pruebas se aplicaron total o parcialmente (subtests).

Criterios para la elección de pruebas a aplicar:

Para todos los niños, se empleará:

- I. Una prueba que nos ofrezca un índice de concepto del esquema corporal del niño, traducido en edad mental.
Identificación de partes del cuerpo en sí mismo (para menores de un año, seis meses).
Identificación de partes del cuerpo en una figura (del año, seis meses a los dos años, once meses).
MANEKI DE PIDTNER para quienes no proyectan imagen corporal al papel.
GOODENOUGH (a partir de los tres años).
- II. Una prueba para determinar habilidad visomotora y problemas perceptuales visuales.
Cualitativamente hablando: diseños geométricos de Grace Arthure (de los tres años en adelante).
Cuantitativamente hablando: el método de valoración de la percepción visual de FROSTIG. (Para niños con problemas en la lecto-escritura, cuyos problemas perceptuales sean evidentes y que no hayan sido detectados por el área de ejecución del WISC).
- III. Aplicar una prueba que nos de un índice de inteligencia global, un índice de capacidad de aprendizaje o un índice de maduración del paciente.
 - a) para niños de un año, seis meses a tres años, aplicar TERMAN-MERRILL y PAR

- b) para niños entre tres y cuatro años, aplicar HISKEY-NEBRASKA, (subtests de modelo de cubos, identificación pictórica y ensartado de cuentas (para valorar área ejecución); y Terman-Merrill (reactivos del área verbal) y PAR cuando la información obtenida sea pobre y dudosa
- c) para niños entre los cuatro y los seis años, aplicar la escala de Wechsler para preescolares (WPPSI), completando cinco pruebas para el área verbal (además de dígitos de WISC), y por lo menos tres subtests del área de ejecución, para completar cinco subtests para la obtención de la capacidad de aprendizaje.

Cuando el niño no alcanza el nivel pedido por el WPPSI, recurrir a las pruebas indicadas para la edad anterior (Hiskey y Terman). Del WPPSI se aplicarán los siguientes subtest:

Área verbal: información, vocabulario, aritmética, semejanzas, comprensión.

Área de ejecución: completamiento de dibujos, diseños con cubos y casa de animales.

Como se mencionó, se aplicará el subtest de dígitos en todos los casos.

- d) para niños entre seis y 15 años, se aplicará la escala de Wechsler (WISC) exceptuando los subtests de laberintos y vocabulario.

IV. Lecto escritura:

Se seguirá el siguiente orden para la aplicación de pruebas:

- a) mientras se entrevista a la madre, se le pedirá al niño que dibuje una persona; si no entendiera las instrucciones se le pedirá que dibuje un niño como él mismo
- b) al terminar el dibujo, se le pedirá al niño que escriba una historia que hable de la persona que dibujó; si el niño no entiende o pregunta ¿cómo? se le sugiere: "por ejemplo puedes escribir un cuento,, lo que sueña el niño, lo que le

gusta, lo que quiere ser cuando crezca, lo que ha hecho o cualquier cosa acerca de la persona que tú dibujaste."

(Esto es con el objeto de observar su escritura espontánea)

- c) inmediatamente después de terminada ésta, se le pide que realice la copia de un texto del grado escolar que cursa
- d) después se le hace un dictado (del grado escolar correspondiente) y se le pide que:
- e) lea un texto en voz alta, después de lo cual se le pide que explique con sus palabras qué fue lo que leyó
- f) al terminar la evaluación de la lecto-escritura, se aplicarán los subtests del área de ejecución empezando con diseños geométricos. Seguimos con la escala de Wechsler, Hiskey-Nebraska o Terman-Merrill
- g) ya valorada el área de ejecución, se procede a evaluar el área verbal.

Una vez aplicadas las pruebas, se lleva a cabo la segunda parte de la entrevista.

8. AUDICIÓN

E preguntará a P si el niño oye bien.

E corroborará datos con la audiometría del paciente, y anotará cualquier dato de importancia.

9. ÁREA PERCEPTUAL AUDITIVA

E preguntará a P: **¿el N llega a confundir una palabra que escucha con otra de sonido similar?**, por ejemplo: pato, gato, bato.

E le pide al N que repita una serie de pares de palabras con sonido similar y se anota si se observa, en este momento o durante las pruebas, alguna dificultad en discriminación auditiva.

Después de la entrevista, al hacer el reporte final y la integración de la información, se anotará cómo es la memoria media-ta auditiva, en base al subtest de información, y cómo es la memoria secuencial auditiva, en base al subtest de dígitos, anotando cuántos elementos recuerda en orden directo y cuántos elementos recuerda en orden inverso con su respectiva edad mental.

10. LENGUAJE

A) Vía de acceso a la información:

Se anotarán las vías por las cuales le llega la información. Estas pueden ser: auditiva, señas, actitud gestual, lectura-labio-facial (en el caso de hipoacusia) y lecto-escritura. Se pueden anotar observaciones como el hecho de que el N requiere de estimulación táctil para poner atención en el interlocutor, o si requiere que le repitan varias veces la orden porque el niño tenga dificultad para centrar su atención; si requiere de gritos e inclusive de golpes.

B) Lenguaje receptivo:

Se anotará en base al subtest de comprensión el grado de comprensión en relación a su edad cronológica, escribiendo: "su capacidad para solucionar problemas que implican juicio social es: adecuada, buena o menor a lo esperado para su edad" y se anota el dato de edad mental entre paréntesis.

Se anotará enseguida, tomando como base el subtest de semejanzas: "su capacidad de abstracción, generalización y formación de conceptos se halla por encima, de acuerdo o por debajo en relación a su edad cronológica (dar dato de edad mental).

En el caso de niños menores de 4 años, se obtendrá el dato de los ítems que valoran lenguaje receptivo del Terman-Merrill, anotando la descripción de su comprensión, ejemplo:

1. Entiende uso de objetos en la práctica, en la vida diaria (referencia de la madre).
2. Identifica objetos de acuerdo a su uso.
3. Completa una idea ubicando objetos en su contexto.
4. Obedece órdenes sencillas.
5. Obedece órdenes dadas a señas o verbales.

(Cuando no pueda ser observada directamente ninguna de estas situaciones se recurrirá a preguntar a la madre acerca del lenguaje interno del niño, describiéndolo del siguiente modo):

- a) integrado: juega de manera apropiada con los juguetes
- b) en vías de integración: juega de manera apropiada con algunos juguetes o no juega
- c) no integrado: no hay manifestaciones de lenguaje interno
- d) distorsionado: empleo diferente o poco común de los juguetes.

(En este punto se harán observaciones en relación al grado de atención que el N presta al interlocutor y a la presencia de ecolalia cuando se observe que el niño no entiende lo que le dicen y se limita a repetirlo).

C) Lenguaje expresivo:

Se hará una descripción que incluya los siguientes aspectos: integridad del lenguaje, composición, estructuración, articulación, ritmo y voz.

La integridad del lenguaje se refiere a si este es completo, amplio o incompleto. Es completo cuando se compone de todos los elementos (verbos, artículos, sustantivos, adjetivos, conexivos, etc.) y su estructuración es adecuada. Es amplio cuando hay suficientes elementos, pero hay una estructuración deficiente y es incompleto cuando los elementos empleados en la comunicación son escasos.

La composición del lenguaje se refiere al nivel descriptivo en el que se halla el lenguaje, pudiendo ser descrito mediante los siguientes términos: no intenta comunicación, se comunica por medio del llanto, sonrisa y risa, gritos, voz proyectiva, jerga, señas, actitud gestual. Lenguaje de señas; se halla a nivel de vocalizaciones, balbuceo, palabras sueltas con significado o sin él. Palabra-palabra; emplea conexivos, verbos, artículos, etc. Longitud de oraciones (construye oraciones cortas de X N° de palabras, largas o completas); puede mantener una conversación, puede hacer un relato, puede describir una escena o un objeto, etc.

Para referirnos a la **articulación**, anotaremos la presencia o ausencia de dislalias y los fonemas para los que presenta dificultad (los observados), y si estas dislalias llegan a hacer ininteligible su lenguaje.

La estructuración se refiere a si hay una morfosintaxis adecuada, esto es, si el niño construye las oraciones en el orden convenido por el idioma, y si usa tiempos verbales adecuadamente.

El ritmo se refiere a la fluidez con la que el niño habla; éste puede ser muy lento, rápido (verborreico), atropellado, o disrítico como en el caso de las disfemias. Se considera que existe disfemia tónica cuando en el N, al intentar decir una palabra o idea, se produce un bloqueo con manifestación física, como un espasmo y tensión en el cuello y sistema fonoarticulador; y se habla de disfemia (o tartamudez) de tipo clónica cuando el N repite una misma sílaba varias veces, antes de poder completar la idea deseada.

La voz puede ser normal o perturbada. Se considera perturbada cuando hay afonía, nasalización o anomalías por labio paladar hendido. La voz puede ser muy aguda o muy grave y con un volumen alto o bajo.

En el caso de que hubiese problema en el ritmo, se preguntará sobre la antigüedad del problema y sobre las situaciones en las que el problema se hace más evidente o se incrementa.

En el punto de lenguaje expresivo puede incluirse la adecuación del vocabulario del niño el cual puede ser descrito como pobre, adecuado o rico y la presencia de disnomias (olvido del nombre de un objeto).

D) Lenguaje lecto-escrito:

Como se mencionó en el renglón de pruebas aplicadas, una de las primeras habilidades que se valora es la relativa a la lecto-escritura. Mientras el niño efectúa las tareas encomendadas de escritura y lectura, E deberá hacer observaciones que han de ser anotadas en los espacios pertinentes. Dichas observaciones incluyen los siguientes aspectos:

Para el dictado: E deberá anotar la velocidad (cualitativamente hablando) a la que N toma el dictado. Anotará si toma dictado o no lo toma y si nota la presencia de dificultad en discriminación auditiva. Anotará también en el renglón de caligrafía los aspectos que allí se mencionan. El mismo mecanismo se seguirá para la copia y la escritura espontánea.

Para la lectura: se hará una descripción que incluya los siguientes aspectos:

La lectura es fonética o es deletreada, si es silábica o es global. Si el niño inicia el aprendizaje de la lecto-escritura, anotar si identifica todas las letras del abecedario, si lee solamente sílabas o si ha adquirido ya el mecanismo de juntar sílabas para formar palabras llevando cierto ritmo. También se hace la observación de la velocidad a la que lee (lenta, acelerada) y de detalles como si ésta es repetitiva, disrítmica, arrastrada, anotando también detalles de entonación, ritmo y puntuación. Junto con la presencia o ausencia de fallas como son: omisiones, sustituciones, agregados, inversiones, rotacismos y distorsiones. Anotar si el niño no lee nada, si la lectura responde a ilustraciones, o si hay lectura imaginaria.

Una vez descrita la lectura, se determina si corresponde o no al grado escolar que cursa el niño. Hecho ésto, se le pide al niño que explique qué fue lo que entendió de lo que leyó. Entonces se anota el nivel de comprensión de la lectura. Ejemplo: la comprensión es global o parcial, omite detalles o comete errores en la secuencia de los hechos o en la interpretación abstracta de lo leído.

El niño puede hallarse en alguno de los siguientes **niveles de comprensión de la lectura**:

- a) nivel independiente (comprensión total: según la edad y escolaridad puede ser: interpretativo, de crítica, de predicción)
- b) nivel literal (comprensión parcial)
- c) nivel de frustración (cuando no entiende lo que lee).

El examen y análisis de los escritos del niño, se hará una vez que haya concluido la entrevista con los padres y las pruebas con el niño; de manera que al finalizar, se anotarán los datos relativos a fallas que presenta en la escritura, después de haber revisado palabra por palabra, letra por letra y el texto global.

Para el renglón de **caligrafía** se harán las siguientes observaciones:

Se especificará calidad de la letra, gestalt, (presencia de distorsión en la forma de algunas letras) coordinación, separación de palabras, relaciones espaciales (límites dentro del papel), si la direccionalidad que sigue en el trazo de las letras es la esperada, si se acerca mucho al papel, como es su postura al escribir, manera en que toma el lápiz y fluidez de la escritura (algunas de estas observaciones deberán ser anotadas en el transcurso del examen).

Para **la escritura espontánea** se valorarán además de las fallas presentes, la extensión y el nivel de estructuración del lenguaje (morfosintaxis), hilación entre las distintas ideas y congruencia de las mismas.

El análisis de las fallas que presenta la escritura, tendrá como base los siguientes criterios:

Se considera que N presenta **omisiones** en su escritura cuando se nota la ausencia de una o varias letras dentro de una palabra o la ausencia de una palabra completa.

- Ejemplos: 1) escribir dento en vez de dentro.
2) escribir los días en vez de los **frescos** días.

Se considera que N presenta **sustituciones** en su escritura cuando se nota que escribe una palabra en vez de otra dictada o una letra en vez de la letra dictada dentro de una palabra.

- Ejemplos: 1) escribir bringo, en vez de brinco.
2) escribir que, en vez de, **de**.

Se considera que N presenta **inversiones** en su escritura cuando se nota un cambio en el orden de las letras o de las sílabas en una palabra.

- Ejemplos: 1) escribir cuador, en vez de, cuadro.
2) escribir prínpice, en vez de, príncipe.

Se considera que N presenta **rotacismos** en su escritura cuando se nota que el eje de la letra ha sido rotado o cambiado al lado opuesto al que debiera ir, convirtiéndola en otra letra distinta.

- Ejemplos: 1) escribir queno, en vez de, bueno.
2) escribir bebo, en vez de, dedo.

Se considera que N presenta **escritura en espejo** cuando se nota que las letras de un texto son escritas como vistas ante un espejo, pudiendo hacerlo totalmente, es decir en palabras completas, o parcialmente, cuando se presenta sólo en algunas letras.

Ejemplos:	El niño percibe y escribe	en vez de
1)	<i>EPANARJ A9A9 LJ</i>	El papá grande
2)	<i>T19n9 CD2i 2</i>	Tiene casi 5
3)	<i>lE q92cabo 19b 002</i>	El pescado del zoo
4)	<i>9l 9020 29 muy 91unón</i>	el gato es muy gruñón

Se considera que un niño presenta **contaminaciones** en su escritura cuando se nota que incluye dentro de una palabra dictada una parte de otra palabra que se dictó o vio antes (al copiar) o de otra dictada posteriormente (dentro del dictado de un texto o la copia del mismo).

También cuando se incluye en un renglón una palabra correspondiente a otro renglón (por dificultad en relaciones espaciales) o cuando de dos palabras se hace una sola, tomando una parte de cada una.

- Ejemplos:
- 1) escribir "p**arde**te de lo estipulado" en vez de "parte de lo estipulado".
 - 2) escribir "el p**andoso** es un oso" en vez de "el panda es un oso".
 - 3) escribir "el día de la Marina **tiene** es hoy" en vez de "el día de la **Marina** es hoy", "la **Marina** tiene barcos mercantes.

Se considera que N presenta **agregados** en su escritura cuando se nota la inclusión de letras o palabras que no fueron dictadas o que no aparecen en el texto, tales que no correspondan a una contaminación, inversión, sustitución o rotacismo.

- Ejemplos: 1) escribir "concluye con **mu**cha tristeza", en vez de "concluye con tristeza".
- 2) escribir "tengo una jarra **y** que es azul", en vez de "tengo una jarra que es azul".
- 3) escribir "concluy**er**on con tristeza", en vez de "concluye con tristeza".

Se considera que N presenta distorsiones en su escritura cuando éste escribe una palabra distinta a la dictada, pero más o menos con el mismo sonido, o una totalmente distinta, (esto puede deberse a una dificultad en la discriminación auditiva o a una invención del niño por dificultad en memorizar lo que le dictaron).

Consideramos que N presenta **dificultad en discriminación auditiva**, cuando observamos que éste entiende y escribe una palabra en vez de otra de sonido similar.

- Ejemplos: 1) tenía en vez de tendr**í**a,
 2) cuando en vez de cuant**o**,
 3) **p**risa en vez de **b**risa.

Se considera que N presenta **fallas ortográficas** cuando comete errores conocidos en la lengua como de ortografía, tales que distorsionan la pronunciación del texto escrito:

- Ejemplos: 1) uso incorrecto de **g** y **j**, **qu** y **g**, **c** y **s**, **s** y **z**, **b** y **v**, **h** y **g**, **ll** y **ñ**, **r** y **rr**, **ll** y **y**, **i** y **y**.
 2) ausencia o uso incorrecto de acentos, dificultad en **sc** y **cc**, ausencia de signos de puntuación, etc.

Se considera que hay **dificultad en separación de palabras** cuando el niño presenta todas las letras juntas, junta dos o más palabras como si fuesen una sola o separa una sola palabra en varias sílabas o en fracciones.

Se considera que hay dificultad en **mayúsculas y minúsculas** cuando el niño usa indistintamente en un sólo texto y/o palabra, letras mayúsculas revueltas con minúsculas, y en niños mayores, aquellos que no saben el uso correcto de mayúsculas y minúsculas.

A continuación aparece un ejemplo de análisis de fallas en la escritura de un niño con problema de aprendizaje específico.

Esta es la historia ^{Dictado} de un niño que supo aprovechar las enseñanzas que le dieron en la escuela. Había en la calle frente a su casa un agujero hecho por el constante ir y venir de los coches. Sierto día ^{yo} ^y un gran ruido y salió afuera que pasaba. Yo a un hombre que comentaba el accidente que acababa de sufrir. Una rueda de su coche había caído al agujero y con el golpe se rompió un mueble. Entre todos ayudaron a sacar el coche y lo dejaron a la orilla de la banqueta. Ese día no pudo trabajar. Juanito que así se llama al día siguiente, sacó de su alcancía sus ahorros y compró cemento y arena, ^{hizo} ^{una} ^{mezcla} ^{de} ^{los} ^{dos} ^{que} ^{se} ^{llaman} ^{así} con agua, tapó el agujero y puso una señal que indicaba peligro, mientras se endurecía el cemento. Gracias a Juanito no volvieron a registrarse más accidentes.

DICTADO DE UN TEXTO PARA NIVEL DE 4º AÑO DE PRIMARIA, aplicado a un niño de 10 años de edad, que ya ha recibido terapia durante más de 2 años, pero que emocionalmente no ha sido atendido.

La prueba mostró fallas ortográficas, dificultad en separación de palabras, omisiones, mal uso de mayúsculas y minúsculas, agregados, sería dificultad en acentuación, sustituciones, distorsión de letras.

TABLA 1 (Continuación)

Habilidad o problema	Prueba(s) que lo mide(n)	Método de obtención del dato
	Completamiento de Figuras (Wisc. Wppsi)	Prueba (E.M.)
Posición en el espacio	Posición en el espacio (Frostig)	Prueba (E.P.)
	Rompecabezas (Wisc.)	Prueba (E.P.)
Relaciones espaciales	Relaciones espaciales (Frostig)	Prueba (E.P.)
	Diseños con cubos (Wisc. Wppsi)	Prueba (E.M.)
	Modelo de cubos (Hiskey)	Prueba (E.M.)
Gestalt	Rompecabezas (Wisc.)	Observación
	Diseños con cubos (Wisc.)	Prueba (E.M.)
Memoria visual	Completamiento de Figuras (Wisc.)	Prueba (E.M.)
	Ensartado de cuentas (Terman, Hiskey)	Prueba (E.M.)
Memoria visual simbólica	Casa de animales (Wppsi)	Prueba (E.M.)
	Claves "A" y "B" (Wisc.)	Prueba (E.M.)
	Ensartado de cuentas a partir del Mod. IV (Hiskey-Nebraska)	Prueba (E.M.)
Identificación de colores	Diseños con cubos (Wisc.)	Observación
	Casa de animales (Wppsi)	Observación

En la primera columna se puede observar la habilidad que se desea medir, en la segunda columna se pueden observar las pruebas que pueden ser empleadas para medir dichas habilidades y en la tercera columna aparece el método mediante el cual se llegó al dato, y el tipo de dato obtenible. E.M. (Edad Mental) y E.P. (Edad Perceptual).

Se considerará que el niño presenta problema en una habilidad, cuando en la prueba que la mide, éste obtiene un puntaje prorrateado menor a **10**. Cuando obtiene un puntaje de 10, se considera que su habilidad es adecuada y cuando la calificación es mayor de 10 se hablará de una buena o excelente habilidad, cuando el puntaje es de **6** para abajo se habla de severas fallas en la habilidad de que se trate.

Existen problemas perceptuales que sólo pueden ser valorados por la observación en la ejecución y que no tienen una edad mental que los sustente, éste es el caso de los problemas perceptuales detectados por medio de los Diseños Geométricos de Grace Arthure e inclusive de la observación de la ejecución de pruebas que denotan una calificación pero que cualitativamente muestran problema.



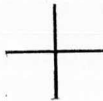

Ejemplo: Una ejecución por ensayo y error en rompecabezas o en cubos, o en cualquier prueba del área de ejecución.

En la Tabla 1, se podrá observar con qué pruebas es posible valorar cada una de las habilidades y problemas perceptuales visuales y el método mediante el cual se llega al dato.







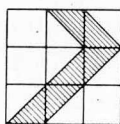
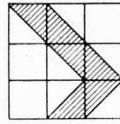
A continuación aparecen algunas pautas para la definición de la presencia de algunos problemas perceptuales visuales:

Direccionalidad. Se define como la inconsistencia en la dirección del trazo de figuras geométricas o letras. Normalmente los trazos se realizan de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. Cuando el trazo no se da en esta dirección, la fluidez de la escritura se ve mermada.







Rotación. Se habla de problema de rotación cuando en la copia de una figura, ésta se realiza con una inclinación de más de 45° en relación al modelo.

Ejemplos:	Modelo presentado por E	Reproducción realizada por N
1)		
2)		







Inversión. Se habla de problema de inversión cuando se observa que el modelo es percibido con la base en el lado opuesto y por lo tanto es reproducido de esta manera. Esto es muy claro cuando se trata de reproducir un triángulo o en la reproducción de diseños de cubos.

Ejemplos:	Modelo real presentado por E	Imagen percibida y reproducida por N
1)		
2)		
3)		
4)		

Angulación. Se habla de problema en angulación cuando los ángulos de un modelo no son percibidos o se reproducen chatos o redondos.

Ejemplo:	Modelo presentado por E	Reproducción realizada por N
1)		
2)		
3)		

Cierre de ángulos. Se habla de que N presenta problema en ángulos cuando los ángulos no son cerrados en forma más o menos sistemática, es decir, que los ángulos son percibidos como huecos en varias figuras.

Ejemplos:	Modelo presentado por E	Reproducción realizada por N
1)		
2)		
3)		

Se puede observar cómo ésto influye en una gestalt inadecuada en la escritura.

Análisis y síntesis. Hay problema en este punto cuando de un conjunto de estímulos visuales el sujeto no puede darse idea de qué significan juntos, y es incapaz de anticipar y planear cómo ordenarlos o acomodarlos para que formen algo concreto.

Ejemplo: Cuando el niño es incapaz de anticipar que las piezas de un rompecabezas pueden formar un coche, aún que vea que hay elementos sueltos del mismo, y pregunta ¿qué es? o dice que no sabe qué es.

Coordinación visomotora. Se habla de problema cuando el niño realiza trazos temblorosos, con angulaciones donde no debiera haberlas, con curvas en vez de rectas o cuando al intentar reproducir una figura, ésta es distorsionada en su forma, de modo que el niño no alcanza a reproducir correctamente una figura que corresponde a un grado de maduración concordante con su edad.

Figura fondo. Se considera que hay problema en este punto cuando N no hace una diferencia entre una figura y el fondo de la misma, es decir; no es capaz de abstraer de un conjunto de estímulos visuales uno solo.

Ejemplos: 1) cuando en la prueba de diseños con cubos, el niño invierte el color de la figura y el del fondo.

Modelo real
presentado por E



Imagen percibida
y reproducida por N



2) el niño percibe la figura pero **no** el fondo. En este caso el niño percibe cubos rojos, en vez de percibir cubos blancos, rojos y blancos con rojo.

Modelo real
presentado por E

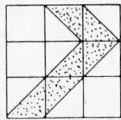
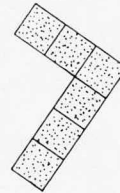


Imagen percibida y
reproducida por N



3) en Modelo de cubos (HISKEY) el N percibe el primer plano pero no el segundo, volcándolo todo en un sólo plano.

Modelo real
presentado
por E

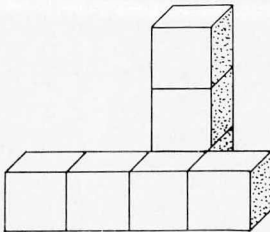
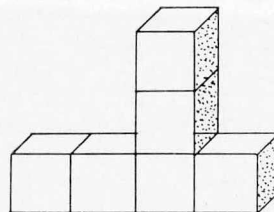


Imagen percibida y
reproducida por N



Constancia de forma. Se considera que hay problema en este punto cuando N percibe una figura como distinta a otra que es similar, y al reproducirla, la reproduce en forma tan defectuosa que no se parece al modelo, más que parcialmente. De tal manera que al intentar reproducir una letra, es incapaz de mantener la forma que presenta dicha letra, siendo distorsionada.

Ejemplo de esto sería sustituir círculos por ovalos, cuadrados por rectángulos, distorsionar la longitud de una recta o la proporción entre círculos y rectas.

Ejemplos:	El niño percibe y escribe	en vez de
1)	n	h
2)	n	r
3)	d	d
4)	m	M

La constancia de forma tiene que ver también con la percepción de detalles.

Posición en el espacio. Se considera que presenta problema en este punto cuando el niño tiene dificultad para ubicar la posición de un objeto en relación a un punto de referencia. Esto tiene que ver con la capacidad del niño de discriminar la diferencia entre letras que se componen de los mismos elementos, pero con diferente posición, como por ejemplo en las letras en las que lo que cambia es la posición del círculo en relación a la línea recta vertical.

Ejemplo: Confusión en las letras **q, d, p** y **b**.

Relaciones espaciales. Se considera que el niño presenta problema en este punto cuando se observa una dificultad de identificar la relación de espacio que hay entre varios objetos, refiriéndose a longitud, volumen, posición, cercanía-lejanía, lugar en una secuencia, etc. Esto tiene que ver con la capacidad del

niño para ubicar la posición de una letra dentro de una palabra, o de una palabra dentro de una oración; y con la separación adecuada de palabras en un texto escrito. En la lectura, tiene que ver con la capacidad para llevar un orden de un renglón al siguiente.

Gestalt. Presenta problema en gestalt cuando la figura no es percibida como un todo, sino como partes que no tienen relación entre sí, la figura se percibe como fraccionada, como si fuesen varias figuras o es percibida incompleta o parcialmente.

Ejemplos: 1) en diseños con cubos, el niño, en vez de reproducir un modelo con los cubos juntos, lo hace separándolos.

Modelo real
presentado
por E



Imagen
percibida y
reproducida por N



2) en rompecabezas, el niño es incapaz de predecir la figura que debe formar aunque los elementos parezcan obvios.

Memoria visual. Se dice que N presenta problema en este punto, cuando es incapaz de recordar imágenes visuales con detalle.

Ejemplo: en figuras incompletas, el niño no recuerda que todas las caras tienen boca, aunque cotidianamente las ve.

Memoria visual simbólica. Se dice que un niño presenta problema en este punto cuando se observa una deficiencia en la

velocidad con la que el niño recuerda la relación entre un objeto y su símbolo, y la posición en la que puede localizar dicho símbolo de manera inmediata.

Este tipo de habilidad tiene que ver con la capacidad del niño de recordar los símbolos correspondientes a una letra, palabra, número, etc.

Identificación de colores. Se habla de problema en este aspecto cuando el niño no apra, identifica o nombra determinados colores dependiendo de la edad que tiene.

En el punto de observaciones del área perceptual visual se anotará si se observa algún problema en el funcionamiento de la visión del niño (miopía, estrabismo, nistagmus, malos hábitos, sospecha de daltonismo, etc.). En este punto se hará la observación cuando así se dé, de la ausencia de problemas perceptuales visuales, o de la no valoración de esta área con su justificación. Se anotará si el niño usa lentes y hábitos de uso.

12. ESQUEMA CORPORAL

El esquema corporal se valora en base a una prueba estandarizada, que nos indica cómo se percibe el niño a sí mismo, de qué manera lo hace y si su percepción corresponde o no a su edad cronológica. El esquema corporal puede calificarse como integrado, mal integrado o desintegrado, dependiendo del grado de unidad que hay en la figura: y bien estructurado, estructurado de acuerdo a la edad o mal estructurado, dependiendo de la cantidad de elementos que contiene la figura proyectada en relación a la edad del niño.

La descripción del esquema corporal del niño debe incluir los siguientes puntos:

- 1º Grado de integración.
- 2º Grado de estructuración.

- 3º Nivel descriptivo en el que se encuentra su esquema corporal.
- 4º Edad mental entre paréntesis, con el calificativo de adecuación en relación a la edad.

El nivel descriptivo en el que se encuentra el esquema corporal del niño puede hacerse en los siguientes términos:

- Identifica** partes del cuerpo en sí mismo.
- Identifica** partes del cuerpo en una figura.
- Nombra** partes de su cuerpo.
- Arma** manekí de figura humana.
- Proyecta** imagen corporal al papel.

Dicha descripción se verá seguida por la descripción del nivel que se espera que debiera haber, y que sin embargo el niño no ha alcanzado.

Ejemplo: Identifica partes del cuerpo en sí mismo **pero no** en una figura (2-0).

Ejemplo: Arma manekí a un nivel adecuado pero no proyecta imagen corporal al papel (4-6).

Ejemplo general: esquema corporal integrado y estructurado de acuerdo a su edad (x).

Ejemplo general: esquema corporal cualitativamente mal integrado pero cuantitativamente bien estructurado en relación a su edad.

Cuando se observen rasgos importantes de problema emocional en el dibujo del niño, deberá hacerse una anotación al respecto en este espacio.

13. NOCIÓN TEMPORO-ESPACIAL

En este espacio se hará una descripción del nivel en el cual se encuentra el niño en cuanto a la ubicación en tiempo y espacio en relación a su edad, de acuerdo con los siguientes criterios:

Para efectos de ubicación en el espacio se espera que un niño a los 2 años, sea capaz de identificar las posiciones de arriba, abajo, atrás y adelante de sí mismo.

Para su valoración E indicará al niño: voltea para arriba, voltea para atrás, ¿qué hay arriba de ti?, ¿qué hay abajo de ti?

Se espera que un niño a los 3 años, ubique estas mismas posiciones en relación a sí mismo y en relación a otros objetos, además de que tenga los conceptos de adentro, afuera, cerca, lejos, a un lado y al otro lado.

Para su valoración E indicará al niño: pon este objeto atrás de la silla. . .

Pon este objeto afuera de la habitación. . .

¿Cuál de estos objetos se encuentra más lejos de ti?

¿Cuál se encuentra más cerca?. . .

Pon este objeto junto al vaso, etc. . .

A los 4 años se espera que el niño tenga consolidados los conceptos anteriores además de los conceptos de sobre o encima, debajo, y el concepto de enmedio.

Según Aujuriaguerra:

- a) un niño debe ser capaz de reconocer izquierda y derecha en sí mismo (con órdenes simples) entre los seis y los siete años de edad
- b) reconocerá izquierda y derecha en sí mismo (con órdenes complejas) a la edad de siete a ocho años, y
- c) reconocerá izquierda y derecha de otras personas o cosas a la edad de ocho a nueve años.

Para su valoración E indicará a N, por ejemplo:

- a) ejemplo: levanta tu mano derecha. . .
- b) ejemplo: con tu mano derecha tápate tu ojo izquierdo. . .
- c) ejemplo: señala mi oreja izquierda. . .
ahora mi brazo derecho. . ., etc.

En niños mayores a esta edad (nueve años), se les preguntará la dirección de su domicilio (siete años), si recuerdan el lugar en donde dejan objetos, si se ubican en lugares conocidos (no se extravía), en qué dirección (punto cardinal) se haya determinado lugar, y si es o no orientado para ir a diversos lugares sin ayuda.

Para efectos de ubicación en el tiempo: se considera que un niño maneja el concepto de antes —mientras o al mismo tiempo— después, a la edad de tres a cuatro años, el concepto de día y noche de los cuatro a cinco años, el concepto de ayer-hoy-mañana de los cinco a seis años, lo mismo que el concepto de mañana-medio día-tarde-noche. Entre los seis a siete años debe ser capaz de manejar los días de la semana en secuencia y ubicarse en el día en que vive: a los siete años deberá ser capaz de decir la hora aproximada del día; entre los siete y ocho años deberá ubicarse en fecha (día-mes año); entre los ocho y nueve años deberá manejar las estaciones del año y sabrá leer el reloj.

14. ÁREA MOTORA

En este punto se harán observaciones de la habilidad motriz del niño en el momento del examen y de su habilidad durante su desarrollo general.

- a) desarrollo psicomotor: se anotará si éste fue normal o retrasado y se darán los datos gruesos del mismo; esto es: las edades a las que el niño: 1. sostuvo la cabeza, 2. se sentó sin ayuda ni apoyo. 3. gateó, y 4. caminó sin ayuda.

- b) coordinación motora gruesa: se valorará de acuerdo con la escala de psicomotricidad de OTZEREZKY-GUILMAIN, dando una descripción del nivel alcanzado por el niño y una edad aproximada.
- c) coordinación motora fina: se valorará y registrará del mismo modo que la coordinación gruesa.
- d) Movilidad Lingual: se le indicará al niño que coloque su lengua en distintas posiciones y que realice movimientos rápidos y lentos en diferentes direcciones; debiendo anotar los datos de qué tan veloz y qué tan exacto es en las ejecuciones. En este punto deberá anotarse también cualquier observación en relación a problemas orgánicos en el aparato fono-articulador como son el paladar alto, el frenillo corto, problemas de labio-paladar hendido y problemas respiratorios.
- e) Lateralidad: Ésta se determinará por medio de la Escala de Psicomotricidad de OTZEREZKY-GUILMAIN. E tratará de obtener datos en relación a una lateralidad contrariada por la práctica, cuando tenga dudas de la lateralidad original del niño. La lateralidad de N puede describirse como: diestro, zurdo, no definida, contrariado, etc.

15. CÁLCULO

En este punto se hará una descripción del nivel de cálculo que maneja el niño, determinando lo adecuado del mismo y la edad conceptual que le corresponde. La edad conceptual se obtendrá de las pruebas de aritmética de WPPSI y WISC y de los ítems correspondientes de la prueba de PAR para niños menores de tres años.

La descripción puede incluir los siguientes conceptos:

— Sabe contar hasta "x" número.

- Tiene concepto de número.
- Tiene concepto de tamaño.
- Tiene concepto de longitud.
- Tiene concepto de conservación.
- Tiene concepto de cantidad.
- Realiza operaciones de adición y sustracción a nivel concreto (con objetos).
- Realiza operaciones de adición y sustracción a nivel abstracto (mentalmente).
- Aplica sus conocimientos aritméticos para la solución de problemas (razonamiento aritmético).
- En la solución de problemas emplea dos o más operaciones aritméticas.

16. ATENCIÓN

La capacidad de atención de un niño es de suma importancia dado que tiene que ver casi con cualquier situación de aprendizaje.

Para determinar la modalidad de atención del niño, se hará una observación directa durante la entrevista y el periodo de pruebas, completándola con preguntas dirigidas a los padres, en relación a la actuación del niño en la escuela y en el hogar.

El niño puede ser descrito como:

Atento o con buena modulación de su atención, cuando éste es capaz de concentrarse en la tarea que se le pide. (Un buen índice está dado por la prueba de dígitos).

Distraído cuando deja de prestar atención fácilmente al estímulo, pero que es capaz de volver al mismo inmediatamente.

Con lapsos cortos de atención cuando fija momentáneamente su atención en el estímulo y de inmediato lo desatiende.

Atención dispersa cuando el niño no es capaz de fijar su atención en el estímulo que se le ofrece, ni siquiera momentáneamente.

Perseverante cuando el niño tiene dificultad para cambiar su atención de un estímulo a otro.

Indiferente cuando el niño no se interesa por los estímulos presentados, pero que sin embargo es capaz de centrar su atención en otro tipo de actividad o estímulo.

Detectar la presencia de algunos síntomas de:

- A) Inatención.
- B) Impulsividad.
- C) Hiperactividad.

Se cuantifican los síntomas y se llega a un diagnóstico de trastorno deficitario de la atención con o sin hiperactividad registrando y siguiendo los criterios del D.S.M. III.

Se habla de **trastorno deficitario de la atención con hiperactividad** cuando el niño presenta los siguientes síntomas en tipo y cantidad señalados:

- A) Síntomas de inatención. Cuando menos tres de las siguientes:
 - 1) Falla seguido en terminar las cosas que empieza.
 - 2) Frecuentemente parece no escuchar.
 - 3) Fácilmente se distrae.
 - 4) Tiene dificultad para concentrarse en el trabajo escolar o en otras tareas que requieran una atención sostenida.
 - 5) Tiene dificultad para mantenerse en una actividad de juego.

- B) Impulsividad. Cuando menos tres de las siguientes:
 - 1) Frecuentemente actúa antes de pensar.
 - 2) Cambia excesivamente de una actividad a otra.
 - 3) Tiene dificultad en organizar su trabajo (esto no debido a una falla cognoscitiva).

- 4) Necesita mucha supervisión.
 - 5) Frecuentemente grita en clase.
 - 6) Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o situaciones grupales.
- C) Síntomas de hiperactividad. Cuando menos dos de las siguientes:
- 1) Corre o trepa en las cosas excesivamente.
 - 2) Tiene dificultad para quedarse quieto o se menea demasiado.
 - 3) Tiene dificultad para permanecer sentado.
 - 4) Se mueve excesivamente durante el sueño.
 - 5) Siempre se está moviendo o actúa como "movido por un motor".
- D) Inicio anterior a la edad de siete.
- E) Duración no menor de seis meses.
- F) No se debe a esquizofrenia, trastorno afectivo o retardo mental severo o profundo.

Se habla de **trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad**:

Cuando el niño reúne los mismos criterios que en el trastorno deficitario de la atención con hiperactividad excepto que el individuo no muestra signos de hiperactividad.

17. CONDUCTA OBSERVADA DURANTE EL EXAMEN

En este punto se anotan las observaciones gruesas o significativas de la actuación del paciente durante el examen y la entrevista.

Dicha descripción puede incluir rasgos tales como:

- A) Nivel de actividad (pasivo, activo, inquieto, dispuesto, hiperactivo).
- B) Nivel de cooperación (coopera, no coopera, poco cooperador, requiere estructuración).
- C) Actitud ante la tarea (confiado, seguro, inseguro, perseverante, reacciones catastróficas, bajo nivel de frustración, apático, desinteresado).
- D) Relación del niño con los padres y otros adultos (independiente, dependiente, agresivo, cariñoso, muy apegado).
- E) Estado emocional (temeroso, triste, alegre, serio, callado, verborrico, confiado en sí mismo, labilidad emocional, desinteresado, apático).
- F) Manejo familiar (mal manejo familiar, berrinches, sobreprotección, rechazo al niño, actitud amenazante y agresiva de los padres ante el niño, excesiva rigidez, empleo de golpes para hacer entender al niño).

18. CONDUCTA GENERAL Y ASPECTO EMOCIONAL

En este punto se hará un pormenor de la conducta referida por P, en respuesta a la pregunta que E deberá formular. E preguntará **¿cómo es el niño?** Descríbalo. Si P pregunta si E quiere saber cómo es N físicamente o su conducta o en la escuela, etc., E le responderá. . . diga cómo es en todos aspectos. E deberá anotar todo lo que P diga, tratando de aclarar cuando no le quede clara alguna idea o concepto. Una vez que el P ha descrito al niño, se le harán preguntas concretas dirigidas a la detección de dificultades emocionales en el caso de que las hubiera.

E preguntará: **¿con quién duerme el niño? ¿Se va a acostar solo, o requiere que lo acompañen?**

Hábitos de sueño: **¿necesita de algo o de alguien para conciliar el sueño?, ¿tiene pesadillas con frecuencia?**, si es así, deter-

minar con qué frecuencia; **¿se despierta por la noche?, ¿qué hacen los padres cuando esto sucede?, ¿se pasa a la cama de los padres por la noche?, ¿tiene miedo a algo o a alguien?**

Hábitos de auto cuidado: **¿se baña solo?, ¿se viste solo?, ¿come solo? ¿hace tareas solo o requiere supervisión?**

Hábitos sociales: **¿es sociable?, ¿hace amigos con facilidad?, ¿cómo juega?, ¿a qué juega?, ¿se compromete con los amigos?, ¿cómo es su relación con los amigos?, ¿tiene alguna obligación en casa?**

Control de esfínteres: **¿se hace pipí en la cama?, ¿con qué frecuencia?, ¿cuándo controló esfínteres?, ¿cómo y cuándo se le entrenó?**

Para terminar la entrevista se le preguntará a P si hay algo en la historia del niño que considere de importancia.

19. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

En este punto se dará un diagnóstico presuntivo tomando en cuenta todos los elementos implicados. Los posibles diagnósticos son:

1. Problema de lenguaje expresivo.
2. Problema de lenguaje expresivo-receptivo.
3. Problema específico del aprendizaje
 - A) Predominantemente auditivo.
 - B) Predominantemente visual.
 - C) Mixto.
4. Problema de integración.
5. Problema emocional.
6. Problema en el manejo familiar.
7. Hipodesarrollo del lenguaje.
8. Deficiencia mental (superficial, media o profunda).
9. Lento aprendizaje.
10. Daño cerebral (detectado por electro encefalograma).

APÉNDICE 2

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: Edad: Sexo:
Nº Expediente: Fecha: Psicóloga:
Motivo de la consulta:
.....
Historia escolar:
.....
Evolución en terapia:
.....
Diagnóstico anterior:
.....
Entrevista:
.....

Área ejecución

PB PP EM

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Área verbal

PB PP EM

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. I. . . . C. I. Ejec. . . . C. I. Verbal . . C. A. . . C. P. . . C. M. . . .

El rendimiento general de la prueba fue:

Óptimo . . . Bueno . . . Término medio . . . Deficiente

Seramente deficiente

Observaciones:
.....

I N F O R M E .

I. AUDICIÓN:

.....

.....

Área perceptual auditiva.

.....

II. LENGUAJE:

Vía de acceso a la información.

.....

.....

Lenguaje receptivo.

.....

.....

Lenguaje expresivo.

.....

.....

III. LECTO-ESCRITURA:

Dictado-copia.

.....

.....

Presenta: distorsiones
..... omisiones fallas en discriminación auditiva
..... sustituciones faltas de ortografía
..... inversiones fallas en la separación de palabras
..... rotacismos	
..... agregados	

Escritura espontánea.

.....

.....

 Caligrafía.

Lectura.

..... fonética o deletreada Presenta:

..... silábica

..... global

..... lenta

..... acelerada

..... repetitiva

..... disrítica

..... omisiones

..... sustituciones

..... inversiones

..... agregados

..... rotacismos

..... distorsiones

Comprensión de lo leído.

IV. ÁREA PERCEPTUAL VISUAL:

En la exploración de los problemas perceptuales visuales se encontró deficiencia en:

..... direccionalidad

..... rotación

..... inversión

..... angulación

..... cierre de ángulos

..... coordinación

..... visomotora

..... discernimiento de

..... figuras

..... constancia de forma

..... posición en el espacio

..... relaciones espaciales

..... gestalt

..... análisis y síntesis

..... figura-fondo

..... organización perceptual

..... memoria visual

..... memoria visual

..... simbólica

..... identificación de colores

Observaciones.
.....

V. ESQUEMA CORPORAL:
.....
.....

VI. NOCIÓN TEMPORO-ESPACIAL:
.....
.....

VII. ÁREA MOTORA:

Desarrollo psicomotor:
Coordinación motora gruesa:
Coordinación motora fina:
Movilidad lingüal:
Lateralidad:
Observaciones.
.....
.....

VIII. CÁLCULO:
.....
.....

IX. ATENCIÓN:
.....
.....

X. CONDUCTA OBSERVADA DURANTE EL EXAMEN:
.....
.....
.....

XI. CONDUCTA GENERAL Y ASPECTO EMOCIONAL:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

XII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

.....
.....
.....

XIII. PRONÓSTICO:

.....
.....

XIV. RECOMENDACIONES (AL PACIENTE, PADRES Y PROFESORES):

.....
.....
.....
.....
.....

Psicóloga:

APÉNDICE 3

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM III

TRASTORNOS EMOCIONALES

1. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de separación:

- A. Ansiedad excesiva respecto a la separación de aquellos a los que el niño está ligado, que se manifiesta por lo menos con tres de las siguientes condiciones:
- 1) Preocupaciones poco realistas acerca de que ocurrirán posibles daños a las figuras a las que está más apegado o miedo de que se vayan y no regresen.
 - 2) Preocupación poco realista acerca de que una calamidad separará al niño de una figura de apego importante. Ejemplo: el niño se perderá, será raptado, asesinado o víctima de un accidente.
 - 3) Renuncia persistente o rechazo a ir a la escuela para quedarse con las figuras de apego o en la casa.
 - 4) Renuncia persistente o rechazo a irse a dormir sin estar cerca de una figura de apego o a dormir fuera de casa.

- 5) Evita persistentemente estar solo o se siente mal emocionalmente si no puede seguir a las figuras de apego alrededor de la casa.
 - 6) Pesadillas repetitivas que incluyen temas de separación.
 - 7) Quejas de síntomas físicos en días de escuela. Ejemplo: dolores de estómago, de cabeza, náuseas, vómitos.
 - 8) Signos de malestar acerca de la separación, o cuando anticipa la separación de las figuras de apego principales, ejemplo: berrinches o llanto, rogarles a los padres que no se vayan (para niños menores de seis años el malestar debe ser de proporciones de pánico).
 - 9) Aislamiento social, apatía, tristeza o dificultad de concentrarse en el trabajo o en el juego cuando está con una figura de apego importante.
- B. Duración del trastorno de por lo menos dos semanas.
 - C. No se debe a trastorno extensivo a todo el desarrollo, esquizofrenia ni a ningún otro trastorno psicótico.
 - D. Si tiene 18 años o más no cumple los criterios para agorafobia.

2. Criterios diagnósticos para trastorno evitativo de la niñez o adolescencia:

- A. Persistente y excesiva disminución del contacto con extraños.
- B. Deseo de afecto y aceptación y generalmente relaciones cálidas y satisfactorias con miembros de la familia u otras figuras familiares.
- C. Conducta evitativa lo suficientemente severa como para interferir con el funcionamiento social con sus compañeros.
- D. Edad cuando menos de 2 y medio años. Si tiene 18 o más

no cumple los criterios para trastorno de personalidad evitativa.

E. Duración del trastorno de por lo menos seis meses.

3. Criterios diagnósticos para trastorno hiperansioso:

A. El trastorno predominante es la ansiedad persistente y generalizada o preocupaciones (no relacionadas a preocupaciones por separación) que se manifiestan en por lo menos cuatro de las condiciones siguientes:

- 1) Preocupaciones poco realistas acerca de eventos futuros.
- 2) Preocupación con lo apropiado de la conducta del individuo en el pasado.
- 3) Preocupación acerca de la competencia en una multitud de áreas, ejemplo: académicas, atléticas, sociales.
- 4) Excesiva necesidad de reafirmación acerca de variadas preocupaciones.
- 5) Quejas somáticas como dolores de cabeza o de estómago, de los que no puede establecerse una base física.
- 6) Excesiva autoconciencia o susceptibilidad a ser apenado o humillado.
- 7) Sensación marcada de tensión e inhabilidad de relajarse.

B. Los síntomas de A han durado por lo menos seis meses.

C. Si tiene 18 años o más, no cumple los criterios para trastorno de ansiedad generalizada.

D. El trastorno no se debe a otro trastorno mental como trastorno de ansiedad de separación, trastorno evitativo de la niñez o adolescencia, trastorno fóbico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo, esquizofrenia o trastorno extensivo al desarrollo.

4. Criterios diagnósticos para el trastorno de apego reactivo de la infancia:

- A. Edad de inicio anterior a los ocho meses.
- B. Falta del tipo de cuidados que generalmente lleva al desarrollo de ligas afectivas con otros, ejemplo: descuido emocional grave, aislamiento social impuesto en una institución.
- C. Falta de desarrollo de signos apropiados de resposividad social ,como se indicaría por lo menos en varios de los siguientes (el número total de las conductas buscadas dependerá de la edad cronológica del niño, con correcciones por prematurez):
 - 1) Falta de seguimiento visual de ojos y caras por un infante de más de dos meses de edad.
 - 2) Falta de la respuesta de la sonrisa a las caras por un infante de más de dos meses de edad.
 - 3) Falta de reciprocidad visual en un infante de más de dos meses; falta de reciprocidad vocal con el cuidador en un infante de más de cinco meses.
 - 4) Falta de alerta y voltear hacia la voz del cuidador por un infante de más de cuatro meses.
 - 5) Falta de tratar de alcanzar espontáneamente a la madre por un infante de más de cuatro meses.
 - 6) Falta de anticipación para tratar de alcanzar cuando es aproximado para ser levantado, por un infante de más de cinco meses.
 - 7) Falta de participación en juegos con el cuidador por un infante de más de cinco meses.
- D. Cuando menos tres de los siguientes:
 - 1) Llanto débil.
 - 2) Sueño excesivo.

- 3) Falta de interés en el medio ambiente.
- 4) Hipomotilidad.
- 5) Tono muscular pobre.
- 6) Débil respuesta al tratar de alcanzar alimentos.
- E. Pérdida de peso o falla para aumentar la cantidad apropiada para la edad, inexplicable por trastorno físico; en estos casos generalmente la falla para aumentar de peso (falla en el percentil peso) es desproporcionadamente más grande que la falla para aumentar estatura; la circunferencia es normal.
- F. No se debe a un trastorno físico, retardo mental o autismo infantil.
- G. El diagnóstico se confirma si el cuadro clínico es revertido rápidamente después de instituir cuidados adecuados, las que frecuentemente incluyen breve hospitalización.

5. Criterios diagnósticos para trastorno esquizoide de la niñez o la adolescencia:

- A. No amigos íntimos de edad similar más que pariente o un niño igualmente aislado socialmente.
- B. No hay interés aparente en hacer amigos.
- C. No deriva placer de las interacciones entre compañeros.
- D. Evitación general de contactos sociales no familiares especialmente con compañeros.
- E. Falta de interés en actividades que incluyan otros niños (como equipos deportivos, clubes).
- F. Duración del trastorno de por lo menos tres meses.
- G. No se debe a trastorno extensivo al desarrollo; trastorno de conducta no socializado no agresivo; o a ningún trastorno psicótico como esquizofrenia.
- H. Si tiene 18 años o más no cumple los criterios para el trastorno de personalidad esquizoide.

6. Criterios diagnósticos para mutismo selectivo:

- A. Continuo rechazo a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluida la escuela.
- B. Habilidad para comprender el lenguaje hablado y hablar.
- C. No se debe a otro trastorno físico o mental.

7. Criterios diagnósticos para trastorno oposicionista:

- A. Inicio posterior a los 3 años y anterior a los 18 años.
- B. Un patrón de por lo menos seis meses de desobediente, negativista y provocadora oposición a las figuras de autoridad, manifestado cuando menos por dos de los siguientes síntomas:
 - 1) Violación de reglas menores.
 - 2) Berrinches.
 - 3) Tendencia a discutir.
 - 4) Conducta provocadora.
 - 5) Terquedad.
- C. No violación de los derechos básicos de los demás ni otras normas y reglas sociales importantes y apropiadas para la edad (como en el trastorno de conducta); el trastorno no se debe a otro trastorno mental como esquizofrenia o trastorno extensivo al desarrollo.
- D. Si tiene 18 años o más no cumple los criterios para trastorno de la personalidad pasivo agresiva.

8. Criterios diagnósticos para trastorno de identidad:

- A. Severo malestar subjetivo con relación a la incertidumbre acerca de una multitud de cuestiones relativas a la identidad, que incluyen tres o más de las siguientes:

- 1) Metas a largo plazo.
 - 2) Escoger carrera.
 - 3) Patrones de amistad.
 - 4) Orientación sexual y conducta.
 - 5) Identificación religiosa.
 - 6) Sistema de valores morales.
 - 7) Lealtades de grupo.
- B. Deterioro en el funcionamiento ocupacional o social (incluyendo el académico) como resultado de los síntomas de A.
- C. Duración del trastorno de por lo menos tres meses.
- D. No se debe a ningún otro trastorno mental como trastorno afectivo, esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme.
- E. Si tiene 18 años o más no cumple los criterios para el trastorno de personalidad limítrofe.

OTROS TRASTORNOS CON MANIFESTACIONES FÍSICAS

1. Criterios diagnósticos para tartamudez:

Frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos, sílabas o palabras, o frecuentes e inusuales dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del discurso.

2. Criterios diagnósticos para enuresis funcional:

- A. Vaciamiento repetido involuntario de orina durante el día o la noche.
- B. Cuando menos dos de estos eventos por mes para niños entre las edades de cinco y seis, y cuando menos un evento por mes para niños mayores.
- C. No se debe a trastornos físicos como diabetes o trastorno convulsivo.

3. Criterios diagnósticos para encopresis funcional:

- A. Pasaje repetido, voluntario o involuntario, de heces de consistencia normal o cercana a lo normal o cercana a lo normal en lugares no apropiados para el propósito, de acuerdo al propio ambiente socio-cultural del individuo.
- B. Cuando menos uno de estos eventos por mes después de la edad de cuatro.
- C. No se debe a trastorno físico como el megacolon agangliónico.

4. Criterios diagnósticos para trastorno de sonambulismo:

- A. Hay episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y caminar por varios minutos a media hora, usualmente ocurren entre 30 y 200 minutos después del inicio del sueño (el intervalo de sueño que típicamente contiene actividad delta del EEG, fase del sueño 3 y 4).
- B. Mientras sonambulea el individuo tiene expresión vacía y mirada fija; es relativamente incapaz de respuesta a los esfuerzos de otros de influir su sonambulismo o de comunicarse con él; y puede ser despertado sólo con gran dificultad.
- C. Al despertar (ya sea del episodio del sueño o a la mañana siguiente), el individuo tiene amnesia para la ruta recorrida y para lo que pasó durante el episodio.
- D. Durante varios minutos al despertar del episodio sonambólico, no hay fallas de la actividad mental o de la conducta (aunque puede haber inicialmente un breve periodo de confusión o desorientación).
- E. No hay evidencia de que el episodio ocurra durante el sueño MOR o que exista actividad eléctrica cerebral anormal durante el sueño.

5. Criterios diagnósticos para trastorno de terrores nocturnos:

- A. Episodios repetidos de despertar abrupto (duración 1 a 10 minutos) del sueño, que ocurre generalmente entre 30 y 200 minutos después del inicio del sueño (el intervalo del sueño que típicamente contiene actividad delta del EEG, fases del sueño 3 y 4) y usualmente empieza con grito de pánico.
- B. Ansiedad intensa durante el episodio y cuando menos tres de los siguientes signos de excitación autónoma:
 - 1) Taquicardia.
 - 2) Respiración rápida.
 - 3) Pupilas dilatadas.
 - 4) Sudoración.
 - 5) Piloerección.
- C. Relativa falta de respuesta a los esfuerzos de otros para confortar al individuo durante el episodio y, casi invariablemente, confusión, desorientación y movimientos motores perseverativos (ejemplo: pellizcar la almohada).
- D. No evidencia de que el episodio ocurrió durante la fase MOR del sueño o de actividad eléctrica anormal cerebral durante el sueño.

TRASTORNOS DE DESARROLLO ESPECÍFICOS

1. Criterios diagnósticos para trastorno del desarrollo de la lectura:

La actuación en pruebas estandarizadas, individualmente administrados y habilidad de lectura, está significativamente por debajo del nivel esperado, dados la escolaridad, edad cronológica y edad mental del individuo (determinada por un test de CI indi-

vidualmente administrado). En adición, en la escuela la actuación del niño en tareas que requieren de habilidades de lecturas está significativamente por debajo de su capacidad intelectual.

2. Criterios diagnósticos para trastorno del desarrollo de la aritmética:

La actuación en test estandarizados, individualmente administrados de logros aritméticos, está significativamente por debajo del nivel esperado, dada la escolaridad del individuo, su edad cronológica y su edad mental (determinada por un test de CI individualmente administrado). En adición, en la escuela la actuación del niño en tareas que requieren de habilidades aritméticas está significativamente por debajo de su capacidad intelectual.

3. Criterios diagnósticos para trastorno en el desarrollo del lenguaje, tipo expresivo:

- A. Falla para desarrollar expresión vocal (codificación) del lenguaje, a pesar de la relativamente intacta comprensión del lenguaje.
- B. Presencia del lenguaje interno (la presencia de conceptos apropiados para la salud, como comprender el propósito y uso de un particular utensilio casero).
- C. No se debe a retardo mental, trastorno extensivo al desarrollo de inicio en la niñez, fallas auditivas o trauma.

4. Criterios diagnósticos para trastorno en el desarrollo del lenguaje, tipo receptivo:

- A. Falla para desarrollar comprensión (decodificación) y expresión vocal (codificación) del lenguaje.

- B. No se debe a fallas auditivas, trauma, retardo mental o trastorno extensivo al desarrollo del inicio en la niñez.

5. Criterios diagnósticos para trastorno en el desarrollo de la articulación:

- A. Falla para desarrollar articulaciones consistentes de los sonidos del discurso de adquisición más tardía, como r, sh, th, f, z, l, o ch.
- B. No se debe a trastorno en el desarrollo del lenguaje, retardo mental, trastorno extensivo al desarrollo de inicio en la niñez o trastornos físicos.

6. 313.50 trastorno del desarrollo específico mixto:

Esta categoría debe ser usada cuando hay más de un trastorno específico del desarrollo, pero ninguno es predominante. Es común que un retraso en el desarrollo de una habilidad (ejemplo: lectura, aritmética o lenguaje) se asocie con retrasos en otras habilidades. La categoría trastorno del desarrollo específico mixto debe usarse cuando la mezcla de habilidades retrasadas sea tal que todas las habilidades presenten fallas de relativamente el mismo grado. Cuando las habilidades están deterioradas en grados variables, deben anotarse múltiples diagnósticos, anotando en primer lugar la habilidad más severamente deteriorada.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A., **Aportaciones al psicoanálisis de niños**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1971.
- Abuchaem, J., **El proceso diagnóstico en el adulto, el niño y el adolescente**, Buenos Aires, Kargieman, 1979.
- Aujuriaguerra, J. de **Langage, Geste, Attitude motrice**, París, *La voix humaine*, 1953, 1, 79-94.
- A. P. A. (American Psychiatric Association), **Diagnostic and statistical manual -for- mental disorders: prepared by the comittie on nomenclature and statistics of the American Psychiatric Association, Mental Hospital Service**, (D.S.M. III).
- Benedek, Th. y Gerard, M. W., **Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1967.
- Berges, J. Lézine, I. y Boisselier, F., **Le syndrome de l'ancien prématuré, recherche sur sa signification**, "Révue de neuropsychiatrie infantile et d'Hygiene mentale de l'enfant", 1969, XVII.
- Borelli, M., **La signification des problemes scolaires chez les enfants caracteriels**. *Enfance*, 1966, 19, núm. 4-5.
- Cruickshank, W. M., **El niño con daño cerebral**, México, Trillas, 7ª ed., 1975.
- Diatkine, R., **Maturation du sisteme nerveux et apprentissage de la lecture**. *Révue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiene mentale de l'enfance*, 1959, 5, núms. 3-4.
- Freud, A., **Introducción al psicoanálisis para educadores**, Buenos Aires, PAIDÓS, 7ª ed., 1975.
- Fromm-Reichmann, F., **Psicoanálisis y psicoterapia**, Buenos Aires, Hormé, 1977.
- Gilly, M., **El problema del rendimiento escolar**, Barcelona, Ediciones OIKOS-TAU, 1978.
- Glasserman, M. R., Sirlin, M. E., **Psicoterapia de grupo en niños**, Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.
- Hoffman, L., **Foundations of family therapy**, New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1981.
- Jackson, D., **Comunicación, familia y matrimonio**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1977.

- Josse, D., Leonard, M., Lézine, I., Robinot, F. y Rouchouse, J. C., **Les débuts de la communication entre l'enfant de 4 a 9 mois et un adulte, "enfance"**, 1973, 3-4, 175-206.
- Kanner, L., Kaplan, H. I. y Col., **La psiquiatría infantil. Clasificación y examen psiquiátrico, psicológico y social**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1978.
- Klein, M. y otros, **Psicología infantil y psicoanálisis de hoy**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1978.
- Langer, M., **Maternidad y sexo**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1973.
- Lézine, I., **La primera infancia**, Barcelona, GEDISA, 1979, (primera ed.), págs. 97-125.
- Liberman, D., **Los efectos del conflicto matrimonial en el niño, inferidos de la situación analítica**. En: **Conflictos psicológicos del niño y la familia**, Buenos Aires, Rodolfo Alonso Ed., 1973.
- Male, P., **Le sens du refus scolaire en psychiatrie infantile. Révue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance**, 1955, 3, núm. 11-12.
- Mannoni, M., **La primera entrevista con el psicoanalista**, Barcelona, GEDISA, 1979.
- Mannoni, M., Wincott, D. W., Lacan, J. Laing, R. D. y otros, **Psicosis infantil**, Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.
- Minuchin, S., **Familias y terapia familiar**, Barcelona, GEDISA, 2ª Ed., 1979.
- Nieto, M., **El niño disléxico. Guía para resolver las dificultades en la lectura y escritura**, México, La Prensa Médica Mexicana, 2ª Ed., 1978.
- Perron, R. y Rad-Verba, M., **Analyse de quelques caractéristiques de 200 enfants ayant consulté pour difficultés scolaires. Psychologie française**, 1959, 4, núm. 4.
- Piaget, J., **Les stades du développement intellectuel chez l'enfant et l'adolescent: III Simposio de la asociación de psicología científica de la lengua francesa, P. U. F., París, 1956**.
- Piaget, J., Inhelder, B., **L'image mentale**, París, P. U. F., 1966.
- Reca, T., **Psicoterapia en la infancia**, Buenos Aires, Nueva Visión, 1976.
- Schulze, S. M., **Ejercicios a seguir para estructurar el lenguaje en el niño con daño cerebral en edad escolar: (TESIS) Escuela Normal de Especialización. Dirección General de Educación Especial, S. E. P. México, 1978**.
- Segal, H., **Introducción a la obra de Melanie Klein**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1977.
- Spitz, R., **El primer año de vida del niño**, México, Fondo de Cultura Económica, 1979.
- Spitzer, D. R., **Formación de conceptos y aprendizaje temprano**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1978.
- Stone, L. J. y Church, J., **Psicología y psicopatología del desarrollo**, Buenos Aires, PAIDÓS, 1970.